

Rapport

Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013

Forskere:

Solveig Osborg Ose

Marian Ådnanes

Ivar Pettersen



SINTEF Teknologi og samfunn
Avd. helse



Rapport

Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013

EMNEORD:
Psykisk helse
Psykisk helsevern
Spesialisthelsetjenesten
Poliklinikker
Private
avtalespesialister
Pasientpopulasjon
Selvmordsrisiko
Individuell plan (IP)
Ansvarsgruppe
Pasienter med omsorg
for barn
Behandlingstiltak
TUD
Samarbeid
Dekkede og udekte
behov

VERSJON

1

DATO

2014-10-17

FORFATTERESolveig Osborg Ose
Marian Ådnanes
Ivar Pettersen**OPPDRAKSGIVER**

Helsedirektoratet

OPPDRAKSGIVERS REF.

Anne Solberg

PROSJEKTNR

102001028

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

138

SAMMENDRAG


Denne kartleggingen av pasienter i offentlige poliklinikker og i privat avtalepraksis inneholder informasjon som ikke dekkes av regulær rapportering til Norsk pasientregister (NPR). Prosjektet utføres som et forskningsprosjekt av SINTEF og NTNU, og er finansiert av Helsedirektoratet.

Pasientkartleggingen er utført som en baselineundersøkelse for Samhandlingsreformen i psykisk helsevern (PHV) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i løpet av perioden 15.-28. april 2013. Det utarbeides separate rapporter for PHV og TSB.

Alle institusjonene som har poliklinisk virksomhet i PHV og alle psykologer og psykiatere i privat avtalepraksis (avtale med et helseforetak eller en helseregion) mottok kartleggingsskjema for hver pasient som mottok et tilbud i løpet av de 14 dagene i april 2013. Alle helseforetakene har deltatt. Basert på tall fra NPR vet vi at andelen som er kartlagt er 60 prosent ved poliklinikkene og 67 prosent hos avtalespesialistene (76 prosent hos psykiatere og 62 prosent hos psykologer).

UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose, seniorforsker

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Torleif Ruud, avdelingssjef, Ahus, psykisk helsevern

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Randi E. Reinertsen, forskningssjef

SIGNATUR**RAPPORTNR**

SINTEF A26337

ISBN

978-82-14-05699-0

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

Datagrunnlaget for rapporten består av detaljert informasjon om 23 167 voksne pasienter som har mottatt poliklinisk behandling i psykisk helsevern i løpet av 14 dager våren 2013.

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

Totalt leveres det fem rapporter fra prosjektet, og dette er nummer fire. Første rapport handlet om utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern (PHV) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og ble publisert i oktober 2013. De to neste om døgnpasientene i hhv PHV og TSB, ble publisert sommeren 2014.

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

SINTEF retter også en stor takk til referansegruppen som har bestått av: Psykiatrisk sykepleier og fagrådgiver Ulrica Grannas Bore (Helse Sør-Øst), psykiater og fagsjef/avdelingsoverlege allmennpsykiatri Trond Aarre (Helse Vest), psykiater og overlege Egil Jonsbu (Helse Midt), psykologspesialist Elisabeth Gerhardsen (Helse Nord), psykiater og spesialrådgiver Ola Marstein (Norsk psykiatrisk forening), sentralstyremedlem Ola Kristian Johansen (Mental Helse), seniorrådgiver Anne Solberg (Helsedirektoratet) og seniorrådgiver Solfrid Lilleeng (Helsedirektoratet).

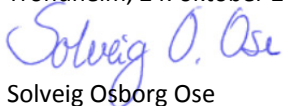
Referansegruppemøtene har vært svært lærerike for oss, og deltakerne har bidratt både i skjema utviklingen, prosedyrediskusjoner og gitt innspill til resultatene. Solfrid Lilleeng ledet arbeidet med pasientkartleggingen i 2007/2008 da hun arbeidet i SINTEF, og hun har hatt viktige bidrag i alle faser av prosjektet. I tillegg har seniorrådgiver Per Bernhard Pedersen i Helsedirektoratet bidratt med gode innspill underveis i prosjektet. Takk også til tidligere seniorforsker i SINTEF, Helge Hagen, som sammen med andre i SINTEF har bidratt til høy kvalitet av tidligere tilsvarende pasientkartlegginger. Prosjektsekretær Hanne Kvam er også et sentralt navn i pasientkartleggingene, og denne gangen har hun bidratt i arbeidet med institusjonsoversikten, med kommunikasjon med helseforetakene og institusjonene i forbindelse med datainnsamlingen og korrekturlesing.

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

Vi takker også avdelingssjef/professor Torleif Ruud ved Avdeling forskning og utvikling, Divisjon psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus, som har vært kvalitetssikrer av rapporten. Seniorforsker Jorid Kalseth har også gitt gode bidrag underveis i prosjektet.

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

Trondheim, 24. oktober 2014



Solveig Osborg Ose

dr.polit/samfunnsøkonom/prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG	9
PASIENTPOPULASJONEN I 2013	9
HENVISENDE INSTANS, RETT TIL PRIORITERT HELSEHJELP OG VENTELISTER I POLIKLINIKKENE	11
PASIENTER MED OMSORG FOR BARN OG IVERKSATTE TILTAK	11
SELVMORDSRISIKO, SELVSKADING OG VOLDSRISIKO	11
INDIVIDUELL PLAN, ANSVARSGRUPPE OG KOORDINATOR	12
PASIENTER MED OPPRINNELSE UTENFOR NORGE	12
INNHOLD I BEHANDLINGEN GITT AV POLIKLINIKKENE	12
BEHANDLINGENS OMFANG OG INTENSITET	13
TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN UTEN DØGNOPPHOLD (TUD)	13
SAMARBEID RUNDT PASIENTENE	14
KONTAKT MED ANDRE TJENESTER SISTE ÅR	15
DEKKEDE OG UDEKKEDE BEHOV BLANT PASIENTER I POLIKLINIKKENE	16
PRIVATE AVTALESPEKIALISTER	17
VIDERE FORSKNING	18
<u>1 INNLEDNING</u>	<u>19</u>
1.1 OFFENTLIG POLIKLINISK AKTIVITET I PERIODEN 1998-2013	19
1.2 BAKGRUNN FOR PASIENTKARTLEGGINGEN I 2012/2013	19
1.3 FORMÅL MED RAPPORTEN	20
<u>2 DATA OG METODE</u>	<u>23</u>
2.1 DATAMATERIALETS DESIGN	23
2.2 GODKJENNING FRA REGIONALETISK FORSKNINGSKOMITE (REK)	24
2.3 GJENNOMFØRING AV KARTLEGGINGEN	24
2.4 UTVIKLING AV KARTLEGGINGSSKJEMAER	25
2.5 INFORMASJON FRA BEHANDLER OG PASIENT	25
2.6 ANDEL PASIENTER SOM ER REGISTRERT I OFFENTLIGE POLIKLINIKKER	26
2.7 ANDEL PASIENTER SOM ER REGISTRERT I PRIVAT AVTALEPRAKSIS	28
<u>3 PASIENTPOPULASJONEN 2013</u>	<u>31</u>
3.1 KJØNN OG ALDER	31
3.2 UTDANNINGSNIVÅ	34
3.3 HOVEDINNTEKTSKILDE	35
3.3.1 ENDRING FRA 2000-2012	37
3.4 SIVILSTATUS	37

3.5	BOSITUASJON	38
3.6	DIAGNOSER	39
3.6.1	PASIENTENES HOVEDDIAGNOSE	39
3.6.2	UTVIKLING 2000-2013	43
3.7	ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER	43
3.8	RUSDIAGNOSER OG RUSMIDDELMISBRUK	44
3.9	PASIENTER UNDER 18 ÅR	46
3.10	OPPSUMMERING	47
4	<u>HENVISENDE INSTANS, RETT TIL PRIORITERT HELSEHJELP OG VENTELISTER</u>	51
4.1	HENVISENDE INSTANS	51
4.1.1	HENVISENDE INSTANS I 2013	51
4.1.2	ENDRING FRA 2008 TIL 2013	52
4.2	RETT TIL PRIORITERT HELSEHJELP	53
4.3	VENTELISTE	55
4.4	OPPSUMMERING	57
5	<u>SELMORDSRISIKO, SELVSKADING OG VOLDSRISIKO</u>	59
5.1	SELMORDSRISIKO BLANT PASIENTER I OFFENTLIGE POLIKLINIKKER OG PRIVAT AVTALEPRAKSIS	60
5.2	SELVSKADING	61
5.3	VOLDSRISIKO	62
5.4	OPPSUMMERING	63
6	<u>INDIVIDUELL PLAN, ANSVARSGRUPPE OG KOORDINATOR</u>	65
6.1	INNLEDNING	65
6.2	IP - RETTIGHET, VERKTØY OG ARBEIDSMETODE	65
6.3	FOREKOMST AV INDIVIDUELL PLAN	66
6.4	UTVIKLING FRA 2008 TIL 2013	68
6.5	ANDRE KOORDINERENDE TILTAK	69
6.6	OPPSUMMERING	70
7	<u>PASIENTER MED OMSORG FOR BARN OG IVERKSATTE TILTAK</u>	73
7.1	ANDEL PASIENTER MED OMSORG FOR BARN OG UNGE	73
7.2	ER TILTAK IVERKSATT OVERFOR BARN SOM PASIENTEN HAR OMSORG FOR?	74
7.3	HVEM FØLGER OPP BARNA?	75
7.4	OPPSUMMERING	76
8	<u>PASIENTER MED OPPRINNELSE UTENFOR NORGE</u>	77

8.1 PASIENTER SOM ER FØDT UTENFOR NORGE	77
8.2 ASYLSØKERE/FLYKTNINGER	78
PASIENTER MED ASYLSØKERSTATUS	78
PASIENTER MED FLYKTNINGSTATUS	78
8.3 OPPSUMMERING	79
<u>9 BEHANDLINGENS INNHOLD OG AVVIK MELLOM BEHANDLERS ØNSKE OG PASIENTENS ØNSKE</u>	<u>81</u>
9.1 TYPE PASIENT	81
9.2 AKTUELLE BEHANDLINGSTILTAK	81
9.3 AVVIK MELLOM PASIENTENS OG BEHANDLERS ØNSKE OM BEHANDLINGSTILTAK	82
9.4 OPPSUMMERING	83
<u>10 BEHANDLINGENS OMFANG OG INTENSITET</u>	<u>85</u>
10.1 DATO FOR FØRSTE KONTAKT	85
10.2 ANTALL KONSULTASJONER/KONTAKTER SIDEN FØRSTE KONTAKT	85
10.3 OPPSUMMERING	86
<u>11 TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN UTEN DØGNOPPHOLD (TUD)</u>	<u>87</u>
11.1 OMFANG	88
11.2 TILLEGGSKRITERIER	88
11.3 ENDRING 2004 TIL 2013	89
11.4 OPPSUMMERING	90
<u>12 SAMARBEID RUNDT PASIENTENE</u>	<u>91</u>
12.1 SAMARBEID MED PÅRØRENDE	91
12.2 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTER	92
12.3 SAMARBEID MED KOMMUNALE TJENESTER	94
12.4 SAMARBEID MED ANDRE INSTANSER/AKTØRER	98
12.5 OPPSUMMERING	100
<u>13 TJENESTER MOTTATT SISTE ÅR</u>	<u>101</u>
13.1 SPESIALISTHELSETJENESTER	102
13.2 KOMMUNALE TJENESTER	104
13.3 ANDRE TJENESTER	106
13.4 OPPSUMMERING	107

14	DEKKEDE OG UDEKKEDE BEHOV BLANT PASIENTER I OFFENTLIGE POLIKLINIKKER	109
14.1	ANDEL MED BEHOV	110
14.2	GITT AT DE HAR BEHOV, HAR PASIENTEN TILBUDET?	111
14.3	OM IKKE TILBUD, HVORFOR?	112
14.3.1	SPESIALISTHELSETJENESTER	112
14.3.2	KOMMUNALE TJENESTER	113
14.3.3	ANDRE TJENESTER	115
14.4	OPPSUMMERING	116
15	PRIVATE AVTALESPELIALISTER	117
15.1	KOMPETANSE, DRIFTSTILSKUDD OG BISTILLINGER	118
15.2	PASIENTER OG UTVIKLING OVER TID	120
15.3	VENTELISTE	122
15.3.1	DE SOM FØRER VENTELISTE	122
15.3.2	DE SOM IKKE FØRER VENTELISTE	123
15.4	PÅGANG AV NYE PASIENTER	125
15.5	SAMARBEID MED ANDRE	127
15.6	UTFORDRINGER FOR PRIVATE AVTALESPELIALISTER	129
A)	MANGE TIDKREVENDE FORESPØRSLER FRA PASIENTER OG PÅRØRENDE	129
B)	VANSKELIG Å AVVISE SYKE PASIENTER	129
C)	FASTLEGENE SORTERER FOR DÅRLIG	130
D)	CLUSTERORDNINGEN	131
E)	FOR MYE ADMINISTRASJON SOM STJELER TID FRA BEHANDLING	131
F)	KRYSSPRESS	132
G)	ANNET	133
15.7	OPPSUMMERING	134
	REFERANSER	137

Sammendrag

Denne kartleggingen av pasienter i offentlige poliklinikker og i privat avtalepraksis inneholder informasjon som ikke dekkes av regulær rapportering til Norsk pasientregister (NPR). Prosjektet utføres som et forskningsprosjekt av SINTEF og NTNU, og er finansiert direkte av Helsedirektoratet.

Pasientkartleggingen ble utført som en baseline undersøkelse for Samhandlingsreformen i psykisk helsevern (PHV) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kartleggingen ble gjennomført 20. november 2012 blant pasienter i døgnbehandling og for polikliniske pasienter i perioden 15.-28. april 2013. Det er utarbeidet separate rapporter for PHV og TSB.

Alle institusjonene som har poliklinisk virksomhet i PHV og alle psykologer og psykiatere i privat avtalepraksis (avtale med et helseforetak eller en helseregion) mottok kartleggingsskjema som skulle fylles ut for hver pasient som mottok et tilbud i løpet av de 14 dagene i april 2013. Alle helseforetakene har deltatt. Basert på tall fra NPR vet vi at andelen som er kartlagt er 60 prosent i poliklinikkene og 67 prosent hos avtalespesialistene (76 prosent hos psykiatere og 62 prosent hos psykologer).

Det er behandler som er ansvarlig for utfyllingen, men pasienten er bedt om å delta om det vurderes som hensiktsmessig. I poliklinikkene har 57 prosent av pasientene deltatt, mens andelen er 56 prosent hos avtalespesialistene.

Rapporten bygger på tre datagrunnlag:

- Pasienter i offentlige poliklinikker (N=23 167)
- Pasienter i privat avtalepraksis (N=12 790)
- Informasjon fra private avtalespesialister (N=496)

Pasientpopulasjonen i 2013

Totalt er 35 957 pasienter kartlagt. 64 prosent fikk behandling i offentlige poliklinikker og resten hos private avtalespesialister.

Menn utgjør 37 prosent av pasientene i poliklinikkene og 30 prosent hos private avtalespesialister.

Pasientene som får behandling fra private avtalespesialister er gjennomgående eldre enn pasientene i offentlige poliklinikker. Median alder blant pasientene er 35 år i offentlige poliklinikker og 43 år i privat avtalepraksis.

Samlet har 43 prosent av polikliniske pasienter i psykisk helsevern videregående skole som høyeste fullførte utdanning, mens 32 prosent har fullført eksamen fra universitet/høyskole og 24 prosent kun har fullført grunnskolen. Utdanningsnivået er betydelig høyere blant pasienter i avtalepraksis enn i poliklinikkene. I privat avtalepraksis øker brukerratene betydelig med nivå på utdanning, men i offentlige poliklinikker er brukerratene høyest blant de med videregående skole blant kvinner og med grunnskoleutdanning blant menn.

Blant pasientene i offentlige poliklinikker har 28 prosent hovedinntektskilden fra eget arbeid, mens andelen i privat avtalepraksis er 47 prosent. Andelen er uendret blant pasientene i offentlige poliklinikker siden i 2000, mens vi ser en gradvis nedgang blant pasienter i privat avtalepraksis. (Fra 55 prosent i år 2000, 50 prosent i 2008 og 47 prosent i 2013).

Andel pasienter som er gifte/samboere er 39 prosent i poliklinikker og 50 prosent i avtalepraksis. En større andel av menn (56 prosent) enn kvinner (42 prosent) i poliklinikker er ugift/enslig eller skilt/separert, mens det er betydelige mindre forskjeller mellom kvinner og menn i privat avtalepraksis. Det er også en større andel av pasientene som er skilt/separert i privat avtalepraksis, mens flere er enslige/ugifte blant pasientene i poliklinikkene. De yngste pasientene får i stor grad behandling i poliklinikkene og dette forklarer delvis at andelen ugifte/enslige er høyere.

Affektive lidelser (F30-F39) og nevrotiske lidelser (F40-F48) er de største diagnosegruppene både i poliklinikker og i avtalepraksis. Affektive lidelser er hoveddiagnose for 32 prosent i poliklinikker og for 37 prosent i avtalepraksis. Nevrotiske lidelser er hoveddiagnose for 27 prosent i poliklinikker og 45 prosent i avtalepraksis. Schizofrenilidelser, schizotype lidelser og paranoide lidelser er hoveddiagnose for 12 prosent i poliklinikker, men utgjør kun én prosent i avtalepraksis.

Sammenliknet med tidligere kartlegginger, finner vi at andel pasienter med schizofrenidiagnoser går noe ned både i poliklinikkene og i avtalepraksis i perioden. Andelen av pasienter med affektive lidelser går særlig ned i avtalepraksis, mens andelen med personlighetsforstyrrelser går ned både blant pasienter i poliklinikkene og i privat avtalepraksis, men mest i avtalepraksis. I avtalepraksis er det særlig pasienter med nevrotiske lidelser som utgjør en større andel av pasientene, mens andel pasienter i denne diagnosegruppen er relativt uendret fra 2000 til 2013 i poliklinikkene.

Pasienter med ruslidelse er her definert ved rusdiagnose (F10-F19) enten hoveddiagnose eller bidiagnose. I 2013 har seks prosent av pasientene ved poliklinikkene en ruslidelse, mens hos avtalespesialistene er andelen 1,2 prosent. Sammenliknet med tidligere år er trenden tydelig at andel av pasientene med ruslidelser har gått ned betydelig de siste årene. Dette har sannsynligvis sammenheng med etableringen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra 1. januar 2004. Sannsynligvis får pasienter med psykiske lidelser og samtidige rusproblemer som tidligere fikk behandling i psykisk helsevern, nå behandling i TSB.

Prosjektet inkluderer ikke en kartlegging i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), men 316 av de kartlagte pasientene hos avtalespesialistene og 43 av de kartlagte pasientene i poliklinikkene, er under 18 år. Datagrunnlaget er for tynt til å si noe om de unge pasientene i poliklinikkene, men vi har sett nærmere på de 316 kartlagte pasientene i avtalepraksis. 82 prosent behandles av psykologer og 18 prosent av psykiatere. Median alder er 14 år hos psykiaterne og 15 år blant psykologer. De største diagnosegruppene er nevrotiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Psykiaterne behandler oftere atferdsforstyrrelser, mens psykologer oftere behandler nevrotiske lidelser, som for voksne pasienter. Samarbeid med skole ser ut til å være etablert for hver tredje pasient. 90 prosent bor med foreldrene sine, mens fire prosent bor med fosterfamilie. Av de 316 registrerte pasientene er det 9 prosent som er født utenfor Norge, stort sett i land utenfor Europa. Det oppgis å være etablert samarbeid med fastlegen for 35 prosent av utvalget. Litt over 70 prosent får individuell samtaleterapi som behandling, mens svært få deltar i gruppeterapi. Mange gis familieterapi og foreldresamtaler, men også psykoanalytisk barnepsykoterapi og leketerapi.

Tidligere pasientkartlegginger har inkludert Barne- og ungdomspsykiatri (BUP), men denne gangen ble TSB vurdert som viktigere å få med. Det bør vurderes om det skal gjennomføres en egen kartlegging i BUP.

Henvissende instans, rett til prioritert helsehjelp og ventelister i poliklinikkene

Fastlegen har henvist 68 prosent av pasientene i poliklinikkene og dette er en økning på tre prosentpoeng fra 2008. Psykiatrisk døgnavdeling henviser 14 prosent av pasientene, og psykiatrisk poliklinikk henviser ti prosent av pasientene, og dette er relativt uendret fra 2008. I 2008 ble én prosent henvist fra ambulante team, mens andelen i 2013 er to prosent.

86 prosent av pasientene som fikk behandling i løpet av de 14 dagene kartleggingen pågikk, vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp. Yngre pasienter og pasienter med alvorlige psykiske lidelser vurderes oftere å ha rett til prioritert helsehjelp enn andre.

Halvparten av pasientene har stått på venteliste for å få behandling. 24 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser har stått på venteliste, og median ventetid for dem er 41 dager. For resten av pasientene som har stått på venteliste, er median ventetid lik 54 dager. Andel pasienter som har stått på venteliste går ned med økende alder, men antall dager på venteliste er lavest blant de yngste.

Pasienter med omsorg for barn og iverksatte tiltak

32 prosent av pasientene i poliklinikkene har omsorg for barn og unge under 18 år, mens andelen er 38 prosent blant pasientene i avtalepraksis. Kvinnelige pasienter har oftere ansvar for barn og unge enn mannlige pasienter, og andel pasienter med slikt omsorgsansvar er høyere i avtalepraksis enn i poliklinikkene, både for kvinner og menn.

Det er ingen endring i andel pasienter som har omsorg for barn og unge blant polikliniske pasienter fra 2008 til 2013. Men det har vært en tydelig utvikling i andel tilfeller der barna får oppfølging. Fra å være under halvparten av pasientene med omsorg for barn under 18 år som fikk oppfølging av barna i 2008, er nå andelen på 82 prosent. Av de som vurderes å ha behov for oppfølging av barn under 18 år, er det 8 prosent som ikke får oppfølging av barna i 2013, mot 51 prosent i 2008. Endringen kan delvis forklares med at mange flere barn vurderes å ikke ha behov for oppfølging i 2013 enn i 2008, og dette kan bety at det i større grad gjøres behovsvurderinger av barna i 2013 enn i 2008.

Det vanligste er at barna får oppfølging fra barnevernet (44 prosent), men nesten like mange får oppfølging av BUP. PPT eller skolen følger opp 37 prosent av pasientene, men da helst i kombinasjon med BUP eller barnevernet. I syv prosent av tilfellene der barna får oppfølging, gis oppfølgingen både fra både BUP, barnevern og PPT.

Selvmondsrisiko, selvskading og voldsrisiko

82 prosent av pasientene i poliklinikkene og 84 prosent i avtalepraksis hverken skader seg selv eller hadde selvmondsproblematikk siste fire uker før kartleggingen. 15-17 prosent av pasientene har selvmondstanker, mens én prosent av pasientpopulasjonen har kommet med selvmondstrusler. Færre enn én prosent har forsøkt å ta sitt eget liv de fire siste ukene før kartleggingen.

11 prosent av populasjonen har selvskadingstendenser, noen flere kvinner enn menn (13 prosent blant kvinner og 9 prosent blant menn). Andelen er høyest blant pasienter med personlighetsforstyrrelser, der 21 prosent har selvskadingstendenser.

92 prosent av pasientene i poliklinikkene vurderes å ikke ha risiko for å utøve vold fire siste uker før kartleggingstidspunktet. Syv prosent vurderes å ha lav eller moderat voldsrisiko. Mindre enn én prosent av pasientene har høy eller svært høy voldsrisiko.

Individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator

Andel pasienter i poliklinikkene som har en individuell plan er 12 prosent, og dette er vesentlig lavere enn ved kartleggingen i 2008 (19 prosent). For tre av fire brukere som ikke hadde IP i 2013 ble årsak oppgitt å være at IP var "ikke aktuelt for denne pasienten". Mange som er i poliklinisk behandling har lettere lidelser og ingen lang sykdomshistorie, slik at behovet for IP ikke er til stede. Det er likevel overraskende at IP i så stor grad vurderes som uaktuell, til og med for brukere med alvorlige psykiske lidelser.

Til tross for at IP har vært en lovpålagt rettighet siden 2001, og er løftet fram som et verktøy for koordinering i samhandlingsmeldinga, ser vi altså en vesentlig nedgang i andelen med IP som også bekreftes i resultatet fra kartleggingen av døgnpasientene. Dette kan indikere at bruken av IP er på retur i psykisk helsevern. Det er gjort forskning som peker på en rekke problemer relatert til implementering av IP, men samtidig understreker forskningen mulighetene og potensiale ved verktøyet.

Det finnes andre koordineringsverktøy som i noen grad er overlappende både når det gjelder hensikt og virkemiddel, og som kan tenkes å kompensere for en individuell plan. 37 prosent av pasientene totalt sett hadde enten IP, ansvarsgruppe, koordinator eller flere av disse tiltakene, mens 39 prosent ikke har noen slike koordineringstiltak. Tre av fire brukere med schizofrenilidelser hadde ett eller flere koordineringstiltak. Mest utbredt for pasienter i alle diagnosegruppene, var det å ha koordinator i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter med opprinnelse utenfor Norge

I poliklinikkene er 12 prosent av pasientene født i et annet land i Norge. Andelen var 13 prosent i 2008. Blant pasientene i avtalepraksis er andelen på 10 prosent i 2013, mens den var 8 prosent i 2008. Mens det i poliklinikkene er en økning i andel pasienter født i vestlige land blant de som er født utenfor Norge, er det i privat avtalepraksis en økning i andel pasienter fra ikke-vestlige land.

I 2013 er 4,7 prosent av pasientene i poliklinikkene og 3,8 prosent av pasientene i avtalepraksis flyktninger eller har flyktningebakgrunn. Dette er en liten økning fra 2008 da andelen var hhv 3,8 og 2,1 prosent i poliklinikkene og i avtalepraksis.

Det er få asylsøkere i pasientpopulasjonen, og andelen har gått ned fra 1,1 prosent i 2008 til 0,7 prosent i 2013 i poliklinikkene. I avtalepraksis er 0,4 prosent av pasientene asylsøkere og dette er uendret fra 2008.

Innhold i behandlingen gitt av poliklinikkene

91 prosent av pasientene er polikliniske pasienter, mens fem prosent behandles ambulant ved at de oppsøkes et annet sted heller enn at pasienten kommer til poliklinikken. Én prosent av pasientene er dagpasienter mens de resterende tre prosentene behandles gjennom flere typer

behandlingsopplegg, der den vanligste kombinasjonen er både poliklinisk behandling og ambulant behandling.

Individuell samtaleterapi er det vanligste behandlingstiltaket i poliklinikkene og 82 prosent av pasientene behandles med denne metoden. 11 prosent av pasientene får behandling uten medikamenter. 13 prosent av pasientene deltar i gruppebehandling, mens syv prosent mottar samtaleterapi der pasientens nærmeste deltar. Ni prosent av pasientene mottar en eller annen form for mestringstrening, mens seks prosent får hjelp til fysisk aktivitet og trening. Fire prosent får arbeidstrening, mens tre prosent mottar et behandlingsopplegg for rusproblem.

Mange pasienter mottar flere behandlingstiltak. Den vanligste kombinasjonen er individuell samtaleterapi og behandling med medikamenter (21 prosent av alle pasientene). Seks prosent av pasientene mottar individuell samtaleterapi og får behandling uten medikamenter.

Det synes å være stor grad av enighet om behandlingstiltak mellom behandlere og pasienter i offentlige poliklinikker. Vi har sett på tilfellene der både behandler og pasient har deltatt i utfyllingen og beregnet avvik mellom pasientens ønske og behandlerens ønske, men finner relativt få avvik. Det er i noen tilfeller uenighet mellom pasient og behandler når det gjelder individuell samtaleterapi og medisinerings. Seks prosent av pasientene ønsker individuell samtaleterapi uten at behandler er enig i at dette bør gis, mens for to prosent av pasientene er det behandler som ønsker at pasienten skal ha individuell samtaleterapi uten at pasienten er enig. Når det gjelder medikamentbehandling, er det uenighet rundt syv prosent av pasientene. For tre prosent av pasientene mener behandler at pasienten bør medisineres uten at pasienten er enig, mens for fire prosent av pasientene er det pasienten som ønsker behandling med medikamenter uten at behandler er enig. For andre behandlingstiltak er det enighet mellom behandler og pasient i 95-100 prosent av tilfellene. Her er det sterk naturlig seleksjon ved at pasienter som er uenig med behandler om behandlingstiltak, kan ha valgt å avslutte behandlingen og derfor ikke blir en del av datagrunnlaget.

Behandlingens omfang og intensitet

Mens 30 prosent av pasientene som er kartlagt i poliklinikkene startet behandlingen før 2012, gjelder dette halvparten av pasientene i avtalepraksis. Pasientene i avtalepraksis mottar behandling over lenger tid enn pasienter i poliklinikkene. Dette gjør også at poliklinikkene har større kapasitet til å ta inn nye pasienter. Mens 34 prosent av pasientene i poliklinikkene startet behandlingen i 2013, gjelder dette 23 prosent av pasientene i avtalepraksis.

Antall konsultasjoner siden påbegynt behandling justert for tidspunkt for oppstart, synes å være svært likt i poliklinikker og i avtalepraksis. Dette på tross av at pasientene i poliklinikkene i større grad har alvorlige psykiske lidelser enn i avtalepraksis.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

Kartleggingen viser at 3,3 prosent av pasientene i poliklinikkene er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Andelen er fem prosent blant mannlige pasienter og 2,3 prosent blant kvinnelige pasienter.

Andelen under TUD har økt gradvis, fra to prosent i 2004, til 2,6 prosent i 2008 og til 3,3 prosent i 2013.

For å kunne være under tvungent psykisk helsevern må pasienten, i tillegg til å ha en alvorlig sinnslidelse, også oppfylle enten behandlingskriteriet og/eller farekriteriet. Behandlingskriteriet er benyttet for 82 prosent av pasientene under TUD, fare for eget liv/helse er benyttet for 30 prosent, mens 17 prosent av pasientene under TUD utgjør fare for andres liv/helse.

Samarbeid rundt pasientene

Samarbeid rundt pasientene er kartlagt både i poliklinikkene og i avtalepraksis. Samarbeid med pårørende, kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester og tilbud utenfor disse er kartlagt.

Det er etablert samarbeid med pårørende for 21 prosent av pasientene i poliklinikkene og for ni prosent av pasientene i avtalepraksis. Både poliklinikkene og avtalespesialistene etablerer oftere samarbeid med pårørende om pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Mens poliklinikkene har etablert samarbeid med pårørende for 44 prosent av pasientene med schizofrenilidelser, gjelder dette 14 prosent av pasienter med nevrotiske lidelser. Noe av det samme mønsteret observeres blant avtalespesialistene, men de har en mye lavere andel pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene.

For 82 prosent av pasientene i poliklinikkene er det ikke etablert samarbeid med andre spesialisthelsetjenester, mens dette gjelder 91 prosent av pasientene hos avtalespesialistene. Det er i størst grad etablert samarbeid med psykiatrisk døgnavdeling (for 9 prosent av pasientene i poliklinikkene og for to prosent av pasientene i avtalepraksis) og med ambulant team (for fem prosent av pasientene i poliklinikker og for én prosent av pasientene i avtalepraksis)

For mange av pasientene samarbeides det med kommunale tjenester. Men for 36 prosent av pasientene i poliklinikkene og for 49 prosent i avtalepraksis, er det ikke oppgitt samarbeid med noen av de kommunale tjenestene.

I alle diagnosegrupper er det fastlegene det hyppigst samarbeides med. Mens kommunale pleie- og omsorgstjenester ofte er samarbeidspart om de relativt små pasientgruppene (organiske lidelser og psykisk utviklingshemming), er kommunalt psykisk helsearbeid og NAV Trygd inne i samarbeidet rundt pasienter med schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser.

I de store diagnosegruppene affektive lidelser og nevrotiske lidelser, er ofte fastlegen eneste samarbeidspart, både for poliklinikkene og for avtalespesialistene.

Om det er etablert samarbeid mellom kommunene og psykisk helsevern rundt pasienten, er kvaliteten forsøkt kartlagt. Behandler svarer at det er svært godt samarbeid med kommunene om 23 prosent av pasientene, 35 prosent svarer ganske godt og 34 prosent svarer godt. Seks prosent svarer ganske dårlig mens én prosent svarer at samarbeidet er svært dårlig.

Totalt vurderes samarbeidet å være godt, ganske godt eller svært godt for 93 prosent av pasientene der det er gitt informasjon. Dette bekrefter at samarbeidet rundt polikliniske pasienter i psykisk helsevern er relativt uproblematisk for en stor andel av pasientene. Men, en viktig faktor her, er at dette kun gjelder pasienter som faktisk får behandling i psykisk helsevern. For dem som har behov for tjenester, men som ikke har et tilbud i spesialisthelsetjenesten, etableres det trolig ikke et samarbeid rundt heller.

Det samarbeides i større grad om pasienter i poliklinikker enn i avtalepraksis for nesten alle diagnosegruppene. Det er vanskelig å si om dette skyldes kortere behandlingstid i poliklinikkene enn i privat avtalepraksis og at poliklinikken derfor trekker inn flere aktører, eller at pasientene er sykere i poliklinikkene og det samarbeides derfor mer.

Kontakt med andre tjenester siste år

Totalt har ni prosent av de kartlagte pasientene i offentlige poliklinikker ikke hatt kontakt med noen andre tjenester og tilbud foregående år. 17 prosent har ikke mottatt noen spesialisthelsetjenester, mens 30 prosent ikke har hatt kontakt med fastlegen eller andre i de kommunale tjenestene (primærhelsetjenester). 84 prosent har ikke hatt kontakt med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, som tannhelsetjenester og tilbud organisert av brukerorganisasjonene.

Av pasientene i privat avtalepraksis, er det 30 prosent som ikke har hatt kontakt med noen andre tjenester enn avtalespesialisten siste år. 75 prosent har ikke hatt kontakt med andre spesialisttjenester og 10 prosent har ikke vært i kontakt med primærhelsetjenesten. 82 prosent av pasientene har ikke vært i kontakt med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Fire prosent av pasientene i poliklinikkene hadde akuttinnleggelser i kvartalet før kartleggingstidspunktet (dvs første kvartal 2013), mens 2-3 prosent var akuttinnlagt i de tre forutgående kvartalene. 7 prosent av pasientene hadde kontakt med ambulant team fra DPS/kommunen kvartalet før kartleggingen, mens like mange hadde vært i behandling i somatiske sykehus. Ni prosent av pasientene hadde hatt døgnopphold kvartalet før kartleggingen, mens 71 prosent av de polikliniske pasientene også fikk poliklinisk behandling kvartalet før kartleggingen.

Blant pasientene i privat avtalepraksis var det åtte prosent som kvartalet før kartleggingen fikk poliklinisk behandling i psykisk helsevern, mens like mange fikk behandling i somatiske sykehus. Én prosent fikk tjenester fra ambulant team fra DPS/kommunen.

Fastlegen er den viktigste aktøren utenfor spesialisthelsetjenesten for flest pasienter, vurdert ut i fra hvem flest hadde kontakt med kvartalet før kartleggingen (54 prosent av pasientene i poliklinikkene og 50 prosent av pasientene i avtalepraksis). 11 og seks prosent i hhv poliklinikker og i avtalepraksis hadde hatt kontakt med NAV/sosialtjenesten, mens hhv ni og fire prosent hadde vært i kontakt med arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen. Det ble avholdt ansvarsgruppemøte for syv prosent av pasientene i poliklinikkene og for to prosent av pasientene i privat avtalepraksis kvartalet før kartleggingen.

Blant pasientene i poliklinikkene hadde 11 prosent av pasientene hatt kontakt med psykisk helsearbeid kvartalet før kartleggingen, mens dette gjaldt tre prosent av pasientene i avtalepraksis.

Det er få av pasientene som hadde mottatt tiltak fra tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Syv prosent hadde kvartalet før kartleggingen fått tannhelsetjenestebehandling, mens en til to prosent hadde vært på treffsteder/møteplasser for brukergruppen, og én prosent hadde vært i kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper.

Dekkede og udekkede behov blant pasienter i poliklinikkene

Det er relativt få av de polikliniske pasientene i psykisk helsevern som har behov for andre spesialisthelsetjenester enn poliklinisk behandling. 71 prosent av pasientene har fortsatt behov for poliklinisk behandling og 99 prosent av disse vil få det. Det er sannsynligvis slik at når en først har startet et behandlingstilbud i offentlige poliklinikker, er det få som får avsluttet behandlingen dersom det er behov for videre behandling.

Syv prosent av de polikliniske pasientene har behov for døgnopphold i psykisk helsevern (sykehus eller DPS). Hver fjerde av disse er uten tilbud. To prosent har behov for et døgntilbud i TSB og 60 prosent av disse har ikke tilbudet. Disse kan sannsynligvis vurderes som feilplassert, med et for lavt nivå på tilbudet (får poliklinisk behandling), men har behov for døgnbehandling i PHV. Vi beregner at dette utgjør under to prosent av pasientene.

Mange polikliniske pasienter har behov for kommunale tjenester. 19 prosent har behov for bistand fra sosialtjenestene i kommunene/NAV, mens 17 prosent har behov for behandling/samtale med det kommunale psykiske helsearbeidet. Det er vurdert å være behov for arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen for 16 prosent av pasientene, mens åtte prosent vurderes å ha behov for tilbud ved aktivitetssenter/dagsenter. Ni prosent har behov for at det avholdes ansvarsgruppemøte, mens fem prosent har behov for individuell støttekontakt.

Av pasientene som har behov for sosialtjeneste/NAV, er det 94 prosent som får denne tjenesten, mens det er færre av pasientene med behov som får behandling/samtale med kommunalt psykisk helsearbeid. Her er det betydelige udekkede behov, og nesten hver tredje polikliniske pasient med behov, har udekkede behov for tjenesten. Når det gjelder arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen er hver tredje poliklinisk pasient med behov uten tilbud og har et udekket behov. Dette var de tjenestene flest pasienter hadde behov for og utgjør derfor et stort antall pasienter. Lavest behovsdekning finner vi for støttekontakt. To av tre pasienter med behov for støttekontakt som gruppetiltak og 57 prosent av dem med behov for individuell støttekontakt, får ikke tjenesten.

Ellers er det lav dekning på kommunale boligtiltak, men det er relativt få av de polikliniske pasientene som har behov for dette. For de fire prosentene som har behov for kommunal bolig med døgnbemanning, er det 31 prosent som ikke har tilbud. Dette kan også være feilplasserte pasienter, og vi beregner at dette gjelder én prosent av alle pasientene.

I tillegg til de som burde hatt døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten (litt under to prosent), finner vi dermed at omtrent tre prosent av pasientene er feilplassert ved at de har et poliklinisk tilbud, men burde hatt et døgntilbud.

Når det gjelder andre tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunene, er det 11 prosent av pasientene som har behov for tannbehandling. Omtrent hver femte av disse (om lag to prosent av alle pasienter) har ikke tilbudet. Fire prosent har behov for tilgang til treffsteder/møteplasser for folk som sliter med det samme som dem og halvparten av disse har også behov for kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper. Her er det udekkede behov, og årsaken er ofte at pasienten ikke selv ønsker tilbudet, men også at tilbudet ikke finnes i nærheten av pasientens bosted.

Private avtalespesialister

I tillegg til at pasientene i avtalepraksis er kartlagt, er det utviklet et eget skjema som avtalespesialistene har fylt ut. Formålet var å få økt kunnskap om situasjonen blant private spesialister. To av tre private avtalespesialister i psykisk helsevern har svart på undersøkelsen. Antall driftshjemler har gått ned fra 827 i 2008 til 754 i 2013. Men tallet på avtalte årsverk har ikke gått ned, noe som tyder på at størrelsen på hjemlene har økt.

Åtti prosent av avtalespesialistene oppgir at de fører venteliste (74 prosent av psykiaterne og 83 prosent av psykologene). Dette er ti prosentpoeng mer enn i 2008. De som ikke fører ventelister, oppgir litt ulik årsak. For noen er det unødvendig med venteliste fordi de fleste pasientene avsluttes etter én konsultasjon, for eksempel spesialister i nevropsykologi. Andre har så store kapasitetsproblemer at de avslår pasienter umiddelbart, mens andre sier det er umulig å forutsi når de får ledig kapasitet og at det derfor ikke er etisk riktig å sette pasientene på venteliste hos dem. Noen er opptatt av at sammensetningen av pasientene er viktig i forhold til hvor godt de selv kan gjøre jobben, mens andre har forsøkt å føre venteliste, men har erfart at pasientene på listen i mellomtiden har funnet en annen behandler uten å gi beskjed. Lavt driftstilskudd er også gitt som begrunnelse for at de ikke fører venteliste, det blir mye å administrere og ventetiden blir lang. Å administrere ventelister oppleves som tidkrevende og når ventelisten er full har de egentlig bare skjøvet problemet foran seg. Avtaler med DPS-er, kan også gjøre det vanskelig å operere med ventelister for andre pasienter. Noen har valgt å spre behandlingen over lenger tid (og dermed ta inn flere), heller enn å føre venteliste. Noen få oppgir at de har faste inntaksdatoer og tar inn et fast antall per inntak, mens resten avvises. Det er heller ikke slik at alle de som svarer at de fører venteliste, nødvendigvis følger dem så strengt.

Psykologene opplever i noe større grad økt pågang av pasienter enn psykiaterne. Åtte prosent av psykiaterne og 13 prosent av psykologene opplever sterk økning i pågang av nye pasienter, mens 23 og 25 prosent av hhv psykiatere og psykologer opplever noe økt pågang. Det er vanskelig å se noen klare diagnosegrupper i forhold til økt pågang, men flere mener at det kommer mange pasienter som ikke burde vært der. Årsaken er ofte at fastlegen henviser for friske folk (som kommunen burde hjelpe), eller at DPS henviser for syke folk som avtalespesialistene har vanskelig for å kunne hjelpe.

En større andel av psykiatere enn psykologer samarbeider med andre. Årsaken er trolig at de har en annen pasientsammensetning og dermed større behov for samarbeid. Mens 26 prosent av psykologene ikke samarbeider med pårørende, gjelder dette 15 prosent av psykiaterne. 21 prosent av psykologene og 13 prosent av psykiaterne har ikke samarbeid med andre i spesialisthelsetjenesten. En like stor andel av psykologer og psykiatere oppgir å samarbeide med fastlegene (95 prosent).

Gitt at det samarbeides med andre, utgjør det for median behandler, 30 minutt med andre spesialisthelsetjenester, 30 minutt med pårørende, 30 minutt med fastleger og 30 minutt med andre relevante aktører. Totalt 120 minutter, eller to timer per 14. dag, eller én time i uken. Median psykolog samarbeider 10 minutt lenger med fastlegene hver 14. dag enn median psykiater, ellers bruker psykiatere og psykologer like lang tid på samarbeid med pårørende, fastleger og andre relevante aktører – gitt at de samarbeider.

Til slutt har vi forsøkt å kartlegge hovedutfordringene i privat avtalepraksis med et åpent spørsmål. Ut i fra svarene, konkluderer vi med at de største utfordringene for mange avtalespesialister fortsatt er for dårlig sortering av pasienter både fra fastlegene og fra DPS-ene, for stor pågang av pasienter og pårørende de må avvise, at det er for mye administrasjon og rapportering som tar viktig behandlingstid fra pasientene, og at kommunene ikke gir tilbud til de med problemer som ikke hører hjemme hos privat avtalespesialist.

Videre forskning

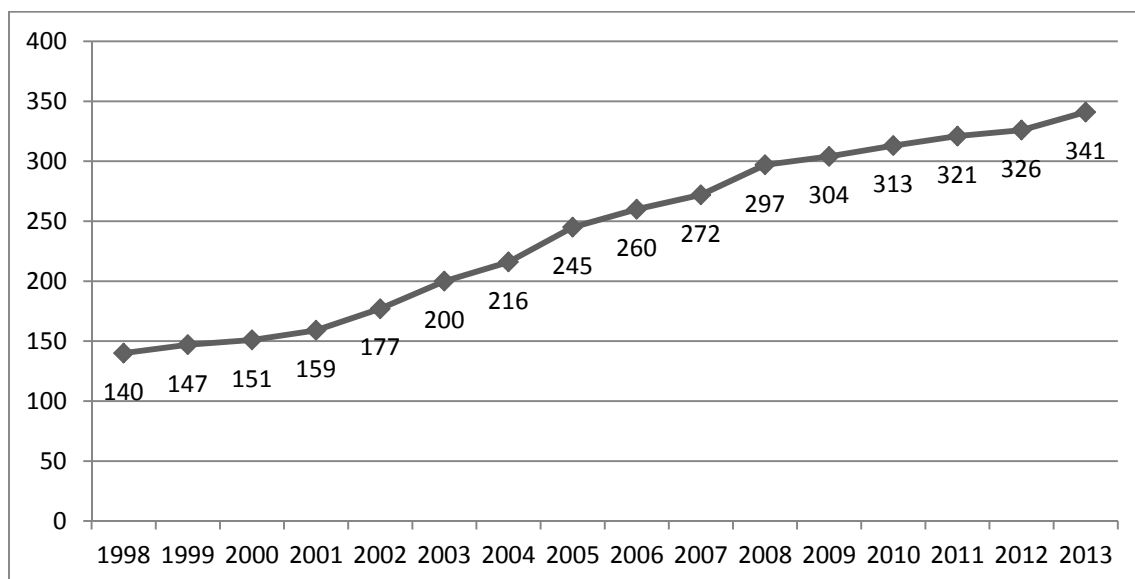
Rapporten tar opp en rekke sentrale problemstillinger som det finnes lite forskning på fra Norge. Datagrunnlaget gir muligheter for mange analyser som kan tilføre psykisk helsevernfeltet viktig kunnskap, både nasjonalt og internasjonalt.

1 Innledning

1.1 Offentlig poliklinisk aktivitet i perioden 1998-2013

Det har vært en sterk økning i antall polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet, se figur 1.1. Vekstraten har avtatt noe etter avslutningen av opptrappingsplanen i 2008.

Målene som var satt i opptrappingsplanen for økningen i den polikliniske kapasiteten, ble mer enn oppfylt, og i løpet av planperioden ble antall konsultasjoner per 1000 voksne innbygger mer enn doblet. Fra 2008 til 2013 er økningen på 15 prosent.



Figur 1.1 Antall polikliniske konsultasjoner i det psykiske helsevernet for voksne per 1 000 innbygger 18 år og eldre. Kilde: Samdata 2012, s. 213 og Samdata 2013 fig 16.1.

I 2012 var 58 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker kvinner, mens 66 prosent av pasientene hos de private avtalespesialistene var kvinner.

Rundt 130 000 pasienter behandles årlig av offentlige poliklinikker i psykisk helsevern. I tillegg behandles årlig rundt 50 000 pasienter (i overkant av 120 per 1 000 voksne innbygger) av private avtalespesialister (psykiatere og psykologer). Se også Samdata 2013, tabell 1.1. Vi kommer tilbake til disse i kapittel 2.7.

1.2 Bakgrunn for pasientkartleggingen i 2012/2013

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

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

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

Resultatene i kartleggingen presenteres i fem rapporter, der den første kom høsten 2013. Dette er nummer fire i rekken og handler altså om pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern (PHV). Den siste rapporten handler om polikliniske pasienter i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Forskningsprosjektet skal fremskaffe følgende oversikter og svar:

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

1.3 Formål med rapporten

Rapporten skal først og fremst vise baseline for Samhandlingsreformen for poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Grunnlaget er pasientpopulasjonen våren 2013 og hovedfokus er pasientenes dekkede og udekkede behov for tjenester og tiltak på ulike nivå.

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

2 Data og metode

Første del av kapitlet beskriver utformingen av undersøkelsen og hvordan vi gjennomført datainnsamlingen (kapittel 2.1-2.5). Deretter beregner vi hvor stor andel av pasientene som er kartlagt fra hvert helseforetak (2.6) og dekingen blant pasienter registrert i privat avtalepraksis (kapittel 2.7)

2.1 Datamaterialets design

Pasientkartleggingen i de offentlige poliklinikkene i privat avtalepraksis våren 2013 er en tverrsnittsregistrering av polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne i Norge.

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

To viktige forhold bestemmer størrelsen på pasientmaterialet. Det ene er hvor mange som mottar tilbud i tidsrommet ut fra tjenestenes kapasitet, og det andre er behandlernes oppslutning om undersøkelsen ved å fylle ut og sende inn spørreskjema. Men like avgjørende er det at kvaliteten og komplettheten i utfyllingen er god. Dette designet er velkjent gjennom en rekke punkttellinger siden 1979 innen psykisk helsevern, da den første registreringen ble gjennomført for å kartlegge pasientpopulasjonen ved psykiatriske sykehjem (Øgar 1981, Øgar, Kolstad, og Kindseth 1986). Undersøkelsene har tradisjonelt hatt en meget god oppslutning. Dette skyldes trolig undersøkelsens kortfattede form, objektive spørsmål og avgrensede registreringsperiode (Hagen 1992, 1997, 2001, Hagen og Ruud 2004, Lilleeng et al. 2009).

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

Designet innebærer at kartleggingen er et supplement til data innsamlet av Norsk pasientregister (NPR). Mens NPR data vil gi et riktig bilde av pasientsammensetningen i løpet av et år, vil pasientkartleggingen representere de pasientene som til enhver tid får behandling. I kartleggingen i en viss periode, vil pasienter med hyppige konsultasjoner være overrepresentert, fordi de har større sannsynlighet for å være i kontakt med poliklinikken i løpet av de 14 dagene enn pasienter med mindre hyppige konsultasjoner.

2.2 Godkjenning fra Regionaletisk forskningskomite (REK)

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

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

2.3 Gjennomføring av kartleggingen

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

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

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

Vi tok også kontakt med alle de fire regionale helseforetakene for å få navn og adresse til de private behandlerne som de hadde avtale med. Etter mange purringer, fikk vi til slutt tilgang på alle disse. Vi tok kontakt med alle behandlere per brev og epost og informerte om kartleggingen. Vi fikk da en del tilbakemeldinger om at de kun behandlet barn og unge, eller at de hadde avsluttet praksisen sin. Vi strøk disse fra listen, og endte opp med 717 personer. Vi tok videre kontakt med både Norsk psykiatrisk forening og Norsk psykologforening og ba dem sende brev til sine medlemmer med oppfordring om å delta for å få økt oppslutning fra avtalespesialistene. Begge foreningene gjorde dette.

Vi var usikre på om de private avtalespesialistene hadde mulighet til å gjennomføre kartleggingen elektronisk, og gjennomførte en enkel QuestBack undersøkelse i forkant der vi spurte om dette. Halvparten av avtalespesialistene vi hadde på den innsamlede listen responderte, og 80 prosent svarte at de ønsket å fylle ut elektronisk skjema heller enn papir. Sentio AS satte derfor opp en elektronisk versjon av skjemaene i tillegg til de trykte papirskjemaene og sendte link til de som ønsket å gjennomføre kartleggingen elektronisk.

Det var likevel mange som ombestemte seg i løpet av kartleggingen, og heller ønsket å fylle ut på papir. De fikk da tilsendt samme papirskjema som kollegene. Sluttresultatet var at 44 prosent av de kartlagte pasientene fra avtalespesialistene er kartlagt ved bruk av elektronisk skjema.

2.4 Utvikling av kartleggings skjemaer

Kartleggings skjemaene er utarbeidet i nært samarbeid med referansegruppen for prosjektet. Vi har tatt utgangspunkt i tidligere gjennomførte kartlegginger, gjort nødvendige justeringer og utviklet nye spørsmål for å svare på alle problemstillingene som skulle besvares.

Denne rapporten bygger på tre ulike kartleggings skjema.

- Pasientskjema for offentlige poliklinikker (4 sider)
- Pasientskjema for private avtalespesialister (2 sider)
- Behandlerskjema for private avtalespesialister (1 side)

For begge de to første skjematypene ble det lagt ved et tosidert kodeskjema som inneholdt rusmiddelkoder, bydelskoder og kommunenummer.¹

For å få avtalespesialistene til å prioritere kartleggingen, vurderte vi det som svært viktig å holde lengden på skjemaet så kort som mulig. De skulle i tillegg fylle ut behandlerskjemaet. Noen spørsmål er også mest relevant for de offentlige poliklinikkene og er ikke tatt med i skjemaet til avtalespesialistene. En del av spørsmålene er tatt med i begge skjema. Noen kapitler i rapporten inneholder derfor informasjon både fra poliklinikkene og fra de private avtalespesialistene, mens andre inneholder kun informasjon om pasientene ved poliklinikkene.

2.5 Informasjon fra behandler og pasient

Det er behandleren som er ansvarlig for utfyllingen, men det er bedt om at pasienten også deltar i utfyllingen dersom det er mulig å få til. Pasienten skal ikke bes om å delta i utfyllingen dersom behandler mener pasienten er ruspåvirket eller for syk til å oppfatte spørsmålene.

I poliklinikkene har 57 prosent av pasientene deltatt i utfyllingen, mens andelen er 56 prosent blant pasientene hos avtalespesialistene.

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

¹ Det ble også lagt ved en side med spørsmål til pasientene. Skjemaet handlet om opplevd kontinuitet i tjenestene og inngår i et internasjonalt samarbeidsprosjekt som er finansiert av Norges Forskningsråd.

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

	Antall	Prosent
Ønsker ikke	1 433	19
For syk til å spørres	1 003	13
Ikke møtt opp	1 652	21
Annet	3 652	47
Totalt	7 740	100

Av de som har oppgitt årsak, er det nesten halvparten som svarer "Annet". Det var ikke rom for åpne spørsmål i poliklinikk skjema, så vi har ikke informasjon om hva som ligger i "Annet". Fra kartleggingen i døgninstitusjonene handlet det ofte om tidspress eller at det antas som uhensiktsmessig at pasienten deltar (ikke terapeutisk gevinst, deltakelse kunne ført til uro og forverret tilstand etc).

For 21 prosent av pasientene som ikke har deltatt, er årsaken at pasienten ikke har møtt opp til den avtalte konsultasjonen. Det er vanskelig å si om dette er et godt anslag på antall polikliniske konsultasjoner som er planlagt uten at pasienten møter opp, men ut i fra dette synes manglende oppmøte å være et betydelig problem i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern.

I noen tilfeller er det krysset av både for at pasienten har deltatt i utfyllingen, og årsak til at de ikke har deltatt. Dette kan skyldes at pasienten delvis har deltatt i kartleggingen, eller at det er krysset feil på skjemaet.

2.6 Andel pasienter som er registrert i offentlige poliklinikker

Det er totalt levert utfylt skjema for 23 167 pasienter.² Fra registrerte pasientdata vi har fått fra Helsedirektoratet³ vet vi at det totalt var 38 904 pasienter som fikk konsultasjon i en offentlig poliklinikk i løpet av de fjorten dagene registreringen pågikk (92 prosent har en eller flere konsultasjoner som er refusjonsberettiget).

Dette betyr at det er levert skjema for 60 prosent av pasientene. Siste kolonne i tabell 2.2 viser andel registrerte pasienter av totalt antall pasienter for hvert helseforetak.

² 7 skjema ble levert lenge etter fristen og er ikke scannet og tatt med i datagrunnlaget

³ Takk til seniorrådgiver Per Bernhard Pedersen som har levert tall på antall pasienter registrert i perioden både for offentlige poliklinikker og for de private avtalespesialistene.

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

	Totalt antall pasienter	Antall kartlagte pasienter	Andel registrert av totalt antall pasienter
Sykehuset Østfold HF	1 605	840	52
Akershus universitetssykehus HF	2 905	1 607	55
Oslo universitetssykehus HF	1 889	1 265	67
Sykehuset Innlandet HF	2 999	2 250	75
Vestre Viken HF	2 858	1 805	63
Sykehuset i Vestfold HF	2 012	1 226	61
Sykehuset Telemark HF	1 673	277	17
Sørlandet sykehus HF	2 463	1 971	80
Private med driftsavtale Sør-Øst	3 618	1 821	50
Helse Stavanger HF	2 060	1 143	55
Helse Fonna HF	1 056	558	53
Helse Bergen HF	2 045	1 002	49
Helse Førde HF	660	381	58
Private med driftsavtale Helse Vest	1 101	739	67
Helse Møre og Romsdal HF	2 059	1 176	57
St. Olavs Hospital HF	2 919	1 716	59
Helse Nord-Trøndelag HF	1 134	889	78
Helgelandssykehuset HF	798	586	73
Nordlandssykehuset HF	859	572	67
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1 599	1 016	64
Helse Finnmark HF	578	316	55
Private med driftsavtale Helse Nord	14	11	79
Totalt	38 904	23 167	60

Sykehuset Telemark HF ligger spesielt lavt, med kun 17 prosent av pasientene registrert. I Helse Bergen har hverken Voss DPS eller Øyane DPS deltatt. Ellers har alle institusjonene deltatt, men andel pasienter som er kartlagt varierer fra 10 prosent ved noen sykehusavdelinger til 100 prosent ved enkelte DPS-er. Gitt denne variasjonen, er ikke dette datagrunnlaget egnet til å gjøre analyser av geografisk variasjon.

Det er vanskelig å si hva som kjennetegner pasientene som ikke er registrert, men tidspunkt for konsultasjonen kan ha betydning. Konsultasjoner som fant sted tidlig eller sent i kartleggingsperioden, vil kanskje ha lavere sannsynlighet for å bli inkludert. Tidspress bidrar sannsynligvis til å forklare hvorfor ikke en større andel pasienter er kartlagt.

I tabell 2.3 vises hvilken type enhet pasientene behandles ved. 87 prosent av pasientene får behandling ved en psykiatrisk poliklinikk, mens fire prosent får behandling av oppsøkende virksomhet som ACT team eller liknende. Tre prosent av pasientene får behandling i ambulante akutt-team. Én prosent av pasientene får behandling ved en dagenhet, mens 0,4 prosent får behandling i en døgnavdeling.

Det kunne krysses av for flere typer enheter/team eller avdelinger, og for 785 pasienter (4 prosent) er det krysset av for psykiatrisk poliklinikk og ett eller flere av de andre alternativene.

Tabell 2.3 Antall og andel pasienter i ulike typer team/post/avdeling. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Antall	Andel
Psykiatrisk poliklinikk	19 187	87
Ruspoliklinikk/rusteam	298	1
Ambulant akutteam (AAT)	556	3
Dagenhet	287	1
Døgnetenhet	93	0
Oppsøkende virksomhet (ACT etc)	826	4
Psykiatrisk poliklinikk og en annen type virksomhet	785	4
Totalt	22 032	100
Ikke informasjon	1 092	
Antall pasienter	23 124	

2.7 Andel pasienter som er registrert i privat avtalepraksis

473 private avtalespesialister har levert kartleggingsskjema for sine pasienter. Antall kartlagte pasienter varierer fra én pasient til 112 pasienter. I 2013 var det totalt 754 driftshjemler (Helsedirektoratet, 2014).⁴

Totalt er det kartlagt 12 790 pasienter fra de private avtalespesialistene. For 554 pasienter har vi ikke informasjon om behandler, kun at de får behandling av privat avtalespesialist.⁵

Helsedirektoratet har fremskaffet informasjon om pasienter i privat avtalepraksis som har fått en eller flere konsultasjoner i løpet av kartleggingsperioden.⁶

Vi kan dermed beregne grad av kompletthet blant avtalespesialistene og sammenlikne de ulike helseregionene. Antall pasienter registrert i NPR og antall kartlagte i pasientkartleggingen er vist i tabell 2.4, mens andelene er vist i tabell 2.5.

⁴ Aktivitetsdata for avtalespesialister 2013. Norsk pasientregister, Rapport IS-2189.

⁵ Årsaken er at vi ikke får koblet behandler skjema med pasientskjema for 554 pasienter. Dette betyr at behandlerinformasjon mangler for fire prosent av pasientene. Alle pasientene i utvalget inngår der det ikke skilles på type fagutdanning (psykiater eller psykolog) for behandler.

⁶ Takk til seniorrådgiver Per Bernhard Pedersen som har levert dette både for offentlige poliklinikker og for de private avtalespesialistene.

Tabell 2.4 Antall pasienter behandlet i privat avtalepraksis 15. – 28. april 2013, antall kartlagte samme periode. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Registrerte pasienter i perioden*			Kartlagte pasienter i perioden		
	Psykiatere	Psykologer	Totalt	Psykiatere	Psykologer	Totalt
HELSE SØR-ØST	4 388	8 195	12 583	3 381	5 259	8 640
HELSE VEST	1 056	2 847	3 903	770	1 782	2 552
HELSE MIDT-NORGE	222	905	1 127	144	332	476
HELSE NORD	188	483	671	182	386	568
Totalt	5 854	12 430	18 284	4 477	7 759	12 236

* Estimert andel av virksomheten som er dekket i pasientdata fra NPR er 96 prosent for Helse Sør-Øst, 96 prosent for Helse Vest, 95 prosent for Helse Midt-Norge og 91 prosent for Helse Nord.

Fra tabell 2.4 fremkommer det at to av tre av pasientene som er rapportert til NPR i perioden, er kartlagt. Psykiatere har kartlagt en større andel pasienter enn psykologene, hhv 76 prosent og 62 prosent. Særlig er andelen kartlagte lav blant private spesialister med avtale med Helse Midt-Norge, der kun 42 prosent av pasientene er kartlagt. Helse Nord har høyest andel kartlagte pasienter med 85 prosent.

Tabell 2.5 Andel (%) kartlagte pasienter hos private avtalespesialister 15. – 28. april 2013. Pasientkartleggingen 2013.

	Psykiatere	Psykologer	Totalt
HELSE SØR-ØST	77	64	69
HELSE VEST	73	63	65
HELSE MIDT-NORGE	65	37	42
HELSE NORD	97	80	85
Totalt	76	62	67

* Estimert andel av virksomheten som er dekket i pasientdata fra NPR er 96 prosent for Helse Sør-Øst, 96 prosent for Helse Vest, 95 prosent for Helse Midt-Norge og 91 prosent for Helse Nord.

3 Pasientpopulasjonen 2013

Kapittelet inkluderer pasienter både i offentlige poliklinikker og hos private avtalespesialister. Totalt er 35 957 pasienter kartlagt. 64 prosent fikk behandling i offentlige poliklinikker (N=23 167) og resten hos private avtalespesialister (N=12 790).

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

316 av de kartlagte pasientene hos private avtalespesialister og 43 av de kartlagte pasientene i de offentlige poliklinikkene, er under 18 år. Vi ser nærmere på disse i kapittel 3.10, men tar dem ut i resten av rapporten. Mange private avtalespesialister behandler både voksne og barn/unge (se kapittel 15), men pasientkartleggingen er tilpasset voksne pasienter.⁷

3.1 Kjønn og alder

Kjønn er ikke oppgitt for 277 pasienter i offentlige poliklinikker og 156 av pasientene hos de private avtalespesialistene. I poliklinikkene er 37 prosent av pasientene menn, mens andelen er 30 prosent hos private avtalespesialister. Kjønnfordelingen er relativt uendret fra kartleggingen i 2008 (hhv 38 og 30 prosent).

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

	Offentlige poliklinikker		Private avtalespesialister		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Mann	8 431	37	3 650	30	12 081	34
Kvinne	14 416	63	8 668	70	23 084	66
Antall pasienter	22 847	100	12 318	100	35 165	100
Ikke oppgitt kjønn	277		156		433	
Totalt antall pasienter	23 124		12 474		35 598	

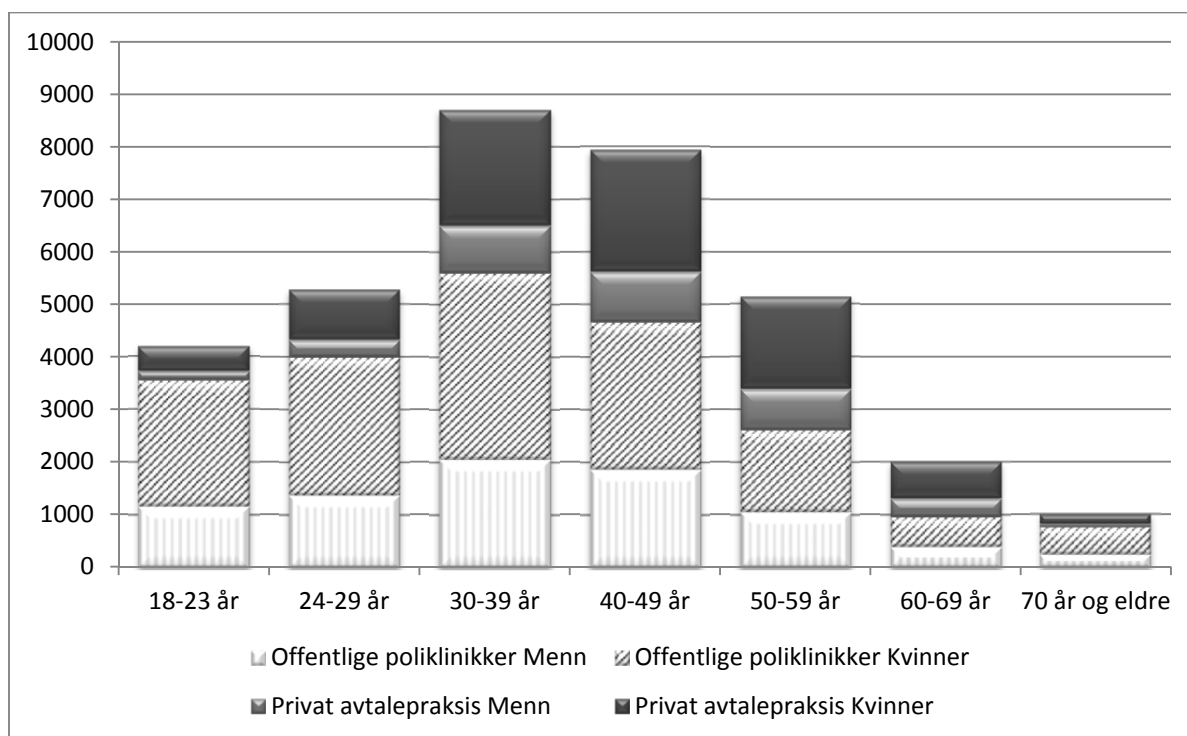
Median alder blant pasientene i offentlige poliklinikker er 35 år og 43 år i privat avtalepraksis. Tabell 3.2 viser at pasientene som får behandling fra private avtalespesialister gjennomgående er eldre enn pasientene i offentlige poliklinikker.

⁷ I tidligere pasientkartlegginger er BUP tatt med, men Helsedirektoratet bestemte at de ikke skulle kartlegges i denne omgang.

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

	Offentlige poliklinikker		Private avtalespesialister	
	Antall	Andel	Antall	Andel
18-23 år	3 576	16	656	5
24-29 år	4 022	18	1 300	11
30-39 år	5 649	25	3 139	26
40-49 år	4 694	21	3 312	27
50-59 år	2 622	12	2 556	21
60-69 år	965	4	1 061	9
70 år og eldre	762	3	249	2
Totalt	22 290	100	12 273	100
Ikke oppgitt	834		201	
Antall pasienter	23 124		12 474	

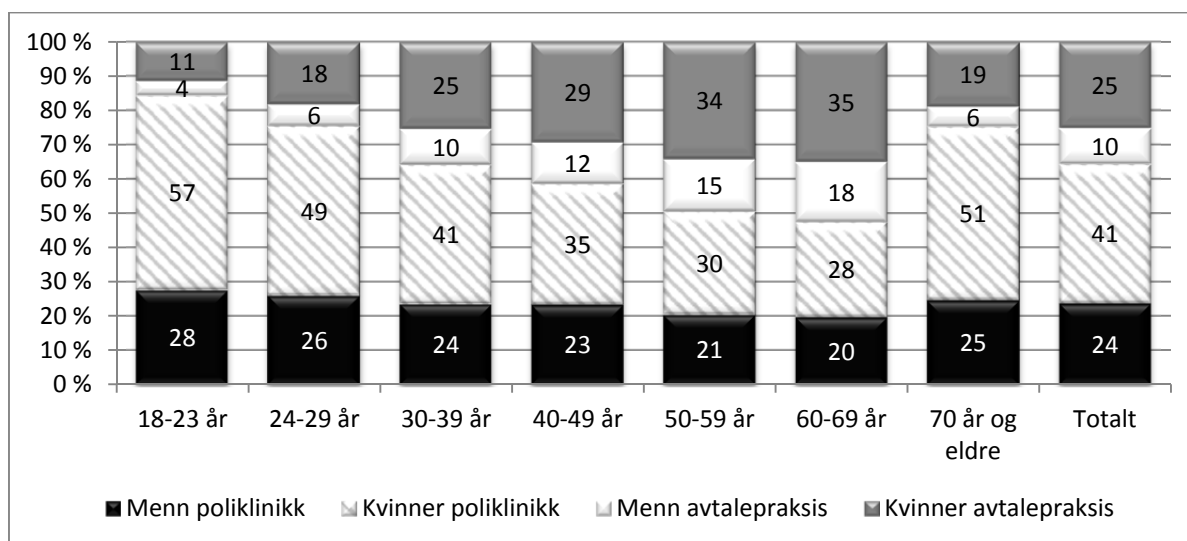
I figur 3.1 fremstilles kjønn og alder samlet. Kvinnelige pasienter utgjør hovedandelen av pasientene i alle aldersgrupper, både i poliklinikkene og hos de private avtalespesialistene. Figuren viser også klart at de yngste pasientene i stor grad behandles i offentlige poliklinikker og at andel mannlige pasienter øker med økt alder.



Figur 3.1 Polikliniske pasienter fordelt mellom offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Andel pasienter i prosent. Aldersgrupper. Pasientkartleggingen 2013.

Om vi samler alle pasienter i samme aldersgruppe og fordeler de på kjønn og hvor de behandles, fremkommer bildet vist i figur 3.2. Figuren viser at kvinner benytter behandlingstilbudet hos avtalespesialistene i større grad med økende alder og at de unge pasientene primært får sitt

behandlingstilbud ved poliklinikkene. Mannlige pasienter som får behandling i offentlige poliklinikker utgjør en relativt fast andel av alle aldersgruppene (20-28 prosent).



Figur 3.2 Polikliniske pasienter fordelt mellom offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Andel pasienter i prosent. Aldersgrupper. Pasienttellingen 2013.

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

Tabell 3.3 Antall pasienter per 10 000 innbygger. Kjønn, alder og behandlingstype. Pasientkartleggingen 2013.

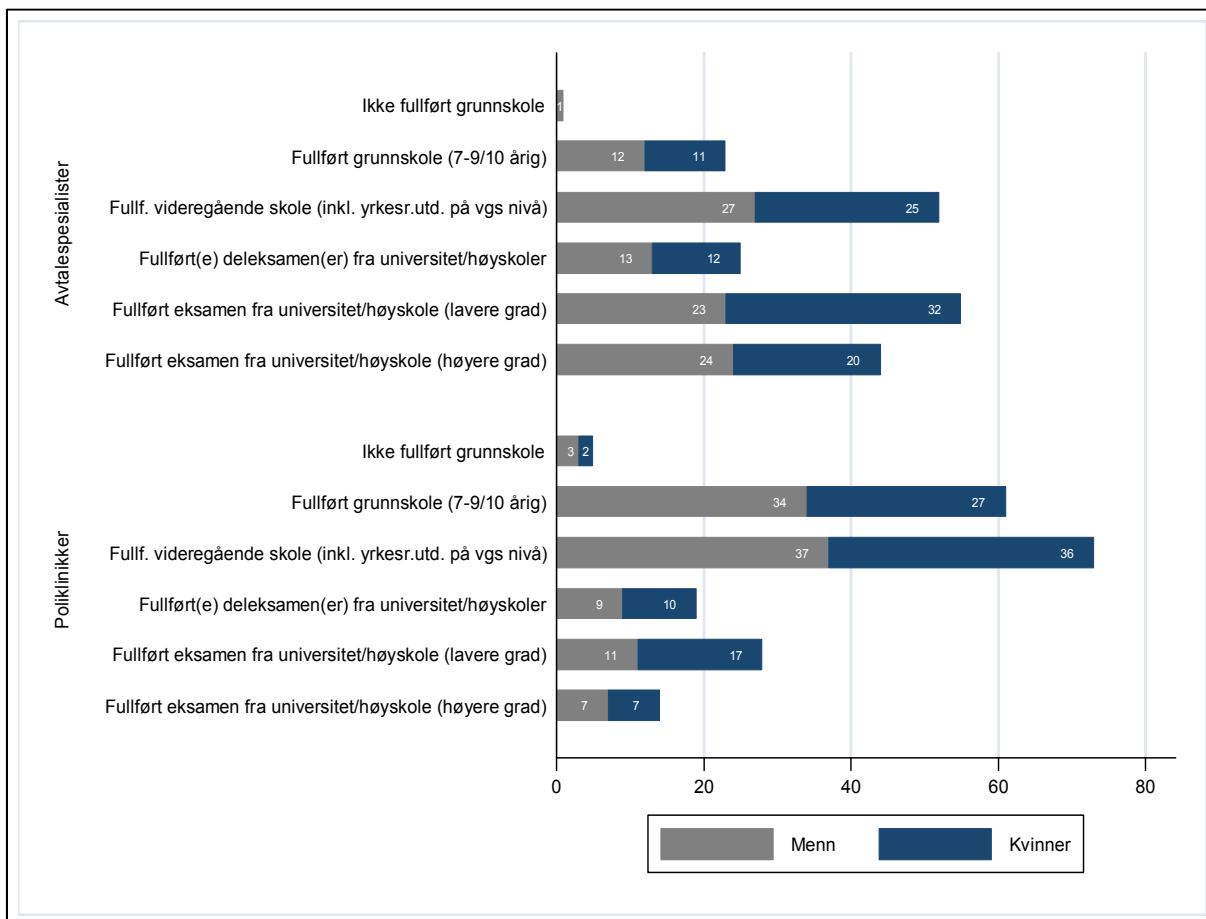
	Offentlige poliklinikker		Private avtalespesialister		Alle		Totalt
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	
18-23 år	57	123	9	24	66	147	106
24-29 år	70	138	17	50	87	188	137
30-39 år	59	107	26	67	86	174	129
40-49 år	50	79	26	66	76	145	110
50-59 år	33	50	25	57	58	107	82
60-69 år	15	21	13	26	28	47	38
70 år og eldre	11	17	3	6	14	23	19
Totalt	42	72	19	44	61	116	89

Den høyeste brukerraten finner vi blant kvinner i alderen 24-29 år, med 188 pasienter per 10 000 innbygger. De laveste brukerratene er blant menn 70 år og eldre der det kun er 14 pasienter per 10 000 mannlige innbygger. Samlet sett har aldersgruppen 24-29 år de høyeste brukerratene, men fordi private avtalespesialister i større grad behandler noe eldre pasienter, utjevnes bildet. Når det gjelder pasienter over 60 år, er ratene lave både i poliklinikkene og hos avtalespesialistene.

Forskjellen i brukerrater mellom kvinner og menn avtar systematisk med økt alder (flere menn i avtalepraksis og færre kvinner i poliklinikker med økt alder), men kvinner har generelt nesten dobbelt så høy bruk av tjenestene som menn.

3.2 Utdanningsnivå

I figur 3.3 har vi fordelt pasientene på utdanningsnivå. Kvinner i poliklinikker summerer seg til hundre og det gjør også kvinner i avtalepraksis. Tilsvarende for menn.



Figur 3.3 Andel pasienter med ulik utdanning innen kjønn og behandlingssted.

Totalt for alle pasienter ser vi fra figuren at generelt er utdanningsnivået tydelig høyere blant pasienter i avtalepraksis enn i poliklinikkene. Mens 30 prosent av pasientene samlet sett har fullført grunnskolen som høyeste nivå (34 prosent av alle mannlige pasienter og 27 prosent av alle kvinnelige pasienter), gjelder dette kun 11 prosent blant pasientene i avtalepraksis (12 prosent av menn og 11 prosent av kvinner).

I befolkningen er det flere kvinner enn menn som har fullført lavere grads universitet- og høyskoleutdanning, mens det er flere menn enn kvinner som har fullført høyere grads universitets- og høyskoleutdanning. For å beregne brukerrater av tjenestene sammenlikner vi pasientpopulasjonen med befolkningen. Kvinner med fullført utdanning fra universitet høyere grad, har klart høyest bruk av tjenestene, men også blant menn er raten høyest blant de med høyere grads universitetsutdannelse.

Men det er betydelige forskjeller, både mellom kjønn og etter hvor de får behandling (se tabell 3.4). Mens kvinner med høy utdannelse klart har høyest bruk av avtalespesialister, har menn høyest brukerrate blant de som har fullført grunnskolen som høyeste utdanning og som får behandling i offentlige poliklinikker (62 per 10 000 innbygger).

Lavest bruk av tjenestene finner vi blant dem med lav utdanning, med unntak av kvinner i poliklinikker, der 81 pasienter per 10 000 innbygger har fullført grunnskolen som høyeste utdanning.

Tabell 3.4 Antall pasienter per 10 000 innbygger etter utdanning. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige poliklinikker		Private avtalespesialister		Totalt
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (høyere grad)	31	75	48	128	131
Fullført eksamen fra universitet/høyskole (lavere grad)	24	46	23	53	77
Fullført videregående skole (inkl. yrkesr.utd. på vgs nivå)	42	84	17	41	89
Fullført grunnskole (7-9/10 årig)	62	81	11	20	88
Ikke fullført grunnskole	30	42	17	29	56
Totalt	42	71	19	45	88

Fordi det er ulik kjønns- og alderssammensetning av pasientene i poliklinikkene og i avtalepraksisene, kan noe av denne variasjonen forklares med alderssammensetningen. Yngre kohorter har for eksempel i større grad høyere utdannelse enn eldre kohorter.

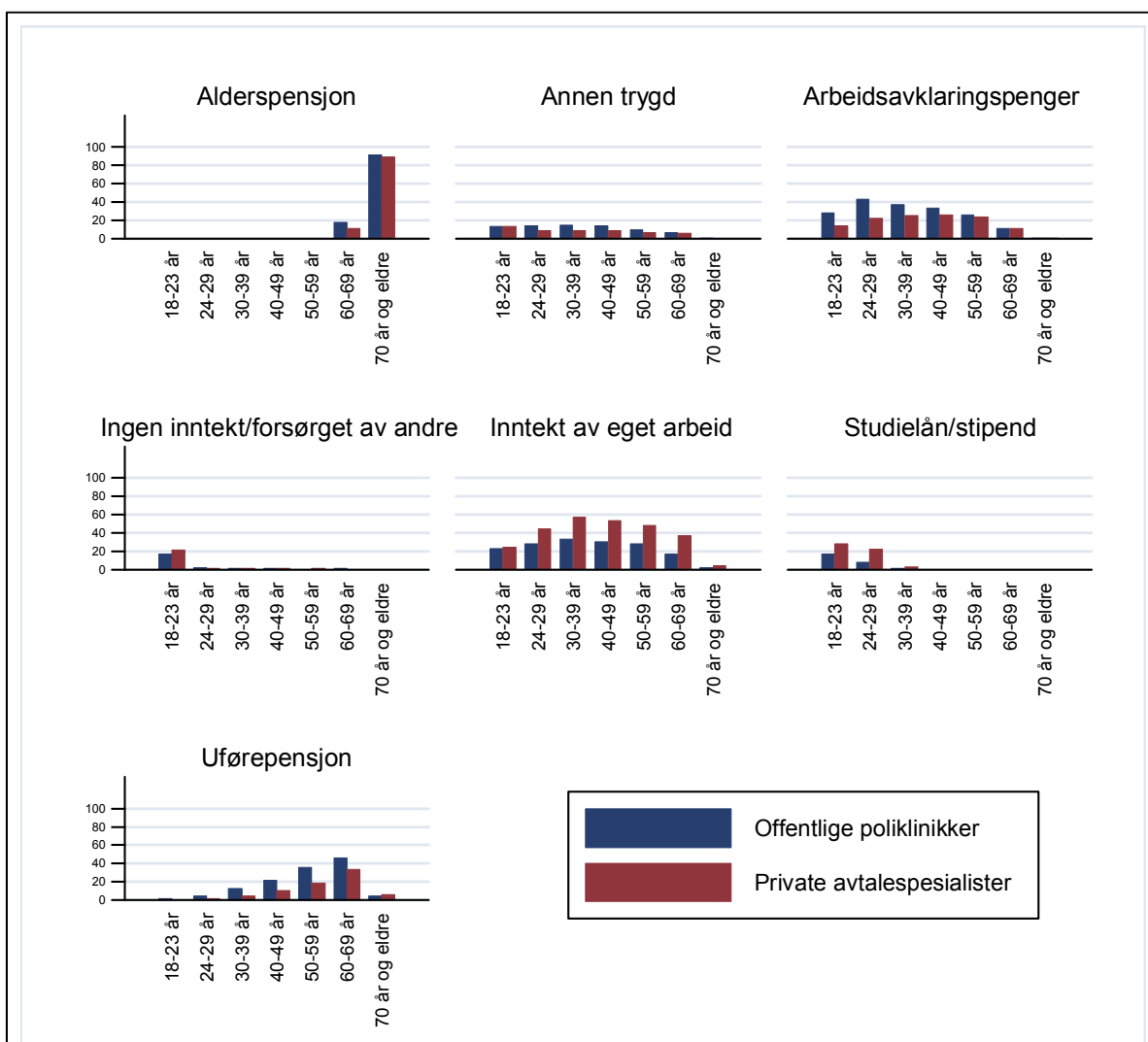
3.3 Hovedinntektskilde

Mens 28 prosent av pasientene i poliklinikkene har inntekt fra eget arbeid, gjelder dette 47 prosent av pasientene i avtalepraksis. Nesten halvparten av pasientene i poliklinisk behandling i offentlige poliklinikker mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd, mens dette gjelder hver tredje pasient i avtalepraksis.

Tabell 3.5 Antall pasienter og andel etter hovedinntektskilde. Pasientkartleggingen 2012.

	Offentlige poliklinikker		Private avtalespesialister		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Inntekt av eget arbeid	6 166	28	5 915	47	12 109	35
Studielån/stipend	1 028	5	581	5	1 614	5
Arbeidsavklaringspenger	7 144	32	2 764	22	9 940	29
Alderspensjon	858	4	336	3	1 198	3
Sykepenger	1 500	7	660	5	2 167	6
Arbeidsledighetstrygd	230	1	103	1	334	1
Uførepensjon	3 477	16	1 402	11	4 895	14
Sosial stønad	452	2	59	0	513	1
Annen trygd	362	2	95	1	459	1
Ingen inntekt/forsørget av andre	640	3	487	4	1 130	3
Annet (kombinasjon)	303	1	139	1	443	1
Totalt	22 160	100	12 541	100	34 801	100
Ikke informasjon	1 007		249		1 256	

I figur 3.4 vises andeler med ulike hovedinntektskilde etter alder og etter om pasientene får behandling i poliklinikk eller hos avtalespesialist.



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

Andel av pasientpopulasjonen som mottar uføretrygd og alderspensjon øker naturlig nok med alder, mens andel med andre ytelsene avtar med alder. Det er i de yngste aldersgruppene vi finner de få som ikke har noen inntekt, men som sannsynligvis forsørgeres av familie eller andre. Det er en betydelig større andel av pasientene i avtalepraksis som har inntekt av eget arbeid sammenliknet med pasientene i poliklinikkene. Dette gjelder alle aldersgrupper, med unntak av de aller yngste. Figuren viser også at pasientene i avtalepraksis i større grad studerer enn pasienter som får behandling i poliklinikkene. Pasientene i poliklinikker mottar i større grad trygd og stønad enn pasientene i privat avtalepraksis.

3.3.1 Endring fra 2000-2012

Arbeidsavklaringspenger er en stor ytelse som nesten hver tredje pasient nå mottar. Ytelsen ble innført i 2010 og erstattet de tre ytelsene yrkesrettet attføring, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Vi må derfor slå sammen flere trygdeytelser for å få sammenliknbare tall med tidligere. Tabell 3.6 viser utviklingen fra 2000 til 2008.

Tabell 3.6 Andel pasienter etter hovedinntektskilde siste år. Poliklinikker og avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2000, 2008 og 2013.

	Offentlige poliklinikker			Private avtalespesialister		
	2000	2008	2013	2000	2008	2013
Inntekt av eget arbeid	28	28	28	55	50	47
Alderspensjon	3	4	4	2	2	3
Uførepensjon	21	24	16	10	17	11
Sosial stønad	5	4	2	1	1	0
Ingen inntekt/forsørget av andre	4	3	3	5	4	4
Sykepenger, AAP, annen trygd, studielån	39	38	48	26	26	35
Totalt	100	100	100	100	100	100

En like stor andel av pasientene i poliklinikkene forsørger seg med inntekt fra eget arbeid i 2013 som i 2000 og i 2008. En lavere andel av pasientene i avtalepraksis er i arbeid i 2013 enn tidligere. Basert på disse tallene kan det også se ut som AAP ordningen reduserer bruk av uførepensjon, eller gir en utsettelse av uførepensjon. AAP kan man motta i fire år, og noen går etter dette over til å bli ufør.

3.4 Sivilstatus

Tabell 3.7 viser at andel gifte eller samboere totalt er 39 prosent i poliklinikkene og 50 prosent i avtalepraksis. En større andel av de mannlige pasientene i poliklinikkene er ugift/enslig eller skilt/separert (56 prosent) enn de kvinnelige pasientene (42 prosent), mens det er betydelige mindre forskjeller mellom kvinner og menn i avtalepraksis. Det er også en større andel av pasientene som er skilt/separert i avtalepraksis enn i poliklinikkene.

Tabell 3.7 Antall og andel pasienter etter sivilstatus, menn og kvinner. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige poliklinikker			Private avtalespesialister		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Gift	20	24	22	34	33	33
Samboer	12	20	17	17	18	17
Registrert partnerskap	0	0	0	0	0	0
Ugift/enslig	56	42	47	34	30	31
Skilt/separert	10	12	11	14	18	17
Enke/enkemann	1	3	2	1	2	2
Totalt	100	100	100	100	100	100
Informasjon mangler	83	193	343	52	111	218
Antall pasienter	8 431	14 416	23 124	3 650	8 668	12 474

3.5 Bosituasjon

Hovedsakelig boforhold de siste 6 månedene før behandling er kartlagt kun blant pasientene i poliklinikkene. Tabell 3.8 viser at over halvparten av pasientene bor i egen eiet bolig. Det er få pasienter som er uten fast bopel blant de polikliniske pasientene, og de som ikke har egen bopel er stort sett unge som bor med foreldre.

Tabell 3.8 Andel pasienter etter bosituasjon, menn og kvinner. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn	Kvinner	Totalt
Egen eiet bolig (selveier, borettslag, etc)	43	52	49
Leid bolig i privat marked	27	30	29
Leid kommunal bolig	12	6	9
Uten fast egen bopel, bor hos:	0	0	0
Hos familie	16	10	12
Hos venner	1	1	1
Lavterskel botiltak	1	0	0
Asylmottak	0	0	0
Hospits	0	0	0
Bor ute det meste av året	0	0	0
Totalt	100	100	100
Ikke informasjon	552	772	1 390
Antall pasienter	8 431	14 416	23 124

Det er også kartlagt hvem pasientene bor sammen med. Tabell 3.9 reflekterer mye av det som har kommet frem over.

Tabell 3.9 Andel pasienter etter hvem de bor sammen med, kjønn, poliklinikker og private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige poliklinikker			Private avtalespesialister		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Alene	43	29	34	33	29	30
Alene m/barn (omsorg for)	3	11	8	4	12	10
Alene m/barn (samvær med)	2	1	2	3	2	2
Med fosterfamilie	0	0	0	0	0	0
Med ektefelle/samboer	15	19	18	23	22	22
Med ektef/samb. og barn	16	24	21	28	28	28
Med foreldre	15	10	12	7	4	5
Annet	7	5	6	3	2	2
Totalt	100	100	100	100	100	100
Ikke informasjon	164	258	446	232	381	361
Antall pasienter	8 447	14 441	23 124	3 788	8 839	12 474

En høyere andel av de mannlige pasientene i poliklinikkene enn i avtalepraksis bor alene, mens det er mindre forskjeller mellom kvinnelige pasienter i poliklinikker og i avtalepraksis. Tabellen reflekterer også at de yngste pasientene i stor grad får behandling i poliklinikker, fordi en større andel bor med foreldre.

10-12 prosent av de kvinnelige pasientene er aleneforsørgere, mens dette gjelder 2-3 prosent blant de mannlige pasientene.

3.6 Diagnoser

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

Diagnosegruppene er basert på ICD 10 kodeverket og omfatter følgende inndeling:

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

Tabell 3.10 Andel pasienter det er oppgitt hoveddiagnose og bidiagnoser for. Pasientkartleggingen 2013.

		Menn	Kvinner	Av alle
Offentlige poliklinikker	Andel med hoveddiagnose	93	93	93
	Andel med bidiagnose	29	29	29
Private avtalespesialister	Andel med hoveddiagnose	97	97	97
	Andel med bidiagnose	22	22	22

Fra poliklinikkene er det oppgitt hoveddiagnose for 93 prosent av pasientene og bidiagnose for 29 prosent. Fra de private avtalespesialistene er det oppgitt hoveddiagnose for 97 prosent av pasientene og bidiagnose for 22 prosent. Det er ingen kjønnsforskjeller i andel pasienter som har oppgitt diagnose.

3.6.1 Pasientenes hoveddiagnose

Tabell 3.11 viser fordelingen på hoveddiagnose. De største diagnosegruppene blant pasienter i poliklinikker er affektive lidelser (F30-F39) og nevrotiske lidelser (F40-F48), og er hoveddiagnose hos hhv 32 prosent og 27 prosent av alle pasientene. 12 prosent av alle pasientene har schizofrenilidelser.

Pasientene som får behandling av private avtalespesialister, har oftere nevrotiske lidelser og affektive lidelser. Totalt har 82 prosent av pasientene i avtalepraksis affektive eller nevrotiske lidelser. Seks prosent har personlighetsforstyrrelse.

Tabell 3.11 Andel pasienter etter hoveddiagnose, menn og kvinner. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Poliklinikker		Avtalespesialister	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	66	0	14	0
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (ruslidelser)	625	3	75	1
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	2 570	12	176	1
Affektive lidelser	6 917	32	4 431	37
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	5 778	27	5 437	45
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	792	4	267	2
Personlighets og atferdsforstyrrelser hos voksne	1 860	9	742	6
Psykisk utviklingshemming	118	1	15	0
Utviklingsforstyrrelser	252	1	44	0
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	1 031	5	317	3
Uspesifisert psykisk lidelse	128	1	85	1
Z-diagnoser	1 143	5	339	3
Andre	269	1	161	1
Totalt	21 549	100	12 103	100
Ikke informasjon om diagnose	1 575		417	
Antall pasienter	23 124		12 520	

I tabell 3.12 vises fordelingen etter samme inndeling for kvinner og menn. Det er en større andel menn enn kvinner som har schizofreni lidelser, mens en større andel kvinner enn menn har affektive lidelser og nevrotiske lidelser.

Tabell 3.13 viser diagnosefordelingen blant pasienter som får behandling i avtalepraksis etter behandlers kompetanse. Vi har ikke tilsvarende informasjon fra poliklinikken. Der kommer det frem at psykiatere i større grad enn psykologer behandler affektive lidelser, mens psykologer i større grad enn psykiatere behandler nevrotiske lidelser. Personlighetsforstyrrelser, som er den tredje største diagnosegruppen i avtalepraksis, utgjør like stor andel av pasientene hos psykiatere og psykologer (seks prosent).

Tabell 3.12 Andel pasienter etter hoveddiagnose, menn og kvinner. Offentlige poliklinikker og private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

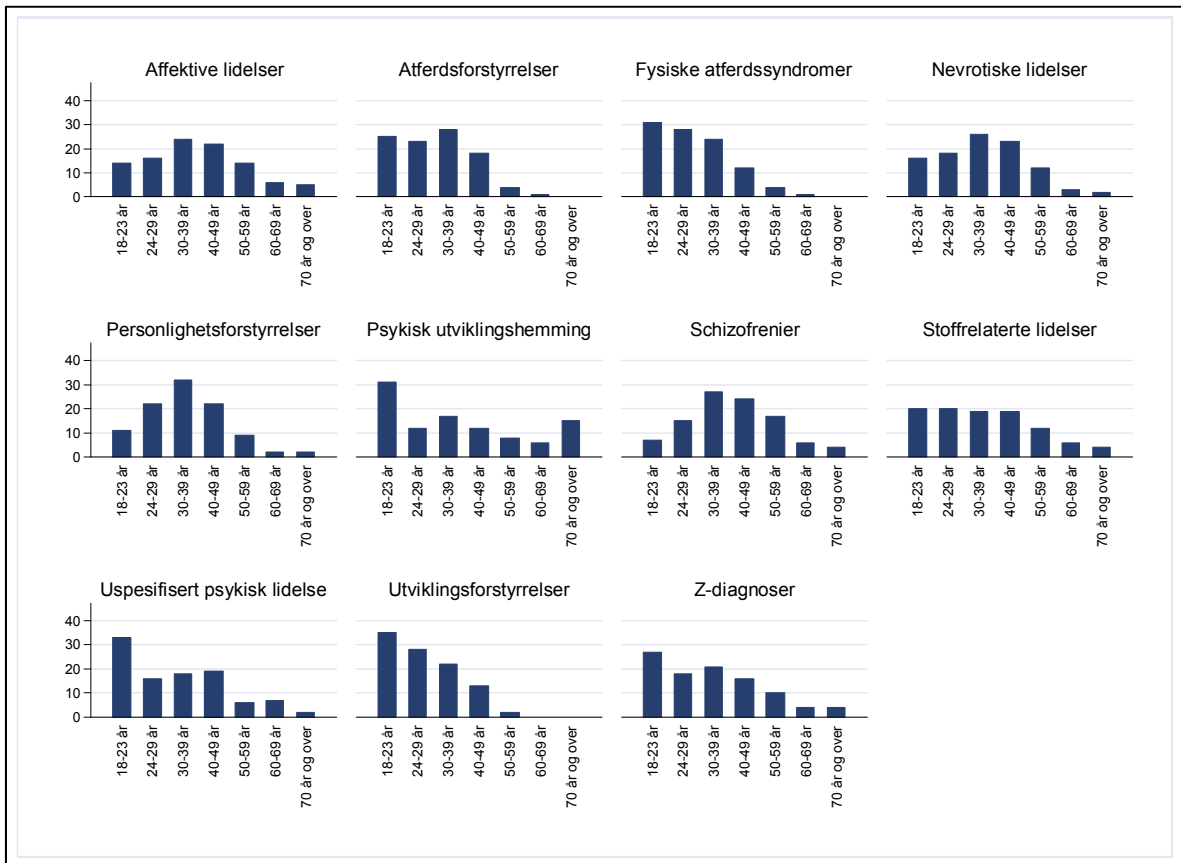
	Offentlige poliklinikker		Private avtalespesialister	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	0	0	0	0
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (ruslidelser)	5	2	2	0
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	19	8	2	1
Affektive lidelser	29	34	37	37
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	23	29	42	46
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	0	6	1	3
Personlighets og atferdsforstyrrelser hos voksne	7	10	6	6
Psykisk utviklingshemming	1	0	0	0
Utviklingsforstyrrelser	2	1	1	0
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	6	4	4	2
Uspesifisert psykisk lidelse	1	1	1	1
Z-diagnoser	6	5	4	2
Andre	1	1	1	1
Totalt	100	100	100	100
Antall pasienter med informasjon	7 885	13 462	3 561	8 443
Ikke informasjon	546	954	89	225
Antall pasienter	8 431	14 416	3 650	8 668

Tabell 3.13 Andel pasienter etter hoveddiagnose, menn og kvinner. Avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Psykiatere	Psykologer	Totalt
Organiske lidelser/symptomatiske	0	0	0
Stoffrelaterte lidelser	1	1	1
Schizofrenier	2	1	1
Affektive lidelser	43	34	37
Nevrotiske lidelser	39	48	45
Fysiske atferdssyndromer	2	2	2
Personlighetsforstyrrelser	6	6	6
Psykisk utviklingshemming	0	0	0
Utviklingsforstyrrelser	0	0	0
Atferdsforstyrrelser	4	2	3
Uspesifisert psykisk lidelse	1	1	1
Z-diagnoser	2	3	3
Annet	1	1	1
Totalt	100	100	100
Ikke informasjon	145	247	417
Antall pasienter	4 423	7 513	12 520

Vi har også sett på hvordan pasientene med ulike diagnoser fordeler seg på ulike aldersgrupper, se figur 3.5. Det er store aldersforskjeller mellom diagnoser. Mens pasienter med utviklingsforstyrrelser og fysiske atferdsforstyrrelser og z-diagnoser (utredning etc) reduseres klart med alder, har personlighetsforstyrrelser og schizofrenier høyest andel i alderen 30-39 år.

Figuren illustrerer hvem som får behandling i offentlige poliklinikker og er ikke nødvendigvis i samsvar med den relative diagnosefordelingen i befolkningen. Dette handler om hvem som prioriteres for behandling og hvem som ønsker behandling.



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

3.6.2 Utvikling 2000-2013

Når vi sammenlikner fordelingen på hoveddiagnoser, ser vi at andel pasienter med schizofrenidiagnoser går noe ned både i offentlige poliklinikker og i privat avtalepraksis i perioden. Andelen av pasienter med affektive lidelser går særlig ned i avtalepraksis, mens andelen med personlighetsforstyrrelser går ned både blant pasienter i poliklinikkene og i avtalepraksis.

Tabell 3.14 Andel pasienter etter hoveddiagnose. Offentlige poliklinikker og private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2000, 2008 og 2013.

	Poliklinikk			Avtalespesialister		
	2000	2008	2013	2000	2008	2013
Stoffrelaterte lidelser	7	6	3	1	1	0
Schizofrenier	16	14	12	3	2	1
Affektive lidelser	32	33	32	41	39	37
Nevrotiske lidelser	28	25	27	37	41	45
Personlighetsforstyrrelser	12	9	9	13	9	6
Atferdsforstyrrelser fra barn/ungdomsår	1	5	5	1	2	3
Antall pasienter (N)	13 135	24 732	23 124	6 458	11 624	12 520
Mangler hoveddiagnose (n)	657	1 042	1 575	583	144	417

For å vurdere om reduserte andeler likevel betyr at *antallet* er relativt fast, må tallene justeres i forhold til kompletthet og de må ses i sammenheng med utviklingen i døgnbehandling i psykisk helsevern og pasientutviklingen i TSB.

3.7 Alvorlige psykiske lidelser

ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER (SMI)

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

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

Denne pasientgruppen representerer de mest alvorlig syke i det psykiske helsevernet, og i flere sammenhenger er det viktig å skille mellom alvorlige psykiske lidelser og øvrige psykiske lidelser fordi de to pasientgruppene trenger ulik ressursinnsats og er en nødvendig differensiering av pasientpopulasjonen.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør 19 prosent av pasientene ved poliklinikkene, mens hos avtalespesialistene er andelen seks prosent (11 prosent av pasientene til psykiatere og 3 prosent av pasientene til psykologene).

3.8 Rusdiagnoser og rusmiddelmissbruk

Rusdiagnose er her ICD10 kodene F10-F19. Pasienter med ruslidelse er her definert ved rusdiagnose som enten hoveddiagnose eller bidiagnose. Ruslidelse er i dette datagrunnlaget oftere en bidiagnose enn hoveddiagnose. Av de polikliniske pasientene med rusproblemer har 44 prosent dette som hoveddiagnose, 56 prosent som bi-diagnose. Hos avtalespesialistene har 43 prosent rus som hoveddiagnose.

I 2013 har seks prosent av pasientene ved poliklinikkene en ruslidelse, mens hos avtalespesialistene er andelen 1,2 prosent.

I tabell 3.15 ser vi på utviklingen i andel av pasientene med ruslidelser. Trenden er helt klart at andel av pasientene med ruslidelser har gått ned betydelig de siste årene. Dette har sannsynligvis sammenheng med etableringen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra 1. januar 2004. Sannsynligvis får pasienter med psykiske lidelser og samtidige rusproblemer som tidligere fikk behandling i psykisk helsevern, nå behandling i TSB.

Tabell 3.15 Alvorlig psykisk lidelse, ruslidelse og rusmiddelmissbruk. Andel pasienter i prosent. Offentlige poliklinikker og avtalespesialister. Pasienttellingen 2000, 2008 og 2013.

	Poliklinikk			Avtalespesialister		
	2000	2008	2013	2000	2008	2013
Ruslidelse ¹	10	9	6	2	2	1
Ruslidelse ¹ uten SMI	9	8	4	2	2	1
Antall pasienter (N)	13 135	24 732	23 124	6 458	11 624	12 790
Mangler hoveddiagnose (n)	657	1 042	1 575	583	144	386

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

Tabell 3.16 Mest brukte rusmiddel betyr det rusmiddel som ga mest rus-tid eller virkningstid. Andel av alle pasientene. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige poliklinikker		Private avtalespesialister	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Alkohol	7 464	32	5 073	40
Cannabis	473	2	75	1
Benzodiazepiner foreskrevet av lege	350	2	296	2
Amfetamin	219	1	9	0
Andre vanedannende medikamenter	72	0	68	1
Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider foreskrevet utenfor LAR-program	49	0	20	0
Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider foreskrevet i LAR-program	42	0	9	0
Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege	38	0	18	0
Heroin/opium	31	0	2	0
Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider ervervet uten at foreskrevet av lege	30	0	15	0
Annet	29	0	6	0
Kokain	22	0	2	0
Andre sentralstimulerende midler	10	0	1	0
Annet	11	0	7	0
Totalt	8 840	38	5 601	44

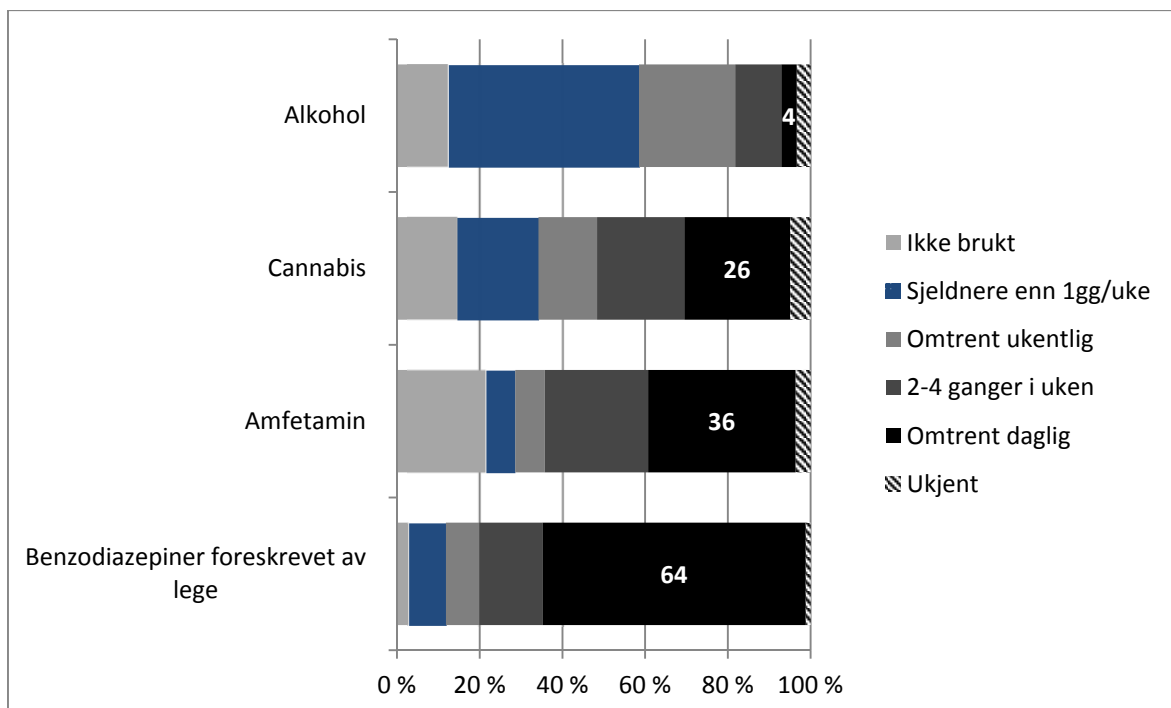
Rusmidler oppgis å ha vært benyttet for 38 prosent av pasientene poliklinikkene (43 prosent av de mannlige pasientene og 36 prosent av de kvinnelige pasientene), og for 44 prosent av pasientene i privat avtalepraksis (45 prosent av de mannlige pasientene og 43 prosent av de kvinnelige pasientene).

En større andel av pasientene i privat avtalepraksis bruker alkohol som hovedrusmiddel sammenliknet med poliklinikkene, og dette gjelder både kvinner og menn. Mannlige pasienter bruker i større grad cannabis og amfetamin, mens kvinnelige pasienter i større grad enn menn bruker benzodiazepiner foreskrevet av lege.

Tabell 3.17 Mest brukte rusmiddel betyr det rusmiddel som ga mest rus-tid eller virkningstid. Andel av alle pasientene. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige poliklinikker		Private avtalespesialister	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Alkohol	34	31	41	39
Cannabis	4	1	1	0
Amfetamin	2	1	0	0
Benzodiazepiner foreskrevet av lege	1	2	2	3
Annet	2	2	1	1
Andel totalt	43	36	45	43

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



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

Mens fire prosent av pasientene som bruker alkohol som rusmiddel drikker omtrent daglig, er det 26 prosent av de som har cannabis som hovedrusmiddel som bruker det daglig. Av de som bruker amfetamin, er 36 prosent daglige brukere, mens 64 prosent av pasientene som bruker benzodiazepiner foreskrevet av lege, bruker det daglig.

Det er få pasienter i privat avtalepraksis som bruker annet rusmiddel enn alkohol. Av de som bruker alkohol som hovedrusmiddel, er det tre prosent som drikker omtrent daglig – altså omtrent som blant pasientene i offentlige poliklinikker. Av de som bruker benzodiazepiner foreskrevet av lege, er det i privat avtalepraksis 55 prosent som bruker det daglig.

3.9 Pasienter under 18 år

316 av de kartlagte pasientene hos private avtalespesialister og 43 av de kartlagte pasientene i de offentlige poliklinikkene, er under 18 år.

60 prosent av de 43 pasientene under 18 år som er registrert fra offentlige poliklinikker, er jenter og alder varierer fra 11 til 17. De største diagnosegruppene er affektive lidelser, nevrotiske lidelser og fysiske atferdssyndromer. For 30 prosent er det etablert samarbeid med skolen. Få ser ut til å ha ansvarsgruppe og individuell plan, men datagrunnlaget er svært tynt.

De 316 unge pasientene som er registrert fra de private avtalespesialistene er mer interessant, og vi ser nærmere på disse i det følgende. 82 prosent behandles av psykologer og 18 prosent av psykiatere. Median alder er 14 år hos psykiaterne og 15 år blant psykologer.

Tabell 3.18 viser andel av pasientene etter hoveddiagnose. De største diagnosegruppene er nevrotiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Psykiaterne behandler oftere atferdsforstyrrelser, mens psykologer oftere behandler nevrotiske lidelser.

Tabell 3.18 Andel av pasientene under 18 år etter hoveddiagnose. Privat avtalepraksis. Pasientkartleggingen 2013.

	Andel
Affektive lidelser	8
Nevrotiske lidelser	28
Fysiske atferdssyndromer	4
Utviklingsforstyrrelser	4
Atferdsforstyrrelser	28
Z-diagnoser	10
Annet + uspesifisert psykisk lidelse	19
Antall	100
Diagnose ikke oppgitt	15
Totalt antall pasienter	316

Det ser ut som rundt 11 prosent av de unge pasientene har udekkede behov for noen tjenester/tiltak, men vi har ikke informasjon om hvilke tjenester dette er.

Samarbeid med skole ser ut til å være etablert for hver tredje pasient, og det er viktig å undersøke videre hvorfor denne andelen er så lav. 90 prosent bor med foreldrene sine, mens fire prosent bor med fosterfamilie. Av de 316 registrerte pasientene er det ni prosent som er født utenfor Norge, stort sett i land utenfor Europa. Det oppgis å være etablert samarbeid med fastlegen for 35 prosent av utvalget. Litt over 70 prosent får individuell samtalerapi som behandling, mens svært få deltar i gruppeterapi. Mange gis familieterapi og foreldresamtaler, men også psykoanalytisk barnepsykoterapi og leketerapi.

3.10 Oppsummering

Totalt er 35 957 pasienter kartlagt. 64 prosent fikk behandling i offentlige poliklinikker (N=23 167) og resten hos private avtalespesialister (N=12 790).

I poliklinikkene er 37 prosent av pasientene menn, mens andelen er 30 prosent hos avtalespesialistene. Kvinner bruker tjenestene i betydelig større grad enn menn, men det er ikke særlige endringer i kjønns sammensetningen fra 2008 til 2013.

Pasientene som får behandling av avtalespesialist er gjennomgående eldre enn pasientene i poliklinikkene. Median alder i poliklinikker er 35 år og 43 år i avtalepraksis.

Vi finner at 12 prosent av pasientene har fullført eksamen fra universitet/høyskole høyere grad (mastergrad og høyere), mens 23 prosent har fullført eksamen fra universitet/høyskole lavere grad. Sett i forhold til befolkningen beregner vi at kvinner med fullført utdanning fra universitet høyere grad, tydelig har høyest bruk av tjenestene, men også blant menn er raten høyest blant de med høyere grads universitetsutdannelse. Utdanningsnivået er tydelig høyere blant pasienter i avtalepraksis enn i poliklinikkene. Mens 23 prosent av pasientene samlet sett har fullført grunnskolen som høyeste nivå, gjelder dette én prosent blant pasientene i privat avtalepraksis.

Blant pasientene i poliklinikkene er det 28 prosent som har hovedinntektskilden fra eget arbeid, mens andelen er 47 prosent i avtalepraksis. Andelen er uendret i poliklinikkene siden i 2000, mens

vi ser en gradvis nedgang i avtalepraksis. I 2000 var andelen som forsørget seg av eget arbeid 55 prosent, i 2008 50 prosent og i 2013 47 prosent.

Sivilstatus er også kartlagt og 39 prosent av pasientene i poliklinikkene og 50 prosent av pasientene i avtalepraksis er gift/samboer. En større andel av de mannlige pasientene i poliklinikkene er ugift/enslig eller skilt/separert (56 prosent) enn de kvinnelige pasientene (42 prosent), mens det er betydelige mindre forskjeller mellom kvinner og menn i avtalepraksis. Det er også en større andel av pasientene som er skilt/separert i avtalepraksis enn i poliklinikkene, mens flere er enslige/ugifte blant pasientene i poliklinikkene. De yngste pasientene får i stor grad behandling i poliklinikkene og dette forklarer delvis at andelen ugifte/enslige er høyere.

De største diagnosegruppene, både blant pasienter i poliklinikker og i avtalepraksis, er affektive lidelser (F30-F39) og nevrotiske lidelser (F40-F48). Affektive lidelser er hoveddiagnose for 32 prosent av pasientene i poliklinikkene og for 37 prosent av pasientene i avtalepraksis. Andelen med nevrotiske lidelser er hoveddiagnose for 27 prosent av pasientene i poliklinikkene og 45 prosent i avtalepraksis. Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser er hoveddiagnose for 12 prosent av pasientene i poliklinikkene, men utgjør kun én prosent av pasientene som får behandling i avtalepraksis.

Når vi sammenlikner fordelingen på hoveddiagnoser med tidligere kartlegginger, finner vi at andel pasienter med schizofrenidiagnoser går noe ned både i poliklinikkene og i avtalepraksis. Andelen av pasienter med affektive lidelser går særlig ned i avtalepraksis, mens andelen med personlighetsforstyrrelser går ned både blant pasienter i poliklinikkene og i avtalepraksis, men mest i avtalepraksis. I avtalepraksis er det særlig pasienter med nevrotiske lidelser som utgjør en større andel av pasientene, mens andel pasienter i denne diagnosegruppen er relativt uendret fra 2000 til 2013 i poliklinikkene.

Pasienter med ruslidelse er her definert ved rusdiagnose som enten hoveddiagnose eller bidiagnose (F10-F19). Ruslidelse er i dette datagrunnlaget oftere en bidiagnose enn hoveddiagnose. I om lag 56 prosent av tilfellene er ruslidelsen en bidiagnose hos pasienter ved poliklinikkene, og 57 prosent i avtalepraksis. I 2013 har seks prosent av pasientene ved poliklinikkene en ruslidelse, mens hos avtalespesialistene er andelen 1,2 prosent. Sammenliknet med tidligere år er trenden tydelig at andel av pasientene med ruslidelser har gått ned betydelig de siste årene. Dette har sannsynligvis sammenheng med etableringen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra 1. januar 2004. Sannsynligvis får pasienter med psykiske lidelser og samtidige rusproblemer som tidligere fikk behandling i psykisk helsevern, nå behandling i TSB.

Prosjektet inkluderer ikke en kartlegging i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), men 316 av de kartlagte pasientene hos private avtalespesialister og 43 av de kartlagte pasientene i de offentlige poliklinikkene, er under 18 år. Datagrunnlaget er for tynt til å si noe om pasientene i offentlige poliklinikker, men vi har sett nærmere på de 316 kartlagte pasientene i privat avtalepraksis. 82 prosent behandles av psykologer og 18 prosent av psykiatere. Median alder er 14 år hos psykiaterne og 15 år blant psykologer. De største diagnosegruppene er også blant de unge nevrotiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Psykiaterne behandler oftere atferdsforstyrrelser, mens psykologer oftere behandler nevrotiske lidelser, dette er som for voksne pasienter.

Samarbeid med skole ser ut til å være etablert for hver tredje pasient, og det er viktig å undersøke videre hvorfor denne andelen er så lav. 90 prosent bor med foreldrene sine, mens fire prosent bor med fosterfamilie. Av de 316 registrerte pasientene er det 9 prosent som er født utenfor Norge, stort sett i land utenfor Europa. Det oppgis å være etablert samarbeid med fastlegen for 35 prosent av utvalget. Litt over 70 prosent får individuell samtaleterapi som behandling, mens svært få deltar i gruppeterapi. Mange gis familieterapi og foreldresamtaler, men også psykoanalytisk barnepsykoterapi og leketerapi.

Tidligere pasientkartlegginger har inkludert Barne- og ungdomspsykiatri (BUP), men denne gangen ble TSB vurdert som viktigere å få med. Det bør vurderes om det skal gjennomføres en egen kartlegging i BUP. Det er særlig nødvendig å få oversikt over barn- og unges udekkede behov og om eksisterende tjenestetilbud til barn og unge med psykiske lidelser er tilstrekkelig i forhold til befolkningens behov.

4 Henvisende instans, rett til prioritert helsehjelp og ventelister

Formålet med dette kapittelet er å finne ut hvor pasientene er henvist fra, om pasientene vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp og hvorvidt de har stått på venteliste. Kapittelet omfatter kun offentlige poliklinikker og ikke pasienter hos private avtalespesialister. Ventelister blant private avtalespesialister tas opp i kapittel 15.

4.1 Henvisende instans

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

4.1.1 Henvisende instans i 2013

Tabell 4.1 viser at 68 prosent av pasientene henvises fra fastlegen, mens 14 prosent fra psykiatrisk døgnavdeling. Psykiatrisk poliklinikk henviser 10 prosent av pasientene, mens to prosent henvises fra ambulante team. Somatiske sykehus har henvist to prosent av de polikliniske pasientene.

Det er ingen som er henvist fra krisesenter og bare 12 personer som er henvist fra flyktningmottak eller asylmottak.

I noen tilfeller er det flere aktører som er involvert i henvisningen. De vanligste kombinasjonene er mellom fastlegen og psykiatrisk døgnavdeling, eller fastlegen og psykiatrisk poliklinikk.

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

	Antall pasienter	Andel av pasienter med informasjon
Fastlege/allmennlege	15 145	68
Psykiatrisk døgnavdeling	3 189	14
Psykiatrisk poliklinikk	2 218	10
Ambulant team	342	2
Rusavdeling/tiltak	93	0
Ruspoliklinikk/rusteam	99	0
Privatpraktiserende psykiater	110	0
Privatpraktiserende psykolog	141	1
Flyktningmottak/asylmottak	12	0
Hjemmesykepleien	44	0
NAV (sosialtjeneste)	154	1
Somatisk institusjon	411	2
Fengsel/politietat/KIF	37	0
Krisesenter	0	0
Pasienten selv	178	1
Familie/pårørende	113	1
Legevakt	238	1
BUP poliklinikk	290	1
Helsesøster- skoleh.tj	102	0
Annet	420	2
Sum	23 336	104
Ikke oppgitt (antall pasienter)	692	
Antall pasienter med informasjon	22 432	100
Antall pasienter totalt	23 124	

4.1.2 Endring fra 2008 til 2013

Endringer i hvilken instans som henviser, kan bidra til å si noe om utviklingen i tjenestene. Fra 2008 til 2013 ser vi at selv om den polikliniske kapasiteten har økt betydelig siden 2008, er fordeling på hvilken instans som henviser pasientene relativt uendret.

Det er en noe større andel av pasientene som er henvist fra fastlegen i 2013 enn i 2008, fra 65 prosent til 68 prosent.

Andelen der pasienten selv har henvendt seg til poliklinikken har gått ned fra fem prosent til én prosent. Det kan også observeres en økning i andel henvisninger fra ambulant team, fra én til to prosent av pasientene.

Tabell 4.2 Andel av pasientene etter henvisende instans ved første kontakt denne behandlingsserien. Pasientkartleggingen 2008 og 2013.

	2008	2013
Fastlege/allmennlege	65	68
Psykiatrisk døgnavdeling	15	14
Psykiatrisk poliklinikk	10	10
Ambulant team	1	2
Rusavdeling/tiltak	1	0
Ruspoliklinikk/rusteam	1	0
Privatpraktiserende psykiater	1	0
Privatpraktiserende psykolog	1	1
Flyktningmottak/asylmottak	0	0
Hjemmesykepleien	0	0
NAV (sosialtjeneste)	0	1
Somatisk institusjon	2	2
Fengsel/politietat/KIF	0	0
Krisesenter	0	0
Pasienten selv	5	1
Familie/pårørende	1	1
Legevakt	.	1
BUP poliklinikk	1	1
Helsesøster- skoleh.tj	.	0
Annet	2	2
Sum	106	104
Ikke oppgitt (N=)	536	692
Antall pasienter	24 732	23 124

4.2 Rett til prioritert helsehjelp

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

Tabell 4.3 viser at 86 prosent av pasientene der det er gitt informasjon, vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp. 87 prosent av de mannlige pasientene og 85 prosent av de kvinnelige pasientene.

Tabell 4.3 Antall og andel av pasientene i offentlige poliklinikker med rett til prioritert helsehjelp. Pasientkartleggingen 2013.

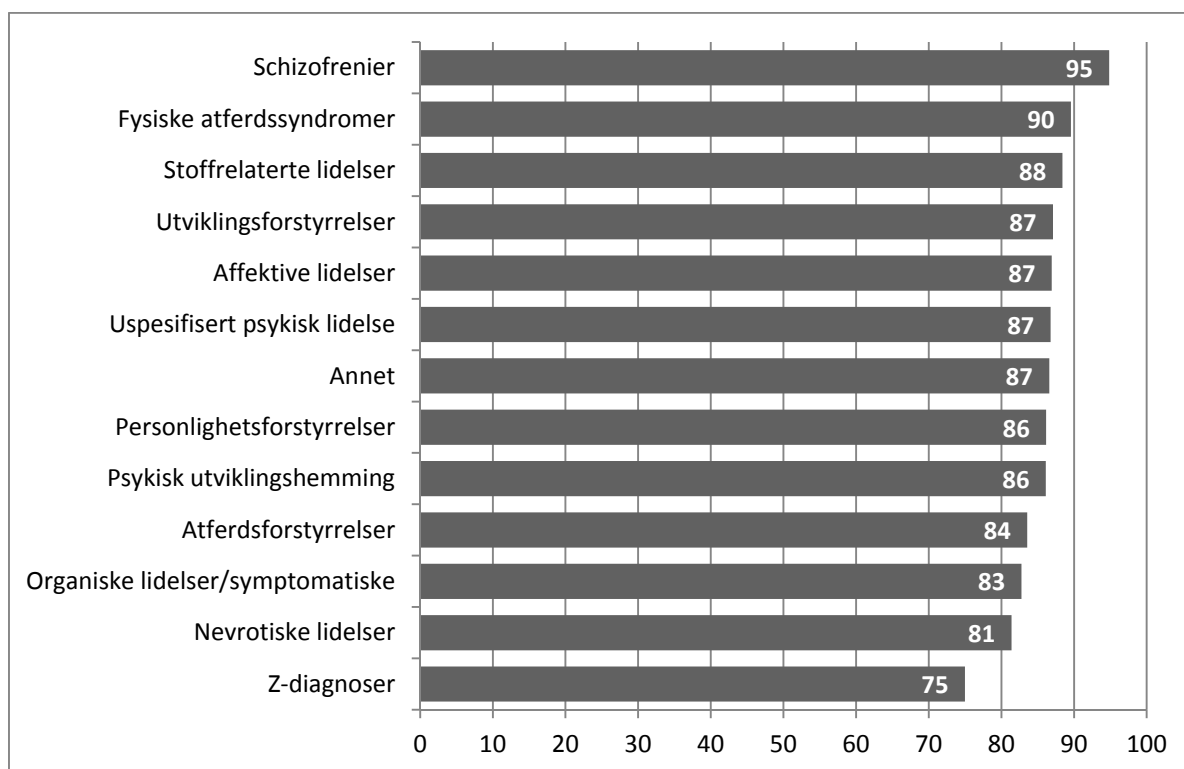
	Antall	Andel
Ja	17 683	86
Nei	2 978	14
Total	20 661	100
Ikke informasjon	2 463	
Antall pasienter	23 124	

Tabell 4.4 viser at en større andel i de yngste aldersgruppene vurderes å ha rett til helsehjelp, men det er ingen variasjon i andel som vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp mellom aldersgruppene over 30 år.

Tabell 4.4 Antall og andel av pasientene i offentlige poliklinikker med rett til prioritert helsehjelp, alder. Pasientkartleggingen 2013.

	Rett til prioritert helsehjelp			Andel med rett til prioritert helsehjelp	Mangler informasjon
	Ja	Nei	Total		
18-23 år	2 968	284	3 252	91	324
24-29 år	3 121	492	3 613	86	409
30-39 år	4 262	829	5 091	84	558
40-49 år	3 521	646	4 167	84	527
50-59 år	1 958	378	2 336	84	286
60-69 år	739	137	876	84	89
70 år og eldre	575	110	685	84	77
Total	17 144	2 876	20 020	86	2 270

Som vist i figur 4.1, vurderes 95 prosent av pasientene med schizofrenilidelser å ha rett til prioritert helsehjelp, mens dette gjelder 81 prosent av pasientene med nevrotiske lidelser.



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

4.3 Venteliste

Tabell 4.5 viser at halvparten av pasientene har stått på venteliste for å få behandling i poliklinikkene.

Tabell 4.5 Antall pasienter som har stått på venteliste. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

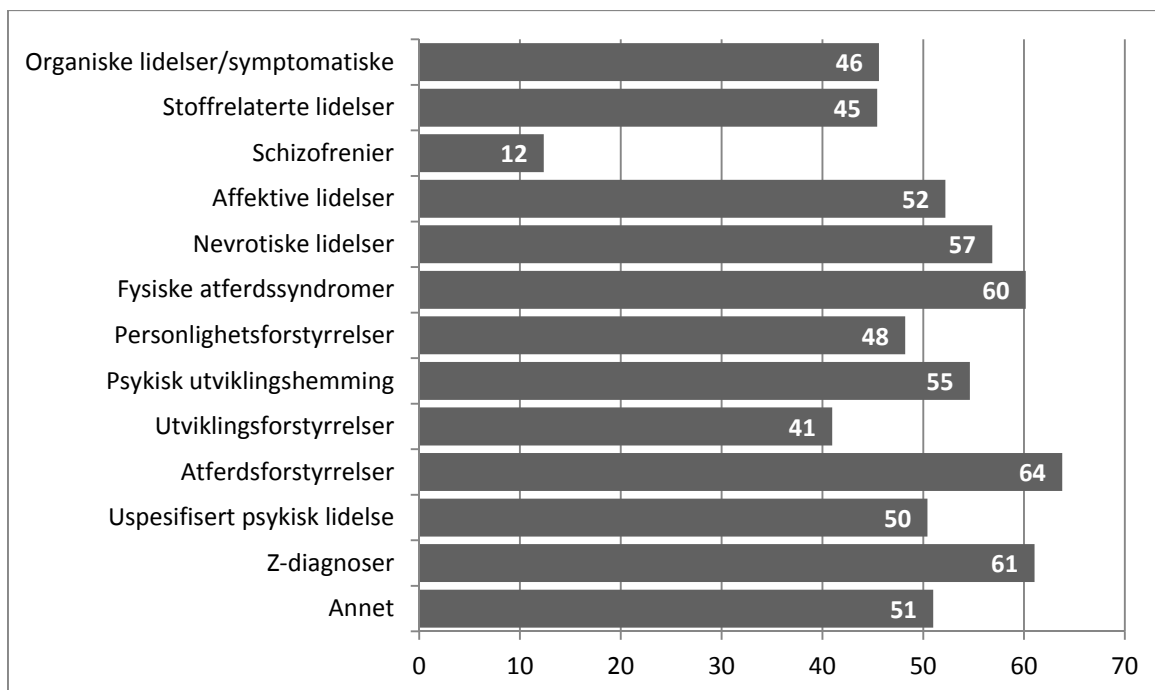
	Antall	Andel
Ja	10 393	50
Nei	10 573	50
Total	20 966	100
Ikke oppgitt	2 158	
Antall pasienter	23 124	

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

Tabell 4.6 Andel på venteliste etter alder og median antall dager på venteliste. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Andel som har stått på venteliste	Median antall dager på venteliste
18-23 år	54	47
24-29 år	53	57
30-39 år	51	57
40-49 år	48	58
50-59 år	45	56
60-69 år	39	46
70 år og eldre	34	35
Totalt	50	55

Det er stor variasjon i forhold til ulike diagnosegrupper, se figur 4.4. Mens 12 prosent av pasientene med schizofrenier har stått på venteliste, gjelder dette 64 prosent av pasientene med adferdsforstyrrelser.



Figur 4.2 Andel av pasientene innen hver diagnosegruppe som har stått på venteliste. Prosent. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

Om vi grupperer pasientene etter om de har alvorlige psykiske lidelser eller ikke (se kapittel 3.7), finner vi at mens 24 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser har stått på venteliste, gjelder dette 55 prosent av andre pasienter.

Basert på dato for første behandling i serien og dato for mottatt henvisning, beregner vi antall dager de har stått på venteliste. For 584 pasienter der det er oppgitt at de har stått på venteliste for å få behandling, mangler enten henvisningsdato eller dato for start av behandlingsserien. For 284 pasienter er det oppgitt henvisningsdato som er senere enn dato for oppstart. Disse er kodet til manglende data. Det er derfor informasjon for 9 561 pasienter som har stått på venteliste.

Median antall dager ventetid er 55 dager. Pasienter med schizofrenier har lavest median antall dager ventetid, med 35 dager. De som venter lengst, er de som står på venteliste og har atferdsforstyrrelser med median ventetid på 84 dager.

Tabell 4.7 Median antall dager ventetid fra henvisning til behandlingsstart for de som har stått på venteliste. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2014.

	Median varighet
Organiske lidelser/symptomatiske	40
Stoffrelaterte lidelser	44
Schizofrenier	35
Affektive lidelser	49
Nevrotiske lidelser	59
Fysiske atferdssyndromer	54
Personlighetsforstyrrelser	57
Psykisk utviklingshemming	38
Utviklingsforstyrrelser	54
Atferdsforstyrrelser	84
Uspesifisert psykisk lidelse	47
Z-diagnoser	55
Annet	51
Totalt	55

4.4 Oppsummering

Fastlegen har henvist 68 prosent av pasientene i poliklinikkene og dette er en økning på tre prosentpoeng fra 2008. Psykiatrisk døgnavdeling henviser 14 prosent av pasientene, og psykiatrisk poliklinikk henviser ti prosent av pasientene, og dette er relativt uendret fra 2008. I 2008 ble én prosent henvist fra ambulante team, mens andelen i 2013 er to prosent.

86 prosent av pasientene som fikk behandling i løpet av de 14 dagene kartleggingen pågikk, vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp. Yngre pasienter og pasienter med alvorlige psykiske lidelser vurderes oftere å ha rett til prioritert helsehjelp enn andre.

Halvparten av pasientene har stått på venteliste for å få behandling. 24 prosent av pasientene med alvorlige psykiske lidelser har stått på venteliste, og median ventetid for dem er 41 dager. For resten av pasientene som har stått på venteliste, er median ventetid på 54 dager. Andel pasienter som har stått på venteliste går ned med økende alder, men antall dager på venteliste er lavest blant de yngste.

5 Selvmordsrisiko, selvskading og voldsrisiko

Målet med dette kapitlet er å kartlegge omfang av selvmordsrisiko, selvskading og voldsrisiko blant pasientene i offentlige poliklinikker. Selvmordsrisiko er også kartlagt blant pasientene i privat avtalepraksis, men ikke selvskading og voldsrisiko.

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

SELMORD OG SELVMORDSFORSØK

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

I kartleggingen blant pasienter i offentlige poliklinikker skiller vi mellom selvmordstanker, selvmordstrusler og selvmordsforsøk.

SELVSKADING

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

RISKO FOR Å UTØVE VOLD

Spørsmålet er formulert slik: Har pasienten hatt risiko for å utøve vold siste 4 uker? Det er generelt få personer som utøver vold som er psykiatriske pasienter eller som har psykiske lidelser. Det er usikkert om alvorlig psykisk lidelse gir høyere risiko for å utøve vold, men det er funnet at følgende faktorer øker sannsynligheten for å utøve vold: tidligere voldsbruk, rusmisbruk, mangel på empati og stress (Hartvig et al. 2006). Særlig er det funnet at personer med alvorlig psykisk lidelse som samtidig har rusmisbruk, har betydelig forhøyet voldsrisiko (Elbogen og Johnson 2009).

5.1 Selvmordsrisiko blant pasienter i offentlige poliklinikker og privat avtalepraksis

82 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og 84 prosent av pasientene i privat avtalepraksis vurderes ikke å ha risiko for selvmord. Mens 15 prosent av pasientene i privat avtalepraksis har selvmordstanker, er det 17 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker som har kommet med trusler om selvmord. 0,7 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker har hatt selvmordsforsøk de siste fire ukene, mens dette gjelder 0,2 prosent av pasientene i privat avtalepraksis.

Tabell 5.1 Har selvmordsproblemer eller selvskading. Pasienter i offentlige poliklinikker og i privat avtalepraksis. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige poliklinikker	Privat avtalepraksis
Nei ingen risiko	82	84
Selvmordstanker	17	15
Selvmordstrusler	1	1
Selvmordsforsøk	0,7	0,2
Totalt	100	100
Ikke informasjon	1 162	524
Antall pasienter	23 124	12 474

Endring fra 1999-2013:

Tabell 5.2 Andel pasienter med selvmordsrisiko, offentlige poliklinikker og private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2004, 2008 og 2013.

	Offentlige poliklinikker			Private avtalespesialister					
	2004	2008	2013	Psykiatere			Psykologer		
	2004	2008	2013	2004	2008	2013	2004	2008	2013
Selvmordstanker	23	21	17	32	25	15	28	24	15
Selvmordstrusler	4	3	1	5	2	1	3	2	1
Selvmordsforsøk	5	5	0,7	2	2	0	2	2	0
Nei	68	72	82	61	71	84	67	72	84
Samlet	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall pasienter	21 527	24 732	23 124	3 413	3 484	4 423	4 838	8 140	7 513
Missing	677	1 681	1 162	34	88	205	133	287	333

Det er en nedgang i andel pasienter med selvmordsrisiko både i poliklinikker og i avtalepraksis. Hvorvidt dette utgjør samme antall som før (justert for andel kartlagte pasienter), men at andelen er lavere fordi antall polikliniske pasienter øker, bør undersøkes nærmere.

5.2 Selvskading

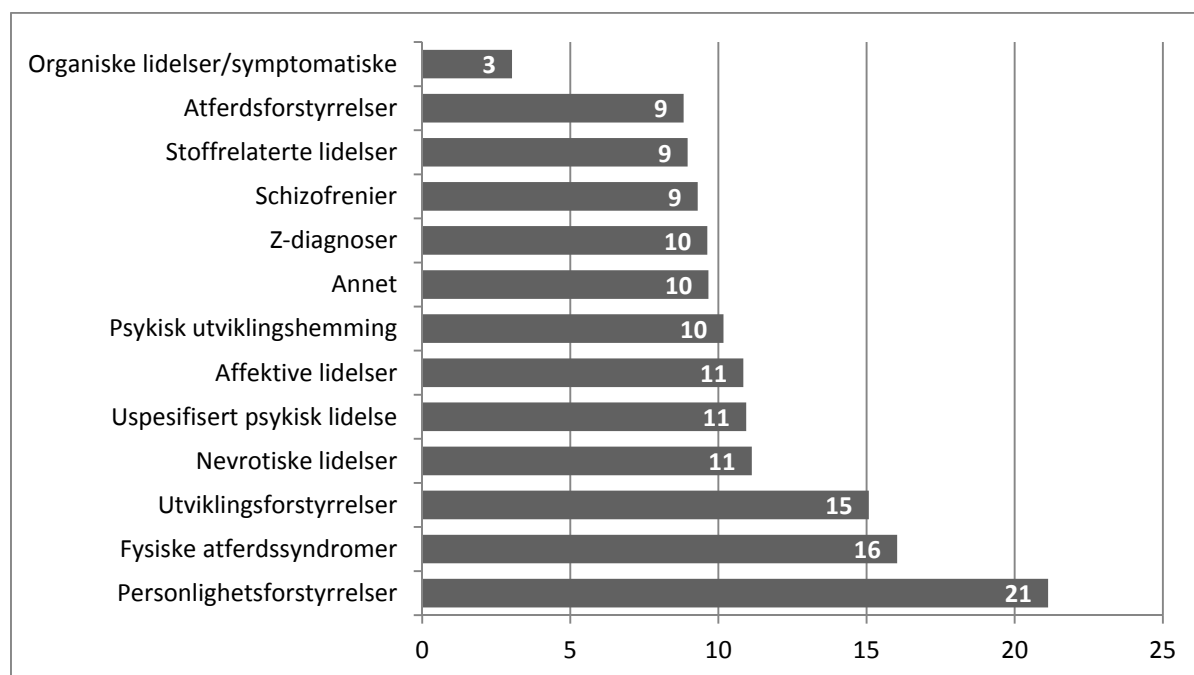
Selvskading er kun kartlagt blant pasientene i offentlige poliklinikker, og det er ikke mulig å sammenlikne tallene direkte med tidligere kartlegginger. Spørsmålet er formulert på en slik måte at vi må anta at manglende avkryssing betyr at pasienten ikke har selvskadingstendens. Som vist i tabell 5.3 gjelder dette 89 prosent av pasientene, 91 prosent av de mannlige og 87 prosent av de kvinnelige pasientene antas derfor ikke å ha selvskadingstendens.

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

	Menn	Kvinner	Totalt
Selvskading	6	8	7
Selvskadingstanker	0	0	0
Selvskadingstrusler	2	4	4
Selvskadingsforsøk	0	1	1
Ingen	91	87	89
Totalt	100	100	100
Antall pasienter	8 431	14 416	193

En noe større andel kvinner enn menn både utfører selvskading, kommer med selvskadingstrusler og gjør forsøk på selvskading. Selvskadingstanker er i liten grad krysset av for og det er kanskje ikke relevant.

Vi ser nærmere på pasientens diagnoser og selvskadingstendens. Vi definerer nå selvskadingstendens som summen av kategoriene over (selvskading, selvskadingstanker, trusler og forsøk). Totalt er det 11 prosent av pasientene som slik antas å ha selvskadingstendens.



Figur 5.1 Andel av pasientene i ulike diagnosegrupper med selvskadingstendens. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

21 prosent av pasientene med personlighetsforstyrrelser oppgis å ha selvskadingstendenser, mens dette gjelder 11 prosent av pasientene med nevrotiske og affektive lidelser.

5.3 Voldsrisiko

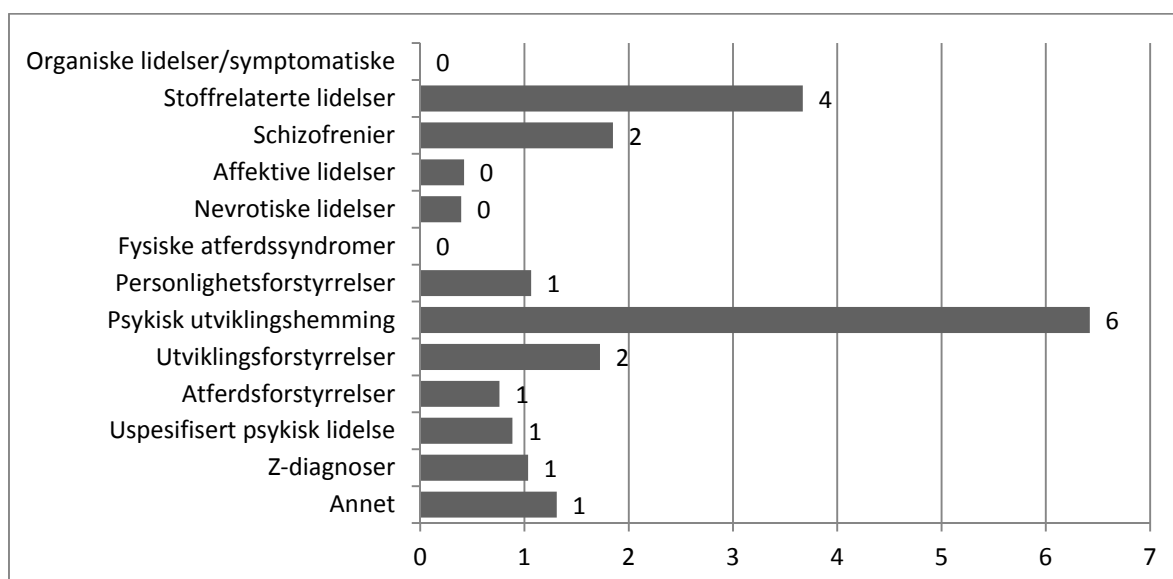
Det er mange som ikke har svart på dette spørsmålet (for 2 834 pasienter). Blant dem vi har informasjon om, er det 92 prosent som vurderes å ikke ha risiko for å utøve vold. Syv prosent anses å ha lav/eller moderat risiko for å utøve vold, mens én prosent av pasientene vurderes å ha høy risiko. Det er totalt 48 pasienter som vurderes å ha svært høy risiko.

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

	Antall	Andel
Ingen risiko for å utøve vold	18 738	92
Lav/moderat risiko for å utøve vold	1 375	7
Høy risiko for å utøve vold	129	0,6
Svært høy risiko for å utøve vold	48	0,2
Totalt	20 290	100
Ikke informasjon	2 834	
Antall pasienter	23 124	

Hver fjerde av pasientene med høy eller svært høy risiko, er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. 92 prosent av pasientene med høy eller svært høy risiko for å utøve vold de siste fire ukene, vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp og 37 prosent har stått på venteliste for å få behandling.

Andel av pasientene i ulike diagnosegrupper som har høy eller svært høy risiko for å utøve vold siste uker, er vist i figur 5.2.



Figur 5.2 Andel pasienter med høy eller svært høy risiko for å utøve vold siste fire uker før kartleggingen. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

Som vist i kapittel 3.6.1, er det få av pasientene i offentlige poliklinikker som har psykisk utviklingshemming og de utgjør mindre enn én prosent av pasientene. Seks prosent av dem har høy eller svært høy voldsrisiko. Pasienter med stoffrelaterte lidelser ligger noe høyere enn de andre diagnosegruppene, men også her er det snakk om få pasienter (3 prosent av pasientene har stoffrelaterte lidelser). Pasienter med utviklingsforstyrrelser utgjør også få pasienter og dermed er det pasienter i diagnosegruppen schizofrenier som utgjør flest av pasientene med høy eller svært høy voldsrisiko. Blant pasientene med en alvorlig psykisk lidelse (schizofrenier, paranoide lidelser, psykoser og maniske tilstander, se kapittel 3.7), finner vi at 1,4 prosent av pasientene har høy eller svært høy risiko for å utøve vold siste fire uker før kartleggingen mens andelen blant pasienter uten disse diagnosene er 0,7 prosent.

5.4 Oppsummering

82 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og 84 prosent i privat avtalepraksis hverken skader seg selv eller har selvmordsproblemer (selvmordstanker, selvmordstrusler eller selvmordsforsøk) siste fire uker før kartleggingen. 15-17 prosent av pasientene har selvmordstanker, mens én prosent av pasientpopulasjonen har kommet med selvmordstrusler. Færre enn en prosent har forsøkt å ta sitt eget liv de fire siste ukene før kartleggingen.

11 prosent av populasjonen har selvskadingstendenser, noen flere kvinner enn menn (13 prosent blant kvinner og ni prosent blant menn). Andelen er høyest blant pasientene med personlighetsforstyrrelser, der 21 prosent har selvskadingstendenser.

92 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker vurderes å ikke ha hatt risiko for å utøve vold fire siste uker før kartleggingstidspunktet. 7 prosent vurderes å ha lav eller moderat voldsrisiko. Mindre enn én prosent av pasientene har høy eller svært høy voldsrisiko. Disse pasientene er spredt på flere ulike diagnosegrupper, men det er flest pasienter med voldsrisiko blant pasienter med schizofrenilidelser, selv om andelen også her er lav (to prosent).

6 Individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator

6.1 Innledning

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

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

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

I dette kapitlet ser vi på utbredelsen av IP blant brukere i poliklinisk behandling og om bruken av IP har økt eller avtatt siden forrige kartlegging i 2008. I hvor stor grad begrunnes manglende IP med at det er uaktuelt for bruker, og i hvor stor grad er det brukeren selv som ikke ønsker IP. Det fokuseres på forskjeller mellom brukere med ulike diagnoser.

6.2 IP - rettighet, verktøy og arbeidsmetode

Alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester har siden 2001 hatt rett til å få utarbeidet en individuell plan etter Kommunehelsetjenesteloven, Specialisthelsetjenesteloven eller Psykisk helsevernloven. Fra 1. januar 2012 er forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator hjemlet i ny Helse- og omsorgslov⁸.

Individuell plan skal være brukernes plan ved at det er hans eller hennes mål og ønsker som skal være utgangspunkt for prosessen. Helsetjenesten skal derfor oppfordre bruker til å delta aktivt på

⁸ I tillegg følger rett til individuell plan av Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen fra 2006, Lov om sosiale tjenester i NAV fra 2009; og Lov om barneverntjenester.

denne måten. Selve initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for utarbeidelse ligger i tjenesteapparatet. Dersom bruker ikke ønsker Individuell plan skal det heller ikke opprettes en individuell plan.

Det overordnede målet med individuell plan er at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Sentralt i dette er å sikre at det til en hver tid er en bestemt tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av bruker. Brukers mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares, og det skal vurderes i hvilken grad tiltak skal koordineres. Individuell plan skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Ansvar i tjenestene

Det har tidligere hersket noe usikkerhet om hvilke tjenester som har ansvaret for å utvikle IP. I ny og revidert lovgivning i forbindelse med samhandlingsreformen er ansvaret tydelig plassert hos kommunen. Når en person har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som har hovedansvaret for at det blir utarbeidet en individuell plan og for å tilby en koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging, samordning og fremdrift. Imidlertid skal helseforetaket varsle når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og da medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

I spesialisthelsetjenesten skal det oppnevnes koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, et pålegg som erstatter tidligere pålegg om pasientansvarlig lege. Koordinator skal "sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsoppholdet og overfor andre tjenesteytere, samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan". For øvrig har helsepersonell plikt til å gi melding om brukers behov for individuell plan og koordinator. Helsepersonell i spesialisthelsetjenestene skal gi melding til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell i kommunen skal gi melding til koordinerende enhet i kommunen.

6.3 Forekomst av individuell plan

I kartleggingen av bruken av IP blant pasienter i poliklinisk behandling er følgende spørsmål og svarkategorier benyttet:

Spørsmål: "Er en individuell plan utarbeidet/under utarbeidelse?"

Svarkategorier: "Ja, under utarbeidelse", "Ja, utarbeidet", "Nei", "Ikke aktuelt".

For å finne ut mer om hvorfor det ikke er utarbeidet IP, er følgende underspørsmål tatt med:

Spørsmål: "Om nei, hvorfor ikke?"

Svarkategorier: "Ikke aktuelt for denne pasienten", "Pasienten ønsker ikke" og "Annet".

Svarfordelingen er vist i tabell 6.1. under.

Tabell 6.1 Antall og andel pasienter med og uten IP. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Antall			Andel		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Ja	1 193	1 455	2 663	15	11	12
Nei	6 270	11 268	17 708	80	85	83
Vet ikke	400	586	994	5	4	5
Totalt	7 863	13 309	21 365	100	100	100
Ikke svart	568	1 107	1 759			
Om nei, hvorfor ikke						
Ikke aktuelt for pasienten	4 408	8 838	13 378	73	81	78
Pasienten ønsker ikke	948	981	1 947	16	9	11
Annet	708	1 047	1 766	12	10	10
Totalt	6 064	10 866	17 091	100	100	100
Ikke oppgitt årsak	206	402	617			
Antall pasienter	8 431	14 416	23 124			

Resultatet viser at det er 12 prosent av de polikliniske pasientene som har individuell plan, og for om lag hver fjerde av disse er planen under utarbeidelse. For 83 prosent av pasientene er det oppgitt at de ikke har IP, mens for fem prosent av pasientene vet ikke behandler om de har IP eller ikke.

Det er en noe større andel menn som har IP, og dette har sammenheng med at flere menn enn kvinner har alvorlige psykiske lidelser (se kapittel 3.6.2.)

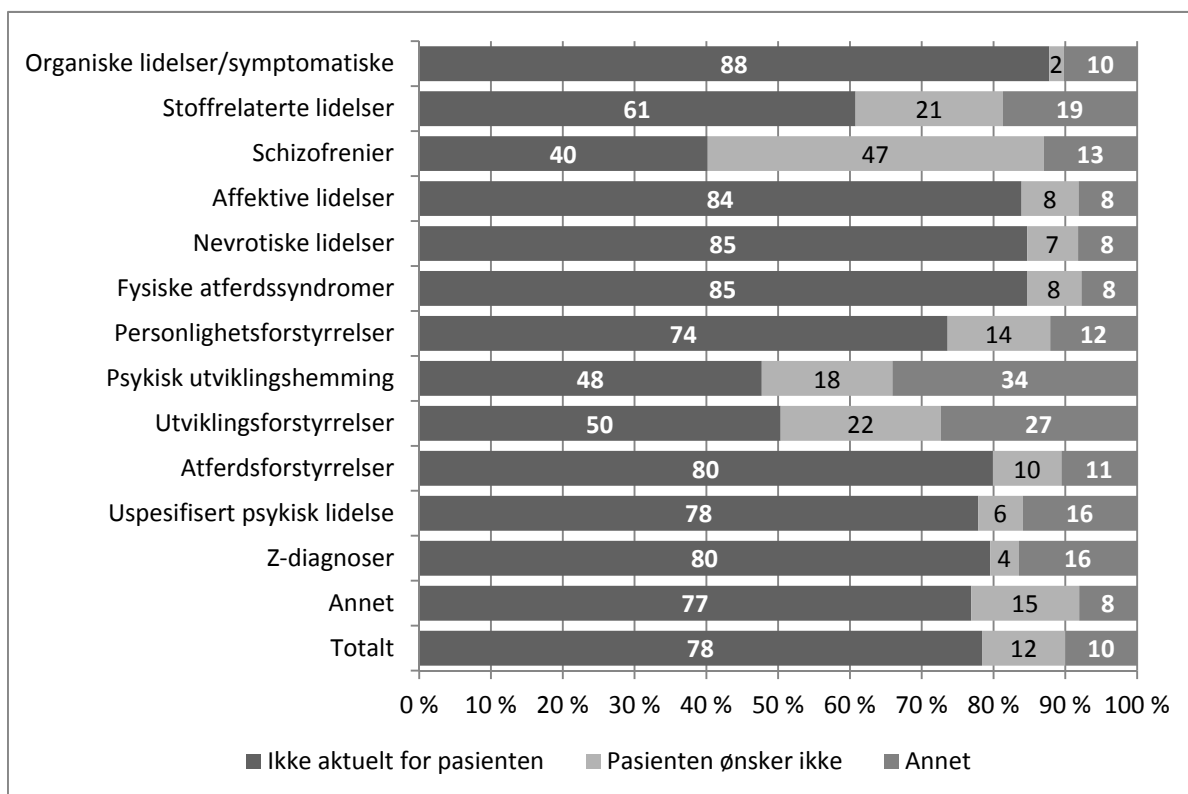
I neste tabell ser vi på andel som har IP etter hoveddiagnose.

Tabell 6.2 Andel pasienter med og uten IP, hoveddiagnose. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Antall pasienter totalt	Manglende informasjon om IP
Organiske lidelser/symptomatiske	2	85	14	100	66	7
Stoffrelaterte lidelser	25	69	7	100	625	39
Schizofrenier	41	54	6	100	2 570	127
Affektive lidelser	8	89	3	100	6 917	452
Nevrotiske lidelser	6	90	4	100	5 778	371
Fysiske atferdssyndromer	7	91	3	100	792	45
Personlighetsforstyrrelser	14	82	4	100	1 860	122
Psykisk utviklingshemming	48	41	11	100	118	8
Utviklingsforstyrrelser	34	60	6	100	252	14
Atferdsforstyrrelser	11	83	6	100	1 031	61
Uspesifisert psykisk lidelse	2	91	7	100	128	3
Z-diagnoser	4	88	9	100	1 143	98
Annet	11	81	8	100	269	25
Totalt	13	83	4	100	21 549	1 372

Andelen med IP er høyest blant pasienter med psykisk utviklingshemming (48 prosent) og schizofreni-lidelser (41 prosent). Den laveste andelen finner vi blant de med uspesifisert psykisk

lidelse (F99) og blant de med organiske lidelser. Det er også interessant å undersøke om årsaken til at pasientene ikke har IP varierer med diagnose. Figur 6.1 viser årsaker til at pasienter med ulike diagnoser ikke har IP.



Figur 6.1 Årsak til at pasientene ikke har IP, hoveddiagnose. Pasientkartleggingen 2013.

En utbredt årsak til at pasienten ikke har IP, er at det ikke oppfattes som aktuelt for pasienten. Minst aktuell vurderes IP å være for personer med organiske, affektive, nevrotiske lidelser samt fysiske atferdssyndromer. For disse vurderes det i godt over 80 prosent av tilfellene at IP ikke er aktuelt. For personer med personlighetsforstyrrelse vurderes IP som uaktuelt for 74 prosent av brukerne. IP vurderes som aktuell i størst grad for personer med psykisk utviklingshemming eller utviklingsforstyrrelser samt stoffrelaterte lidelser, og i særlig grad pasienter med schizofrenier. Det er likevel oppsiktsvekkende at IP vurderes som uaktuelt for 40 prosent av pasientene med schizofrenier.

IP kan ikke etableres uten at pasienten samtykker til dette. At pasienten selv ikke ønsker IP, er imidlertid ikke en utbredt årsak til at IP ikke er etablert. Blant de 11 prosent av brukerne der dette oppgis som årsak, gjelder dette først og fremst personer med schizofreni, der nesten halvparten ikke ønsker IP. Dernest gleder det rundt 20 prosent av brukere med stoffrelaterte lidelser, utviklingsforstyrrelser og psykisk utviklingshemming.

6.4 Utvikling fra 2008 til 2013

Som nevnt innledningsvis er det grunnlag for å forvente at bruk av IP har økt i de fem årene som har gått siden sist kartlegging i 2008, særlig med referanse til fokus på IP som verktøy i samhandlingsmeldinga. I tabell 6.3 har vi beregnet andel med IP på samme måte i 2008 og 2013.

Tabell 6.3 Antall og andel av polikliniske pasienter med IP i offentlige poliklinikker i 2008 og 2013.

	Antall		Andel	
	2008	2013	2008	2013
Ja	4578	2 663	19	12
Nei	18275	17 708	77	83
Vet ikke	911	994	4	5
Totalt	23 764	21 365	100	100
Ikke svart	968	1 759		
Om nei, hvorfor ikke:				
Ikke aktuelt for pasienten	8 519	13 378	47	76
Pasienten ønsker ikke	2 011	1 947	11	11
Annet/ikke oppgitt	7 745	2 383	42	13
Totalt	18 275	17 708	100	100
Antall pasienter	24732	23 124		

Tabellen viser at andelen med IP blant de polikliniske pasientene har gått ned fra 19 prosent til 12 prosent fra 2008 til 2013. I 2013 er det videre svært mange som oppgir som årsak til at bruker ikke har IP at det er "ikke aktuelt for denne pasienten". At andelen som oppgir at IP ikke er aktuelt for brukeren er vesentlig høyere i 2013 enn i 2008 kan imidlertid skyldes en noe ulik spørsmålsstilling på de to tidspunktene. Det kan også ha betydning for resultatet at brukerne kunne delta i 2013-utfyllingen.

Det er å forvente at behovet for IP blant polikliniske pasienter er lavere enn blant døgnpasienter ettersom langt færre blant de polikliniske pasientene har langvarige og sammensatte problemer med hjelpebehov i ulike instanser. I kartlegging av tilbudet til døgnpasienter i 2012 fant vi at 37 prosent hadde IP (Ose & Pettersen, 2014). Dette var imidlertid lang færre enn i 2007 der kartlegging viste at 53 prosent hadde IP (Lilleeng et al., 2009). For 13 prosent av døgnpasientene ble IP vurdert som uaktuelt.

6.5 Andre koordinerende tiltak

En mulig årsak til at IP oppgis som uaktuelt for så mange kan være at bruker har andre koordinerende tiltak som kompenserer for IP. Det er mulig å ha både koordinator og ansvarsgruppe uten at man har IP. Vi skal derfor se på hvordan forekomst av IP varierer i forhold til om bruker har ansvarsgruppe eller én koordinator for det samlede tilbudet, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6.4 Andel brukere med IP, ansvarsgruppe, koordinator, kombinasjoner med en eller flere av disse tiltakene eller ingen av tiltakene. Prosent. Pasientkartleggingen 2013.

Hoveddiagnosegrupper	Har IP (%)	Har ansvarsgruppe (%)	Har koordinator i kommunen (%)	Har koordinator i spesialisthelsetjenesten (%)	Har en eller flere av tiltakene (IP, ansvarsgruppe, koordinator) (%)	Har verken IP, koordinator eller ansvarsgruppe (%)
Stoffrelaterte lidelser (F10-F19)	25	36	33	43	58	25
Schizofrenier (F20-F29)	41	45	42	58	75	14
Affektive lidelser (F30-F39)	8	8	9	27	30	44
Nevrotiske lidelser (F40-F48)	6	7	8	23	27	46
Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	14	17	17	37	44	34
Atferdsforstyrrelser (F90-F98)	11	13	13	26	34	43
Alle pasienter	12	15	15	31	37	39

Resultatet viser at 37 prosent av brukerne har enten IP, ansvarsgruppe, koordinator eller flere av disse tiltakene mens 39 prosent ikke har noen slike koordineringstiltak. Det er litt flere som har ansvarsgruppe eller koordinator i kommunen (15 prosent), men betydelig flere blant disse brukerne som har koordinator i spesialisthelsetjenesten (31 prosent).

Blant de ulike diagnosegruppene er det brukere med schizofrenier som i størst grad er omfattet av ett eller flere koordinerende tiltak. Tre av fire brukere med denne diagnosen har et slikt tiltak, og koordinator i spesialisthelsetjenesten er hyppigst. Der nest er 58 prosent av brukere med stoffrelaterte lidelser omfattet av ett eller flere tiltak, og her ser vi at IP er det minst utbredte tiltaket. Mens en av fire brukere har IP er det en av tre som har ansvarsgruppe eller koordinator i kommunen. Også her er det koordinator i spesialisthelsetjenesten som er hyppigst forekommende.

6.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett at bare 12 prosent av pasientene i poliklinisk behandling har en individuell plan, og at dette er vesentlig lavere enn ved kartleggingen i 2008 der 19 prosent av brukerne hadde IP. Det andre hovedfunnet er at for tre av fire brukere som ikke hadde IP i 2013 ble det oppgitt som årsak at IP var "ikke aktuelt for denne pasienten". Mange som er i poliklinisk behandling har lettere lidelser og ingen lang sykdomshistorie, slik at behovet for IP ikke er til stede. På den annen side er det overraskende at IP i så stor grad vurderes som uaktuelt, til og med for pasienter med schizofreni.

Til tross for at IP har vært en lovpålagt rettighet siden 2001, og til tross for at det er løftet fram som et verktøy for koordinering i samhandlingsmeldinga, ser vi altså en vesentlig nedgang i andelen med IP som også bekreftes i kartleggingen blant døgnpasientene (Ose & Pettersen, 2014). Dette kan indikere at bruken av IP er på retur i psykisk helsevern. Det er gjort forskning som peker på en rekke problemer relatert til implementering av IP samtidig som man gjerne understreker muligheter og potensiale ved verktøyet (Holum, 2012; Hansen, 2007; Ellingsen, 2006; Einbu, 2005; Trefjord & Hatling, 2004).

Samtidig fins det andre koordineringsverktøy som i noen grad er overlappende både når det gjelder hensikt og virkemiddel, og som kan tenkes å kompensere for IP. Kapitlet sammenligner derfor forekomst av IP versus etablerte ansvarsgrupper eller at bruker hadde egen koordinator enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Her fant vi at 37 prosent av pasientene totalt sett hadde enten IP, ansvarsgruppe, koordinator eller flere av disse tiltakene mens 39 prosent ikke har noen slike koordineringstiltak i det hele tatt. Tre av fire pasienter med schizofreni var omfattet av ett eller flere koordineringstiltak. Mest utbredt for alle diagnosegruppene var det å ha koordinator i spesialisthelsetjenesten.

7 Pasienter med omsorg for barn og iverksatte tiltak

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

Pasienter med omsorg for barn skal gis høyere prioritet, jf. retningslinjer for rett til prioritert helsehjelp (prioriteringsveilederen psykisk helsevern). Kartlegging av omsorg for pasienters barn og deres situasjon skal være en del av rutinen ved oppfølging av psykisk syke (Helsepersonelloven, Kapittel 2, §10a).

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

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

7.1 Andel pasienter med omsorg for barn og unge

Som tabellen under viser, er det 32 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker som har omsorg for barn og unge, mens andelen er 38 prosent blant pasientene i privat avtalepraksis. Kvinnelige pasienter har oftere ansvar for barn og unge enn mannlige pasienter, og andel pasienter med slikt omsorgsansvar er høyere hos avtalespesialistene enn i poliklinikkene, både for kvinner og menn.

Det er i 2013 svært få som svarer at de ikke vet om pasienten har ansvar for barn og unge, både i poliklinikkene og i privat avtalepraksis. Men det er en del som ikke har fylt ut spørsmålet, og det kan trolig antas at dette utgjør tilfeller der utfyller ikke har informasjon om pasienten har omsorg for barn og unge eller ikke.

Tabell 7.1 Andel pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med omsorg for barn og unge. Pasient-kartleggingen 2013.

	Offentlige poliklinikker			Private avtalespesialister		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Ja	24	37	32	35	40	38
Nei	76	63	68	65	60	61
Vet ikke	0	0	0	0	0	0
Totalt	100	100	100	100	100	100
Ikke informasjon	135	254	455	129	280	467
Antall pasienter	8 431	14 416	23 124	3 650	8 668	12 474

Andel pasienter med omsorg for barn under 18 år er uendret fra 2008.

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

I 2013 finner vi at det er iverksatt tiltak for 33 prosent av pasientene med omsorg for barn blant pasientene i poliklinikkene og for 23 prosent av pasientene i privat avtalepraksis (tabell 7.2).

Tabell 7.2 Forekomst av tiltak for oppfølging av barn. Pasienter med omsorg for barn under 18 år. Offentlige poliklinikker og private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Offentlige poliklinikker			Private avtalespesialister		
	Menn	Kvinner	Totalt	Menn	Kvinner	Totalt
Ja	23	37	33	19	25	23
Nei ikke behov	67	57	60	77	71	73
Nei, men behov	4	3	3	3	3	3
Vet ikke	6	3	4	2	1	1
Totalt	100	100	100	100	100	100
Ikke informasjon	100	273	377	33	121	156
Antall pasienter	1 960	5 222	7 256	1 236	3 350	4 622

Det er en del som svarer at de ikke vet om det er iverksatt tiltak for oppfølging av barna, og andelen er noe høyere i de poliklinikkene enn i avtalepraksis (hhv 4 og 1 prosent). Når vi ser nærmere på de av pasientene der det er svart "Vet ikke", finner vi at disse pasientene har vært betydelig kortere tid i behandling enn de andre pasientene. Årsaken til at behandler ikke vet, kan derfor være at det gjelder nye pasienter og at de ikke har denne informasjonen ennå.

For 60 prosent av pasientene i poliklinikkene med omsorg for barn under 18 år, vurderes det ikke å være behov for tiltak for oppfølging av barna, mens andelen er 73 prosent blant pasientene i privat avtalepraksis.

For tre prosent av pasientene med omsorg for barn under 18 år, er det ikke satt i verk tiltak for oppfølging av barna, selv om det vurderes å være behov for det.

Det er viktig å følge utviklingen over tid, og det er spurt om det er satt i verk tiltak for oppfølging av barna i kartleggingen både i 2008 og 2013 i poliklinikkene, men dette spørsmålet var ikke med til de private avtalespesialistene i 2008.

I 2008 var de inkluderte svarkategoriene "Ja", "Nei" og "Vet ikke". I 2013 differensierte vi på "Nei, ikke behov" og "Nei, men behov" for å få frem udekkede behov.

I 2008 ble de pasientene der det ble vurdert at det ikke var behov for oppfølging av barna, holdt utenfor beregningen. Vi gjør det samme i 2013 for å få sammenliknbare tall.

Fra tabell 7.3 ser vi tydelig at det har vært en utvikling fra 2008 til 2013. Fra å være under halvparten av pasientene med omsorg for barn under 18 år som fikk oppfølging av barna i 2008, er nå andelen på 82 prosent. Av de som vurderes å ha behov for oppfølging av barn under 18 år, er det åtte prosent som ikke får det i 2013, mot 51 prosent i 2008.

Tabell 7.3 Forekomst av tiltak for oppfølging av barn. Pasienter med omsorg for barn under 18 år. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2008, 2013.

Tiltak for oppfølging av barn	2008			2013		
	Mann	Kvinne	Total	Mann	Kvinne	Total
Ja	32	49	44	71	85	82
Nei	59	47	51	12	7	8
Vet ikke	9	4	5	17	7	9
Totalt	100	100	100	100	100	100
Intet behov	36	33	34	67	57	60
Antall pasienter med omsorg for barn < 18 år	2 171	5 491	7 911	1 960	5 222	7 256
Mangler informasjon (n)	135	298	454	100	273	377

Det er nesten en dobling i andel pasienter der barna vurderes å ikke ha behov for oppfølging fra 2008 til 2013. Dette kan bety at det i 2013 gjøres behovsvurdering i mange flere tilfeller enn i 2008. Hvilke vurderinger som gjøres i forhold til behov for oppfølging av barna er kanskje neste skritt i arbeidet med oppfølging av barn som pårørende av mennesker med psykiske lidelser.

7.3 Hvem følger opp barna?

I 2013 er det for første gang kartlagt hvem som følger opp barna. Det kan krysses av for flere aktører. Andel av pasientene med omsorg for barn etter hvem som følger opp barna, er vist i tabell 7.4.⁹

⁹ Enheten er her pasienter og ikke antall barn.

Tabell 7.4 Hvem følger opp barna? Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Antall	Andel
Barnevern	971	44
BUP	938	42
Familievernkontor	155	7
VOP	71	3
PPT/skole	836	37
Annet	492	22
Totalt	2 231	100
Ikke informasjon om hvem som følger opp (N)	36	
Antall pasienter med omsorg for barn med oppfølging	2 267	

Av pasienter med omsorg for barn, er det i 44 prosent av tilfellene barnevernet som følger opp barna.

Nesten like mange får oppfølging fra Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), mens 37 prosent får oppfølging fra PPT eller skolen.

Mange får oppfølging av flere aktører og den vanligste kombinasjonen er BUP og PPT/skole, og 17 prosent av pasientenes som får oppfølging av barna, gjøres av denne kombinasjonen. 13 prosent får oppfølging av kombinasjonene barnevern og BUP og like mange av barnevern og PPT/skole.

I privat avtalepraksis er det flere som har pasienter der barna følges opp av PPT eller skole (47 prosent), mens færre har oppfølging fra barnevern (30 prosent). For omtrent like stor andel av pasientene får barna oppfølging i BUP som i offentlige poliklinikker (44 prosent).

7.4 Oppsummering

32 prosent av pasientene i poliklinikkene har omsorg for barn og unge under 18 år, mens andelen er 38 prosent blant pasientene i avtalepraksis. Kvinnelige pasienter har oftere ansvar for barn og unge enn mannlige pasienter, og andel pasienter med slikt omsorgsansvar er høyere hos avtalespesialistene enn i poliklinikkene, både for kvinner og menn.

Det er ingen endring i andel pasienter i som har omsorg for barn og unge blant polikliniske pasienter fra 2008 til 2013. Men det har vært en tydelig utvikling i andel tilfeller der barna får oppfølging. Fra å være under halvparten av pasientene med omsorg for barn under 18 år som fikk oppfølging av barna i 2008, er nå andelen på 82 prosent. Av de som vurderes å ha behov for oppfølging av barn under 18 år, er det åtte prosent som ikke får det i 2013, mot 51 prosent i 2008. Endringen kan delvis forklares med at mange flere barn vurderes å ikke ha behov for oppfølging i 2013 enn i 2008. Dette kan bety at det i større grad gjøres behovsvurderinger av barna i 2013 enn i 2008.

Det vanligste er at barna får oppfølging fra barnevernet (44 prosent), men nesten like mange får oppfølging av BUP. PPT eller skolen følger opp 37 prosent av pasientene, men da helst i kombinasjon med BUP eller barnevernet. I syv prosent av tilfellene der barna får oppfølging, gis oppfølgingen både fra både BUP, barnevern og PPT.

8 Pasienter med opprinnelse utenfor Norge

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

8.1 Pasienter som er født utenfor Norge

12 prosent av pasientene i poliklinikkene har fødested utenfor Norge. Andelen var i 2008 på 13 prosent, så det er liten endring. Begge år er ni prosent av pasientene født i den ikke-vestlige delen av verden.

Blant pasientene som får behandling i avtalepraksis, er andelen som er født utenfor Norge i 2013 beregnet til 10 prosent. I 2008 var andelen åtte prosent, så det er en svak økning. I 2013 er seks prosent av pasientene i privat avtalepraksis født i den ikke-vestlige delen av verden, mens andelen var fire prosent i 2006.

Det er relativt marginale endringer i hvor i verden pasientene er født. I poliklinikkene ser vi at en noe større andel av pasientene er født i Vest Europa eller i Nord Amerika (25 prosent i 2008 og 29 prosent i 2013) og noen færre kommer fra Øst-Europa (17 prosent i 2008 og 13 prosent i 2013).

Hos avtalespesialistene er bildet et annet. Flere av pasientene er født utenfor Norge, og særlig utenfor den vestlige delen av verden. Det er særlig en økning blant pasienter fra Asia (inkluderer Russland og tidligere sovjetiske landområder).

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

		Poliklinikker		Avtalespesialister	
Fordelingen mellom verdensdelene		2008	2013	2008	2013
Ikke-vestlige verden	Vestlige verden				
	Vest Europa og Nord Amerika	25	29	47	44
	Øst Europa	17	13	16	16
	Asia	40	39	22	27
	Afrika	11	12	6	6
	Australia*, Sør Amerika og Latin Amerika	7	8	9	6
Totalt		100	100	100	100
Andel pasienter totalt med fødeland utenfor Norge		13	12	8	10
Andel pasienter født i den ikke-vestlige delen av verden		9	9	4	6
Antall pasienter		24 732	23 214	11 626	12 474

*Kun få pasienter.

Det er oppgitt hvilket land pasienten er født i, og vi kan derfor gruppere landene fritt. Vi finner at 17 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker som er født utenfor Norge, kommer fra landene i Midtøsten i 2013. Dette inkluderer landene Bahrain, Egypt, Forente arabiske emirater, Iran, Irak, Israel, Jordan, Kuwait, Libanon, Oman, De palestinske territoriene, Qatar, Syria, Saudi-Arabia, Tyrkia og Jemen.

Hos de private avtalespesialistene utgjør pasienter fra Midtøsten i 2013 11 prosent av alle pasientene som har annet fødeland enn Norge.

Basert på Helseundersøkelsen i Oslo er det funnet at innvandrere med opprinnelse fra lavinntektsland, i større grad har psykiske helseproblemer (Lundin og Hemmingsson 2009).

Gjennom å bestille detaljerte befolkningsdata fra SSB, kan det undersøkes om det er underforbruk av psykiske helseverntjenester fra grupper. Dette faller utenfor dette prosjektets rammer, men de siste tallene som er lagt ut av SSB (for 2011), tyder på en relativt lik andel pasienter som er født utenfor Norge som i befolkningen.

8.2 Asylsøkere/flyktninger

Asylsøkere er personer som er utsatt for forfølgelse og overgrep i sine hjemland og som søker asyl i et annet land. På Utlendingsdirektoratets hjemmesider heter det:

*'Norge gir beskyttelse til personer som blir forfulgt på grunn av religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller medlemskap i en spesiell sosial gruppe, basert på FNs flyktningkonvensjon og norsk lov.'*¹⁰

Flyktningstatus gis i henhold til flyktningkonvensjonen. Når asylsøkere ankommer Norge, får de tilbud om å bo ved asylmottak mens de venter på å få behandlet søknaden. Behandlingstiden kan ta fra 48 timer til flere måneder. Behandlingstiden avhenger av personens alder og hvilket land personen kommer fra.

Pasienter med asylsøkerstatus

Blant pasientene i offentlige poliklinikker er 0,7 prosent angitt som asylsøkere i registreringen i 2013. I 2008 var andelen 1,1 prosent. I privat avtalepraksis finner vi at andelen asylsøkere er 0,4 prosent i 2013 og dette er uendret fra 2008.

Pasienter med flyktningstatus

Omfanget av pasienter som er flyktning eller har flyktningebakgrunn er i 2013 4,7 prosent i de offentlige poliklinikkene og 2,7 prosent i privat avtalepraksis. Dette er en liten økning fra 2008 da andelen var 3,8 prosent og 2,1 prosent i hhv poliklinikker og i avtalepraksis.

Begge disse gruppene inngår i betegnelsen pasienter med fødeland utenfor Norge, som er utgangspunktet for analysene som presenteres i dette kapitlet. For å få en ytterligere relevant stratifisering av pasientpopulasjonen er det laget et skille mellom pasienter født i den ikke-vestlige og vestlige verden. Pasienter født i den ikke-vestlige verden inkluderer asylsøkere og flyktninger og

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

ved poliklinikkene utgjør de nesten halvparten av pasientene. Hos avtalespesialistene utgjør asylsøkere og flyktninger nesten 40 prosent av pasientene født i den ikke-vestlige verden.

8.3 Oppsummering

I poliklinikkene er 12 prosent av pasientene født i et annet land i Norge. Andelen var 13 prosent i 2008. Blant pasientene i avtalepraksis er andelen 10 prosent i 2013, og var åtte prosent i 2008. Mens det i poliklinikkene er en økning i andel pasienter født i vestlige land, er det i privat avtalepraksis en økning i andel pasienter fra ikke-vestlige land.

I 2013 er 4,7 prosent av pasientene i poliklinikkene flyktninger eller har flyktningebakgrunn (3,8 prosent i 2008). Dette gjelder 3,8 prosent av pasientene i avtalepraksis i 2013 (2,1 prosent i 2008).

Det er få asylsøkere i pasientpopulasjonen i poliklinikkene og andelen har gått ned fra 1,1 prosent i 2008 til 0,7 prosent i 2013. I avtalepraksis er 0,4 prosent av pasientene asylsøkere og dette er uendret fra 2008.

9 Behandlingens innhold og avvik mellom behandlerens ønske og pasientens ønske

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

9.1 Type pasient

Fra tabell 9.1 ser vi at 91 prosent av pasientene er polikliniske pasienter, mens fem prosent behandles kun ambulant. Det er i 2013 én prosent som kun er dagpasienter. For tre prosent av pasientene gis det en kombinasjon av behandlinger i og utenfor poliklinikken. To prosent av pasientene behandles både som ambulant og som poliklinisk pasient, mens én prosent av pasientene er dagpasient og poliklinisk pasient. 21 pasienter er både poliklinisk pasient og dagpasient og behandles ambulant.

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

Type pasient	Antall	Andel
Poliklinisk pasient	19 877	91
Dagpasient (kontakt/opphold av minst 3 timers varighet)	231	1
Pasienten behandles ambulant/opsøkes annet sted	1 035	5
Behandles på flere måter:		
Poliklinisk+dag	276	1
Poliklinisk+ambulant	431	2
Dag+ambulant	16	0
Poliklinisk+dag+ambulant	21	0
Totalt	21 887	100
Ikke informasjon	1 237	
Antall pasienter	23 124	

9.2 Aktuelle behandlingstiltak

Fra tabell 9.2 ser vi at det er 82 prosent av pasientene som mottar samtalerterapi på kartleggingstidspunktet. 44 prosent mottar behandling med medikamenter, mens 11 prosent behandles uten medikamenter. 13 prosent av pasientene deltar i gruppebehandling, mens syv prosent mottar samtalerterapi der pasientens nærmeste deltar. Ni prosent av pasientene mottar en eller annen form for mestringstrening, mens seks prosent får hjelp til fysisk aktivitet og trening. Fire prosent får arbeidstrening, mens tre prosent mottar et behandlingsopplegg for rusproblem.

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

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

	Antall	Andel
Samtaletterapi individuelt	17 658	82
Gruppebehandling	2 886	13
Behandling med medikamenter	9 540	44
Behandling uten medikamenter	2 362	11
Samtaletterapi der pas. nærmeste deltar	1 424	7
Støttesamtaler	4 586	21
Mestringstrening	1 879	9
Fysisk aktivitet/trening	1 381	6
Arbeidstrening	929	4
Behandlingsopplegg for rusproblem	558	3
ECT	60	0
Behandlingsopplegg for spillavhengighet	14	0
Annet	1 199	6
Antall pasienter med informasjon	21 464	100
Mangler informasjon	1 660	
Antall pasienter	23 124	

Mange pasienter mottar flere behandlingstiltak. Den vanligste kombinasjonen er individuell samtaleterapi og behandling med medikamenter (21 prosent av alle pasientene). Seks prosent av pasientene mottar individuell samtaleterapi og får behandling uten medikamenter.

9.3 Avvik mellom pasientens og behandlerens ønske om behandlingstiltak

Det har i tidligere pasientkartlegginger vært en utfordring at det er behandler som svarer hva som er det ideelle tilbudet til den enkelte pasient. Det kan godt være avvik mellom det pasienten selv mener er ideelt og det behandler mener er ideelt tilbud, men vi har ikke hatt mulighet til å undersøke dette i tidligere kartlegginger. I kartleggingen i 2013 ble det derfor tatt med registreringsmulighet både for behandlerens ønske og for pasientens ønske, slik at vi kunne undersøke omfanget av avviket ut i fra det enkelte behandlingstiltak.

Pasienten har deltatt i utfyllingen av 13 090 skjema, og i dette delkapittelet ser vi kun på disse pasientene. Det er ikke oppgitt aktuelle behandlingstiltak for 660 av disse pasientene. Det kan for eksempel skyldes at det er tidlig i behandlingen slik at behovet ikke er avdekket. Vi ser bort fra disse. Det er videre 199 pasienter som ikke har gitt uttrykk for eget ønske, og disse tas også ut.

Vi har da et utvalg på 12 231 pasienter. Tabell 9.3 viser prosent av pasientene fordelt på enighet. Det generelle bildet er at det er stor enighet om behandlingstiltak mellom pasient og behandler. Det er noe variasjon mellom ulike typer behandlingstiltak.

I seks prosent av tilfellene ønsker pasienten individuell samtaleterapi uten at behandler er enig. I to prosent av tilfellene er det behandler som ønsker at pasienten skal få individuell samtaleterapi, mens pasienten ikke ønsker dette. Fire prosent av pasientene ønsker behandling med medisiner uten at behandleren er enig i dette. For tre prosent av pasientene mener behandler at pasienten bør behandles med medikamenter, uten at pasienten er enig i dette. Resultatene viser også at det er tre prosent av pasientene som ønsker behandling uten medikamenter, uten at behandler er enig i dette.

Tabell 9.3 Andel tilfeller der pasient og behandler er enig/uenig om behandlingstiltak. Pasientkartleggingen 2013. P=pasient, B=behandler. N=12 231

	P og B enig	B ønsker, men ikke P	P ønsker, men ikke B	sum
Samtaleterapi individuelt	92	2	6	100
Gruppebehandling	95	3	2	100
Behandling med medikamenter	93	3	4	100
Behandling uten medikamenter	96	0	3	99
Samtaleterapi der pas. nærmeste deltar	98	1	1	100
Støttesamtaler	98	1	1	100
Mestringstrening	98	1	1	100
Fysisk aktivitet/trening	97	2	2	101
Arbeidstrening	98	1	1	100
Behandlingsopplegg for rusproblem	99	1	0	100
ECT	100	0	0	100
Behandlingsopplegg for spillavhengighet	100	0	0	100
Annet	99	0	1	100

Videre analyser kan gjøres for å se på kjennetegn ved pasientene der behandler og pasient ikke er enige om behandlingstiltak.

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

Et annet forhold er den naturlige seleksjonen som skjer ved at pasienter som ikke er fornøyd med behandlingen, avslutter behandlingen. Da vil de som er uenig med behandler systematisk forsvinne fra utvalget, og resultatet blir at andel av pasientene det er enighet om blir høy.

9.4 Oppsummering

91 prosent av pasientene er polikliniske pasienter, mens fem prosent behandles ambulant ved at de oppsøkes et annet sted heller enn at pasienten kommer til poliklinikken. Én prosent av pasientene er kun dagpasienter mens de resterende tre prosentene behandles gjennom flere typer

behandlingsopplegg, der den vanligste kombinasjonen er både poliklinisk behandling og ambulant behandling.

Individuell samtaleterapi er det vanligste behandlingstiltaket i offentlige poliklinikker og 82 prosent av pasientene behandles med dette tiltaket. 11 prosent av pasientene får behandling uten medikamenter. 13 prosent av pasientene deltar i gruppebehandling, mens syv prosent mottar samtaleterapi der pasientens nærmeste deltar. 9 prosent av pasientene mottar en eller annen form for mestringstrening, mens seks prosent får hjelp til fysisk aktivitet og trening. Fire prosent får arbeidstrening, mens tre prosent mottar et behandlingsopplegg for rusproblem.

Mange pasienter mottar flere behandlingstiltak. Den vanligste kombinasjonen er individuell samtaleterapi og behandling med medikamenter (21 prosent av alle pasientene). Seks prosent av pasientene mottar individuell samtaleterapi og får behandling uten medikamenter.

Vi finner generelt få avvik mellom pasientens ønske og behandlerens ønske. Det synes derfor å være stor grad av enighet om behandlingstiltak mellom behandlere og pasienter i offentlige poliklinikker. Der det ser ut til å være størst uenighet er individuell samtaleterapi og medisinerings. Seks prosent av pasientene ønsker individuell samtaleterapi uten at behandler er enig i at dette bør gis, mens for to prosent av pasientene er det behandler som ønsker at pasienten skal ha individuell samtaleterapi uten at pasienten er enig. Når det gjelder medikament behandling, er det uenighet rundt 7 prosent av pasientene. For tre prosent av pasientene mener behandler at pasienten bør medisineres uten at pasienten er enig, mens for fire prosent av pasientene er det pasienten som ønsker behandling med medikamenter uten at behandler er enig. For andre behandlingstiltak er det enighet mellom behandler og pasient i 95-100 prosent av tilfellene.

10 Behandlingens omfang og intensitet

Formålet med dette kapittelet er å undersøke hvor lenge behandlingen har vart på kartleggings-tidspunktet og hyppighet på konsultasjonene. Kapittelet inneholder informasjon både fra de offentlige poliklinikkene og fra de private avtalespesialistene.

10.1 Dato for første kontakt

Tabell 10.1 viser fordelingen av pasienter etter når behandlingen startet, dvs tidspunkt for første kontakt i denne behandlingsserien/henvisningsperioden. I poliklinikkene har 30 prosent av pasientene vært i behandling siden før 2012, mens dette gjelder halvparten av pasientene i avtalepraksis (54 prosent av pasientene som får behandling av psykiatere og 50 prosent av pasientene som får behandling av psykologer). Mens 12 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker har startet behandlingen i april 2013, gjelder dette åtte prosent av pasientene i avtalepraksis.

Generelt har pasientene i avtalepraksis vært til behandling i lenger tid enn i poliklinikkene, og poliklinikkene har dermed flere nye pasienter til enhver tid.

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

	Offentlige	Private avtalespesialister		Totalt
	poliklinikker	Psykiatere	Psykologer	
April 2013, kartleggingsperioden	12	7	8	8
1.kvartal 2013	22	13	15	15
4.kvartal 2012	13	8	9	9
3.kvartal 2012	9	6	7	6
2.kvartal 2012	7	6	6	6
1.kvartal 2012	6	6	6	6
Før 2012	30	54	50	50
Totalt	100	100	100	100
Ikke informasjon	1 219	304	508	799
Totalt antall pasienter	23 124	4 423	7 531	12 790

10.2 Antall konsultasjoner/kontakter siden første kontakt

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

Det er ikke betydelige forskjeller i antall kontakter i en periode imellom poliklinikker og avtalespesialister.

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

	Offentlige	Private avtalespesialister		Totalt
	poliklinikker	Psykiatere	Psykologer	
April 2013, kartleggingsperioden	1	1	1	1
1.kvartal 2013	6	6	6	6
4.kvartal 2012	12	15	14	14
3.kvartal 2012	19	19	22	22
2.kvartal 2012	24	25	27	25
1.kvartal 2012	30	35	30	32
Før 2012	70	86	84	85

Behandlingsperioden er lenger hos avtalespesialistene enn i poliklinikkene, og hyppigheten av konsultasjonene er omtrent lik i privat avtalepraksis som i offentlige poliklinikker. Vi har ikke informasjon om behandler kompetanse i offentlige poliklinikker, eller antall pasienter per behandler for utvalget. Men dette har vi i privat avtalepraksis, og vi kommer tilbake til dette i siste kapittel.

10.3 Oppsummering

Mens 30 prosent av pasientene som er kartlagt i de poliklinikkene startet behandlingen før 2012, gjelder dette halvparten av pasientene i avtalepraksis. Pasientene i avtalepraksis mottar behandling over lenger tid enn pasienter i poliklinikkene. Dette gjør at offentlige poliklinikker har større kapasitet til å ta inn nye pasienter, og mens 34 prosent av pasientene i poliklinikkene startet behandlingen i 2013, gjelder dette 23 prosent av pasientene i privat avtalepraksis.

Antall konsultasjoner siden påbegynt behandling justert for tidspunkt for oppstart, synes å være svært likt i poliklinikker og i avtalepraksis. Dette på tross av at pasientene i offentlige poliklinikker i større grad har alvorlige psykiske lidelser enn i privat avtalepraksis.

11 Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold (TUD)

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon, er regulert i psykisk helsevernforordningen § 11:

Den faglig ansvarlige skal vurdere om pasienten behøver døgkontinuerlig omsorg og behandling, eller om det er bedre for pasienten å bo i egen bolig eller har opphold i annen institusjon, for eksempel i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten, under gjennomføringen av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. I vurderingen skal det legges vekt på om det kan etableres et samarbeid med det lokale behandlingsapparatet som gjør det forsvarlig at pasienten ikke har opphold i godkjent institusjon. Det skal legges særlig vekt på pasientens eget ønske. Det skal også tas hensyn til pasientens sykdom, bo- og familiesituasjon, sosiale situasjon og individuelle behov samt pasientens pårørende og deres situasjon.

I tillegg til vurderingen etter første ledd, må pasienten enten:

- a) ha en kjent sykdomshistorie og det på bakgrunn av pasientens symptomer og tidligere kunnskap om pasientens sykdomsforløp, er utvilsomt hvilken behandling pasienten trenger, eller
- b) ha vært observert i institusjon med døgnoophold og observasjonen har klargjort pasientens diagnose og hva slags behandlingsopplegg som må anses nødvendig.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon kan ikke etableres eller gjennomføres dersom pasienten er bostedsløs.

Beskrivelsene som følger gjelder gruppen av polikliniske pasienter med vedtak om tvungent vern på registreringstidspunktet¹¹.

¹¹ Når pasientgruppen defineres med utgangspunkt i status på registreringstidspunktet, unngår man å inkludere pasienter som har fått vedtaket om tvang omgjort til et vedtak om frivillig behandling. Dersom en slik omgjøring ligger langt tilbake i tid, kan man ikke lenger anta at egenskaper ved disse pasientene er representative for gruppen av pasienter under tvungent vern.

11.1 Omfang

Som vist i neste tabell er 3,3 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Andelen er fem prosent blant mannlige pasienter og 2,3 prosent blant kvinnelige pasienter.

Tabell 11.1 Andel av pasientene som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), kjønn og totalt. Pasientkartleggingen 2013.

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
TUD på registreringstidspunktet	411	5,0	324	2,3	739	3,3
Frivillig	7 767	95,0	13 663	97,7	21 631	96,7
Totalt	8 178	100,0	13 987	100,0	22 370	100
Informasjon mangler	253		429		754	
Antall pasienter	8 431		14 416		23 124	

11.2 Tilleggskriterier

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

Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for:

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

82 prosent av pasientene som er under TUD, har tilleggskriteriet "Utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres betydelig/Stor sannsynlighet for vesentlig forverret tilstand". 30 prosent er underlagt TUD fordi det er fare for eget liv/helse, mens 17 prosent har TUD fordi det er fare for andres liv/helse.

Tabell 11.2 Forekomst av de ulike tilleggskriteriene. Prosentandel av pasienter med vedtak om tvungent vern på registreringstidspunktet. Pasienttellingen 2013.

	2013
Eget liv/helse	30
Andres liv/helse	17
Utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres betydelig/Stor sannsynlighet for vesentlig forverret tilstand	82
Antall pasienter (N)	739
Tilleggskriterium ikke registrert (N)	84

11.3 Endring 2004 til 2013

Datagrunnlaget er pasientregistreringene i 2004, 2008 og 2013 som identifiserer omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg (TUD) gjennom registrering av spesialistvedtak på registreringstidspunktet.

I 2004 var to prosent av pasientene under TUD. Andelen økte til 2,6 prosent i 2008 og er i 2013 altså 3,3 prosent.

Tabell 11.3 Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne. Prosentandel. Pasienttellingene 2004, 2008, 2013.

	2004		2008		2013	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
TUD på registreringstidspunktet	417	2,0	575	2,6	739	3,3
Frivillig	20 411	98,0	21 865	97,4	21 640	96,7
Totalt	20 828	100,0	22 440	100,0	22 379	100,0
Informasjon mangler	699		2 292		745	
Antall pasienter	21 527		24 732		23 124	

Kartleggingene i 2008 og 2013 inneholder nøyaktig samme formulering, og i tabell 11.4 har vi betinget tallene på samme måte for å få sammenliknbare tall for tilleggskriteriene. Denne viser at selv om en noe større andel pasienter er under vedtak om TUD, er fordelingen av tilleggskriteriene omtrent de samme i 2013 som i 2008.

Tabell 11.4 Forekomst av de ulike tilleggskriteriene. Prosentandel av pasienter med vedtak om tvungent vern på registreringstidspunktet. Pasienttellingene 2008 og 2013.

	2008		2013	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Eget liv/helse	177	31	225	30
Andres liv/helse	97	17	125	17
Utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres betydelig/Stor sannsynlighet for vesentlig forverret tilstand	484	84	604	82
Totalt	575	100	739	100
Mangler informasjon om tilleggskriterium	33		84	

11.4 Oppsummering

Kartleggingen viser at 3,3 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Andelen er fem prosent blant mannlige pasienter og 2,3 prosent blant kvinnelige pasienter.

Andelen under TUD har økt gradvis, fra 2 prosent i 2004, til 2,6 prosent i 2008 og til 3,3 prosent i 2013.

For å kunne være under tvungent psykisk helsevern må pasienten, i tillegg til å ha en alvorlig sinnslidelse, også oppfylle enten behandlingskriteriet og/eller farekriteriet. Mange oppfylder begge kravene. Behandlingskriteriet er benyttet for 82 prosent av pasientene under TUD, og dette betyr at det er stor sannsynlighet for forverret tilstand, eller at utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres betydelig uten behandling. 30 prosent av pasientene under TUD, oppfylder farekriteriet der det er fare for eget liv/helse, mens 17 prosent av pasientene under TUD utgjør fare for andres liv/helse.

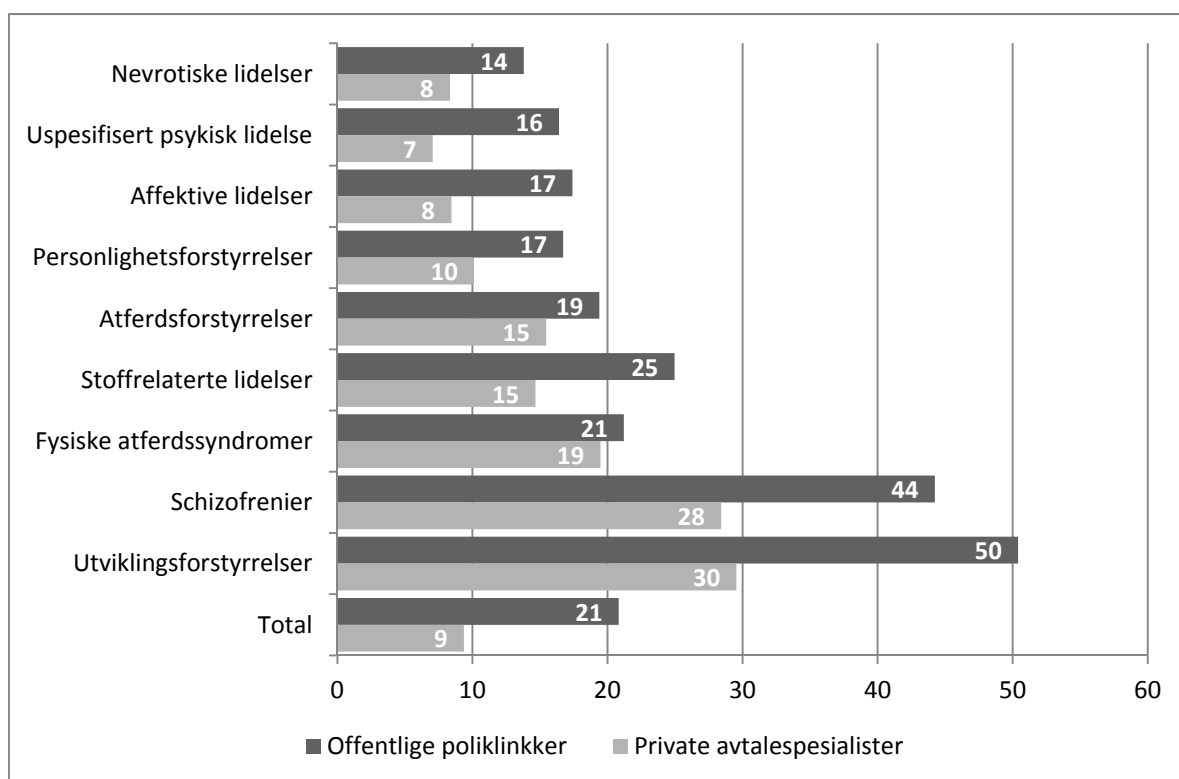
12 Samarbeid rundt pasientene

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

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

12.1 Samarbeid med pårørende

Det er etablert samarbeid med pårørende for 21 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for 9 prosent av pasientene i privat avtalepraksis. Figur 12.1 viser andel av pasientene det er etablert samarbeid med pårørende om, etter pasientenes hoveddiagnose.



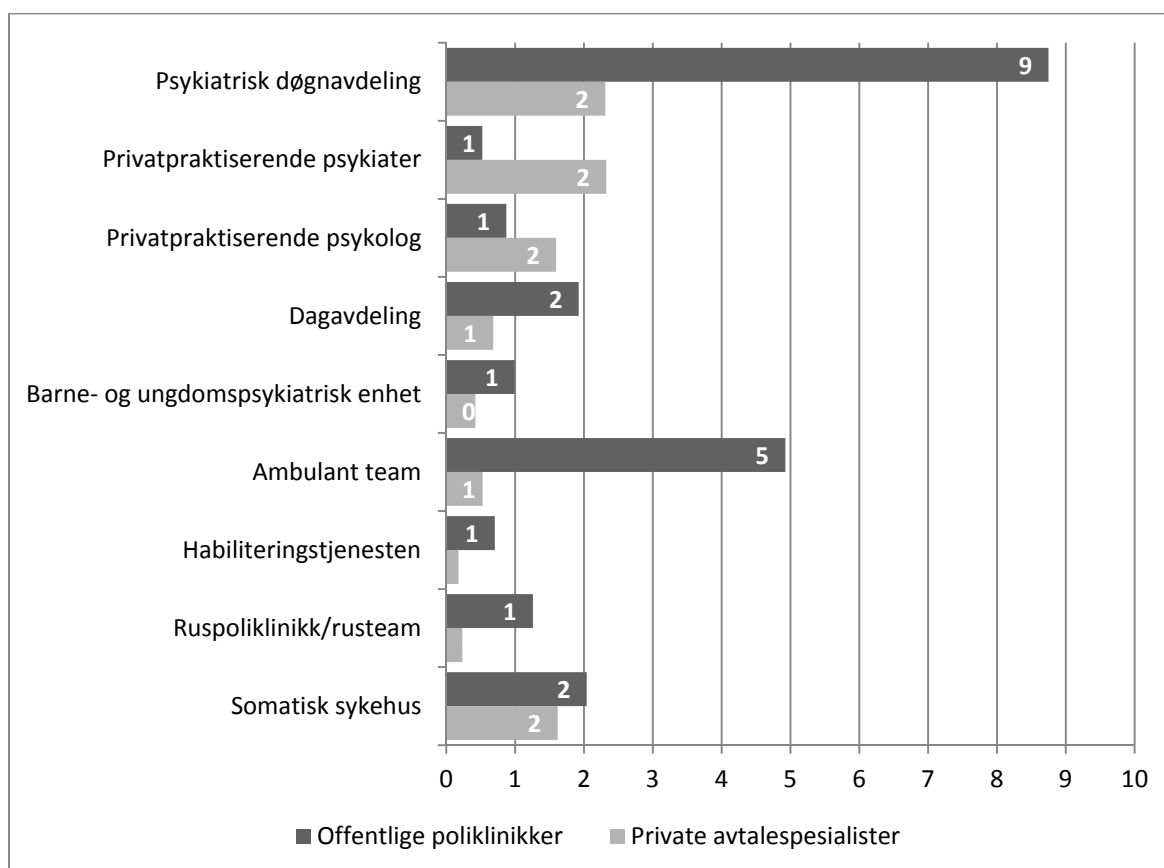
Figur 12.1 Andel av pasientene det er etablert samarbeid med pårørende om, etter hoveddiagnose. Pasientkartleggingen 2013.

Både offentlige poliklinikker og private avtalespesialister etablerer oftere samarbeid med pårørende om de mest alvorlige psykiske lidelsene. Mens poliklinikkene har etablert samarbeid med pårørende for 44 prosent av pasientene med schizofrenilidelser, har de etablert samarbeid med pårørende for 14 prosent av pasienter med nevrotiske lidelser. Noe av det samme mønsteret observeres blant avtalespesialistene, men de har en mye lavere andel pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene.

12.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenester

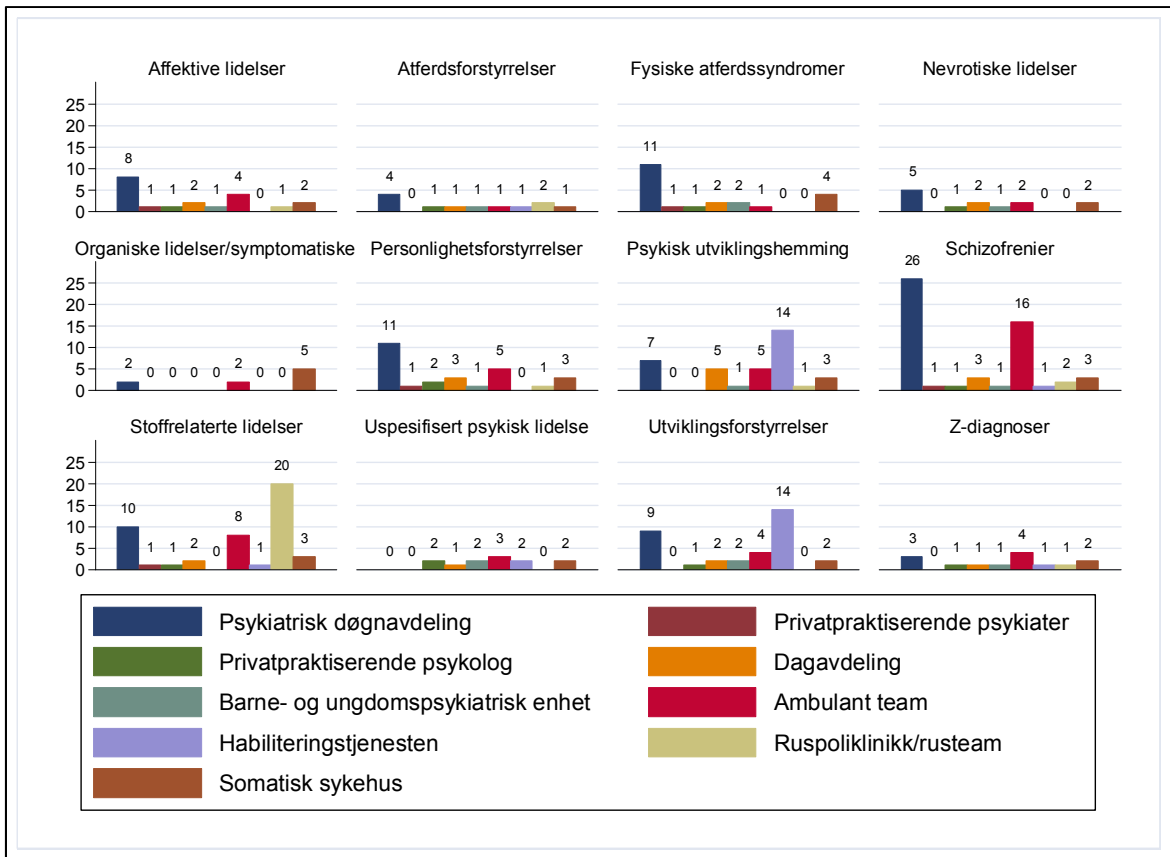
For 82 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker er det ikke etablert samarbeid med andre spesialisthelsetjenester, mens dette gjelder 91 prosent av pasientene hos private avtalespesialister.

Det vanligste er å ha etablert samarbeid med psykiatrisk døgnavdeling (ni prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for to prosent av pasientene i privat avtalepraksis), og med ambulant team (for fem prosent av pasientene i offentlige poliklinikker).

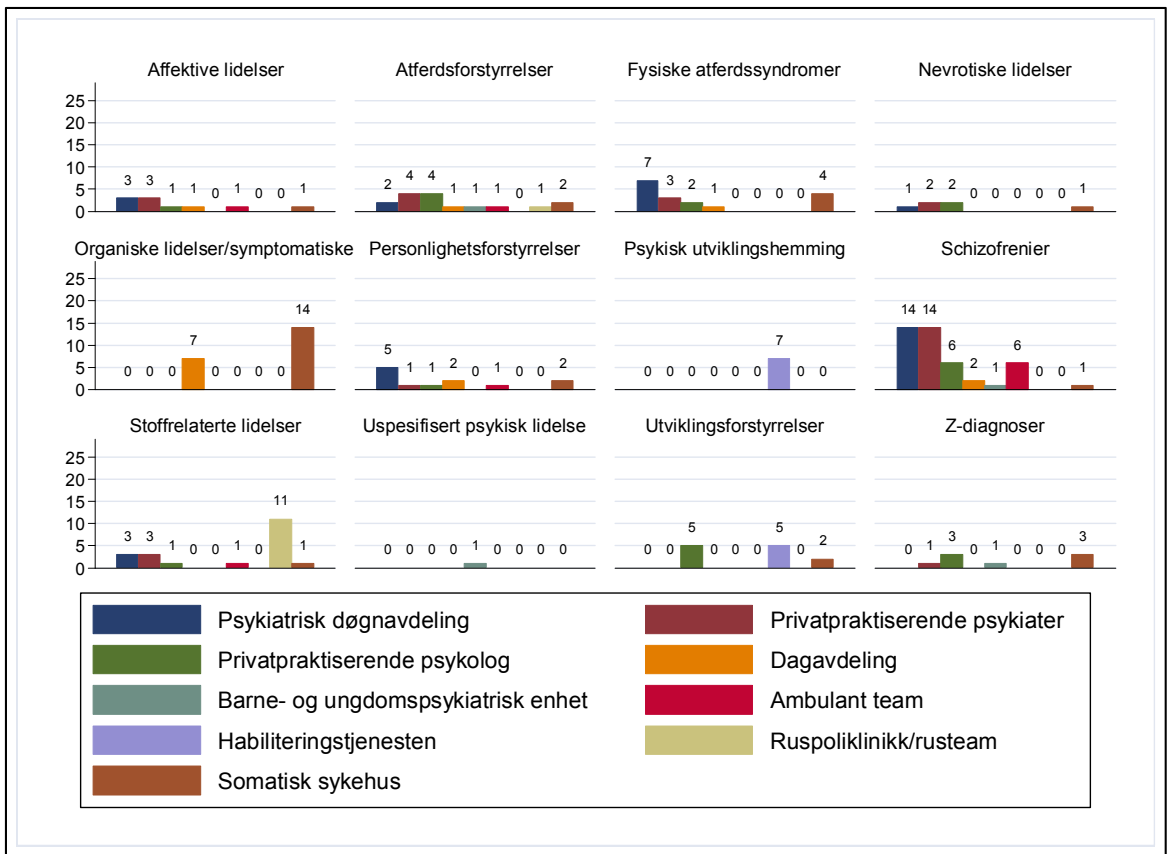


Figur 12.2 Andel av pasientene det er etablert samarbeid om med andre spesialisthelsetjenester.

Det er naturlig nok mest samarbeid rundt pasientene med alvorlige psykiske lidelser, se figur 12.3 (offentlige poliklinikker) og 12.4 (privat avtalepraksis). Ambulant team og psykiatrisk døgnavdeling er involvert for en høy andel blant pasientene med schizofrenilidelser og personlighetsforstyrrelser. Habiliteringstjenestene er mest involvert i pasientene med diagnoser innen utviklingsforstyrrelser og psykisk utviklingshemming. Omtrent det samme bildet vises blant pasienter i poliklinikkene og i avtalepraksis, men det samarbeides i større grad om pasienter i poliklinikker enn i avtalepraksis for nesten alle diagnosegruppene.



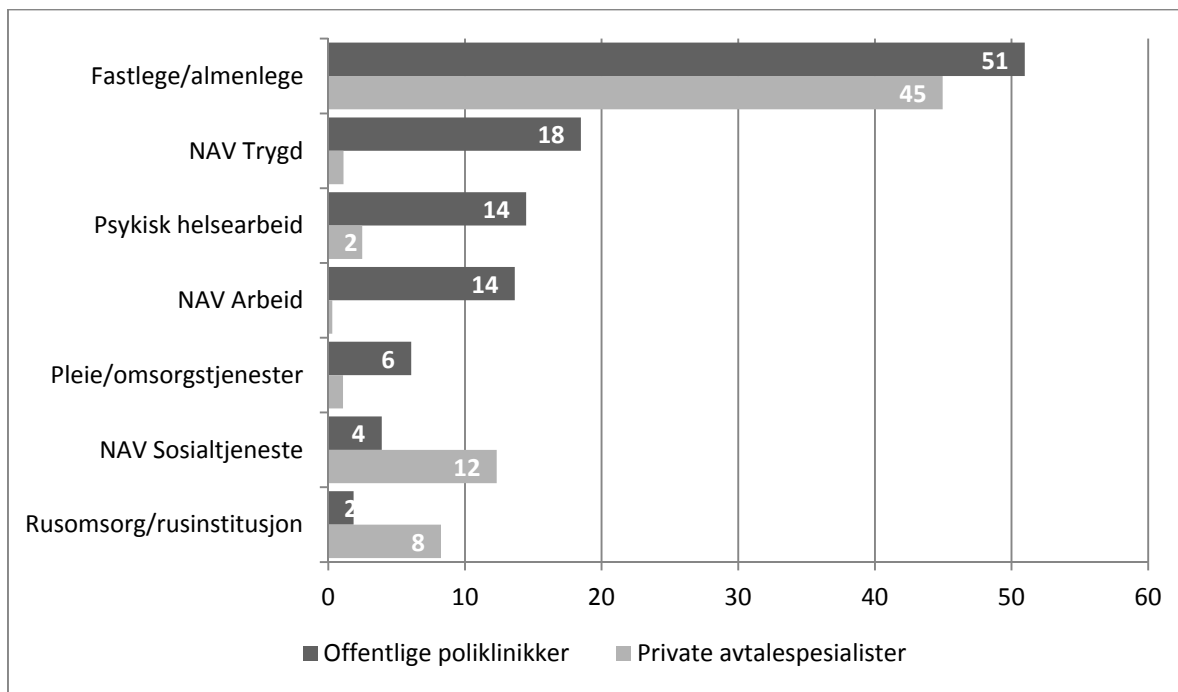
Figur 12.3 Andel av pasientene det samarbeides om etter diagnose, offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.



Figur 12.4 Andel av pasientene det samarbeides om etter diagnose, privat avtalepraksis. Pasientkartleggingen 2013.

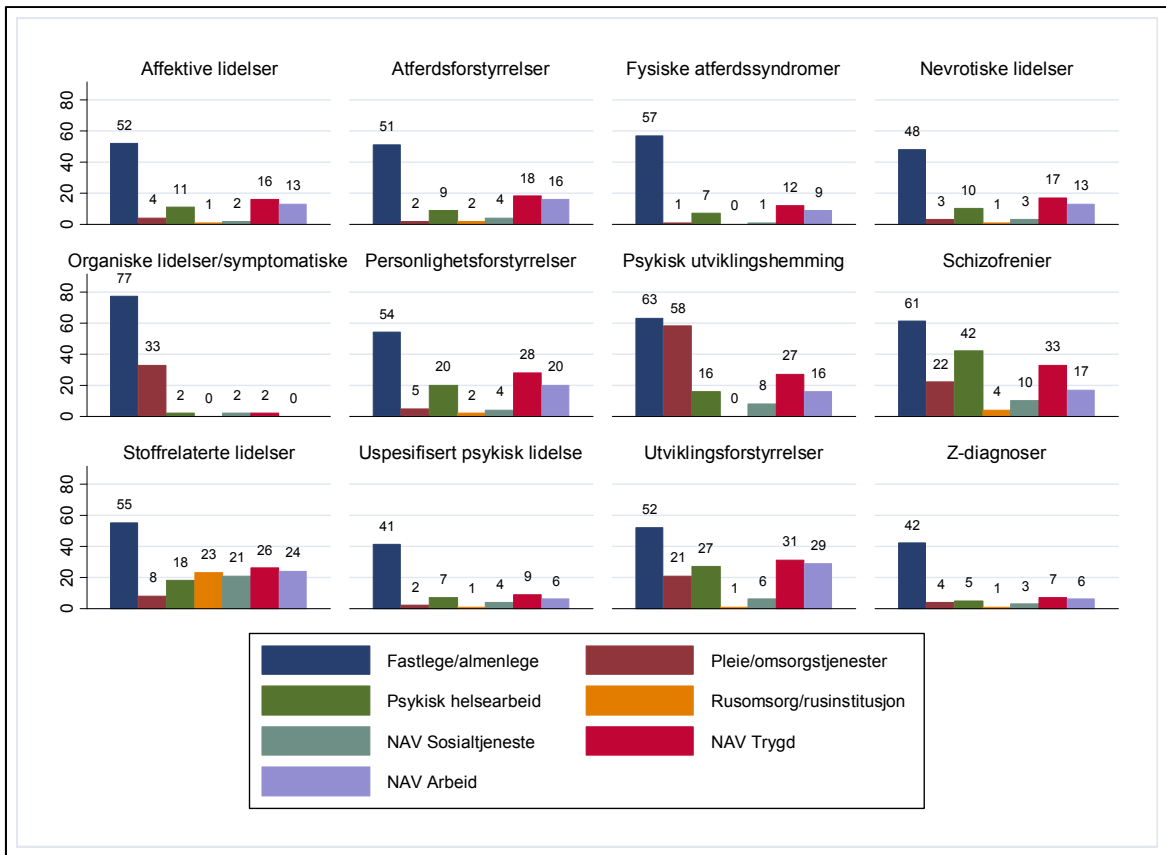
12.3 Samarbeid med kommunale tjenester

For mange av pasientene samarbeides det med en eller flere aktører i kommunene. Men for 36 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for 49 prosent av pasientene hos private avtalespesialister, er det ikke oppgitt samarbeid med noen av de kommunale tjenestene vist i figur 12.5.

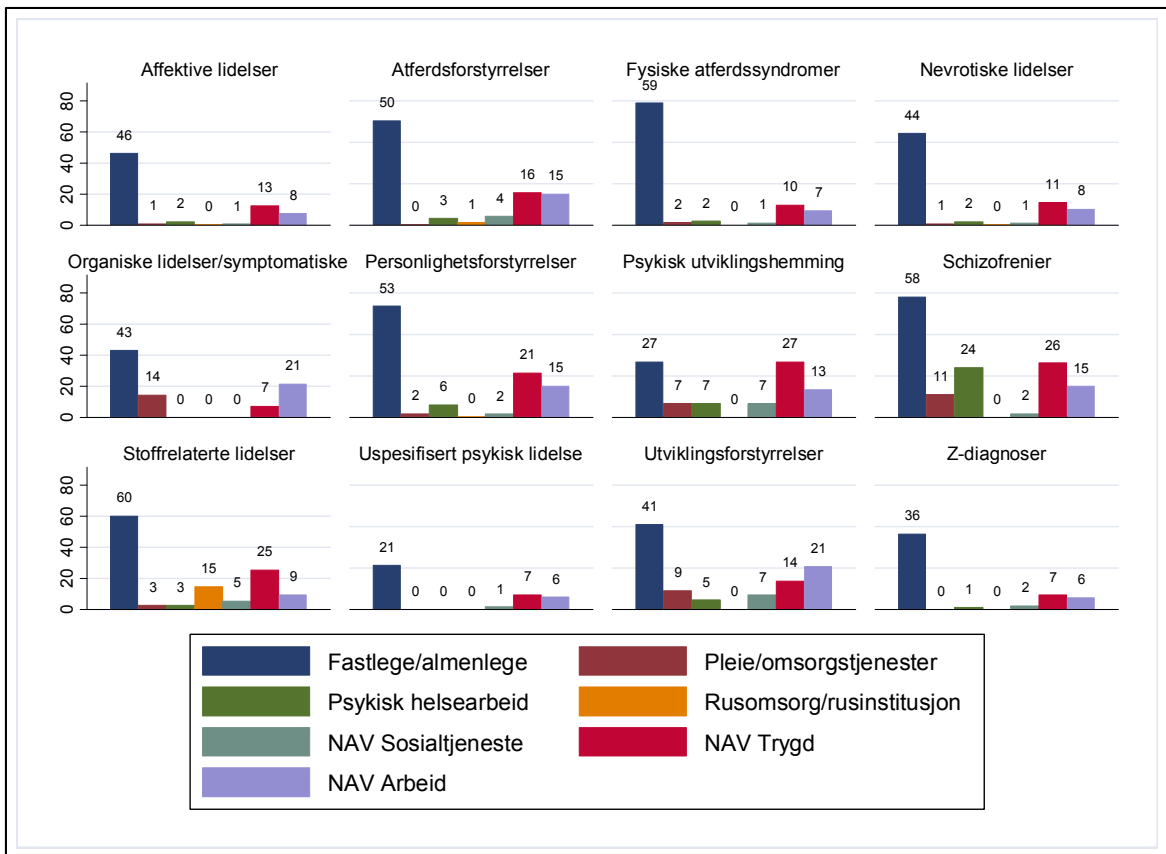


Figur 12.5 Andel av pasientene med samarbeid med kommunale tjenester.

I de to neste figurene viser vi andel pasienter med samarbeid aktører i primærhelsetjenesten etter hoveddiagnoser i henholdsvis offentlige poliklinikker (figur 12.6) og blant private avtalespesialister (figur 12.7).



Figur 12.6 Andel av pasientene det samarbeides om etter diagnose, offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.



Figur 12.7 Andel av pasientene det samarbeides om etter diagnose, private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

I alle diagnosegrupper er det fastlegene det hyppigst samarbeides med. Mens kommunale pleie- og omsorgstjenester ofte er samarbeidspart for de små og mer avgrensede pasientgruppene (organiske lidelser og psykisk utviklingshemming), er kommunalt psykisk helsearbeid og NAV Trygd oftere inne i samarbeidet rundt pasienter med schizofrenilidelse, schizotyp lidelse og paranoide lidelse.

I de store diagnosegruppene (affektive lidelser og nevrotiske lidelser) er ofte fastlegen eneste samarbeidspart, både for poliklinikkene og for avtalespesialistene.

Fordi sammensetning av pasientene er ulik i offentlige poliklinikker og i privat avtalepraksis, ser det ut til å være størst behov for samarbeid med kommunale tjenester i poliklinikkene. Vi har derfor kartlagt følgende forhold rundt pasientene i poliklinikkene:

- Hvordan fungerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for denne pasienten?
- Kjenner behandler i psykisk helsevern (PHV) godt til tilbudet i bostedskommunen?
- Kjenner bostedskommunen godt til tilbudet pasienten får i spesialisthelsetjenesten?

Av de pasientene det er etablert samarbeid om, svarer spesialisthelsetjenesten at det er "svært godt" samarbeid med kommunene for 23 prosent av pasientene, 35 prosent svarer "ganske godt" og 34 prosent svarer "godt". Totalt vurderes samarbeidet å være godt, ganske godt eller svært godt for 93 prosent av pasientene der det er gitt informasjon. Dette bekrefter dermed at samarbeidet rundt polikliniske pasienter i psykisk helsevern er relativt uproblematisk for en stor andel av pasientene. Men en viktig faktor her, er at dette kun gjelder pasienter som faktisk får behandling i psykisk helsevern. For dem som har behov for tjenester, men som ikke får et tilbud i spesialisthelsetjenesten, etableres det trolig ikke et samarbeid om.

Tabell 12.1 Andel av pasientene det samarbeides om med kommunale tjenester etter vurdering av kvaliteten på samarbeidet. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

	Andel
Svært godt	23
Ganske godt	35
Godt	34
Ganske dårlig	6
Svært dårlig	1
Total	100
Antall med samarbeid	14 642
Ikke informasjon	3 493

I neste tabell viser vi i hvilken grad behandlere i psykisk helsevern mener de kjenner det kommunale tilbudet i pasientens bostedskommune. For over 90 prosent av pasientene det samarbeides med kommunene om, mener behandler at han/hun kjenner godt til tilbudet i pasientens hjemkommune. Behandler vurderer å ha dårlig kunnskap om tilbudet i hjemkommunene for syv prosent av pasientene.

Tabell 12.2 Andel av pasientene der behandlere vurderer hvor godt de kjenner det kommunale tilbudet til pasientens bostedskommune. Pasientkartleggingen 2013.

	Andel
Svært godt	30
Ganske godt	39
Godt	24
Ganske dårlig	6
Svært dårlig	1
Total	100
Antall med samarbeid	14 642
Ikke informasjon	2 582

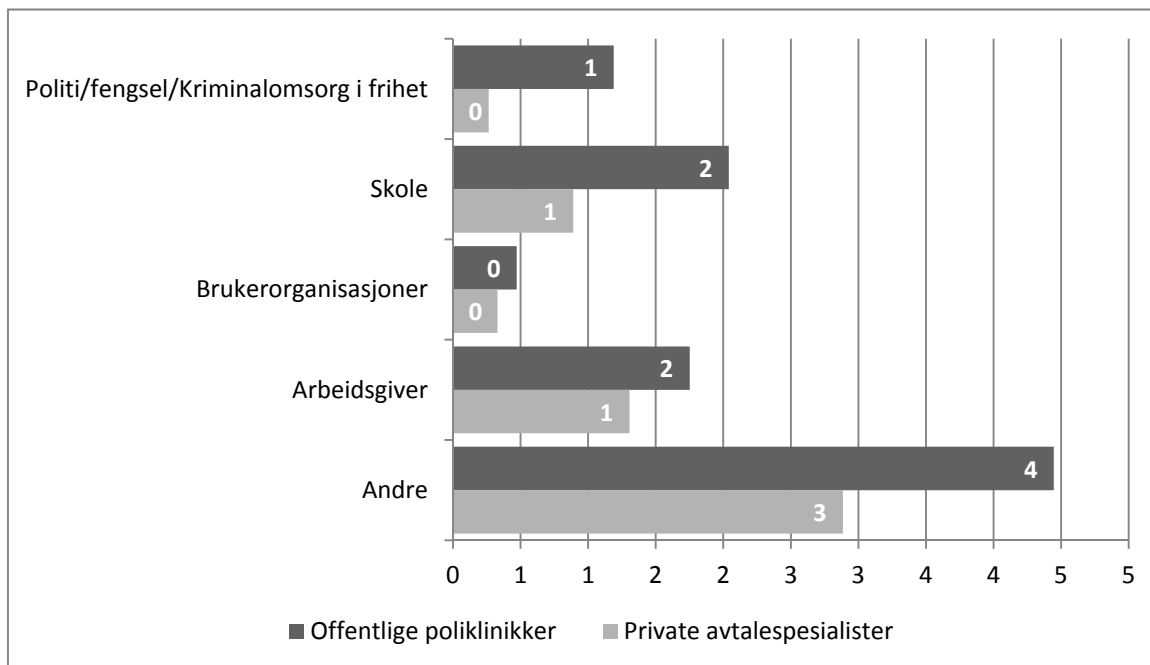
Vi har også spurt behandler om de mener aktørene i bostedskommunen kjenner til tilbudet pasienten får i spesialisthelsetjenesten. Fordelingen er relativt lik som de forrige spørsmålene, og det er stor grad av korrelasjon i svarene. Men vi ser at det er mange som ikke har svart på spørsmålet, og det skyldes sannsynligvis at de ikke vet hvorvidt de kjenner til hverandres tilbud fordi det ikke samarbeides om pasienten.

Tabell 12.3 Andel av pasientene der behandler vurderer hvorvidt bostedskommunen kjenner til tilbudet pasienten får i spesialisthelsetjenesten. Pasientkartleggingen 2013.

	Andel
Svært godt	24
Ganske godt	39
Godt	28
Ganske dårlig	6
Svært dårlig	2
Total	100
Antall med samarbeid	14 642
Ikke informasjon	3 770

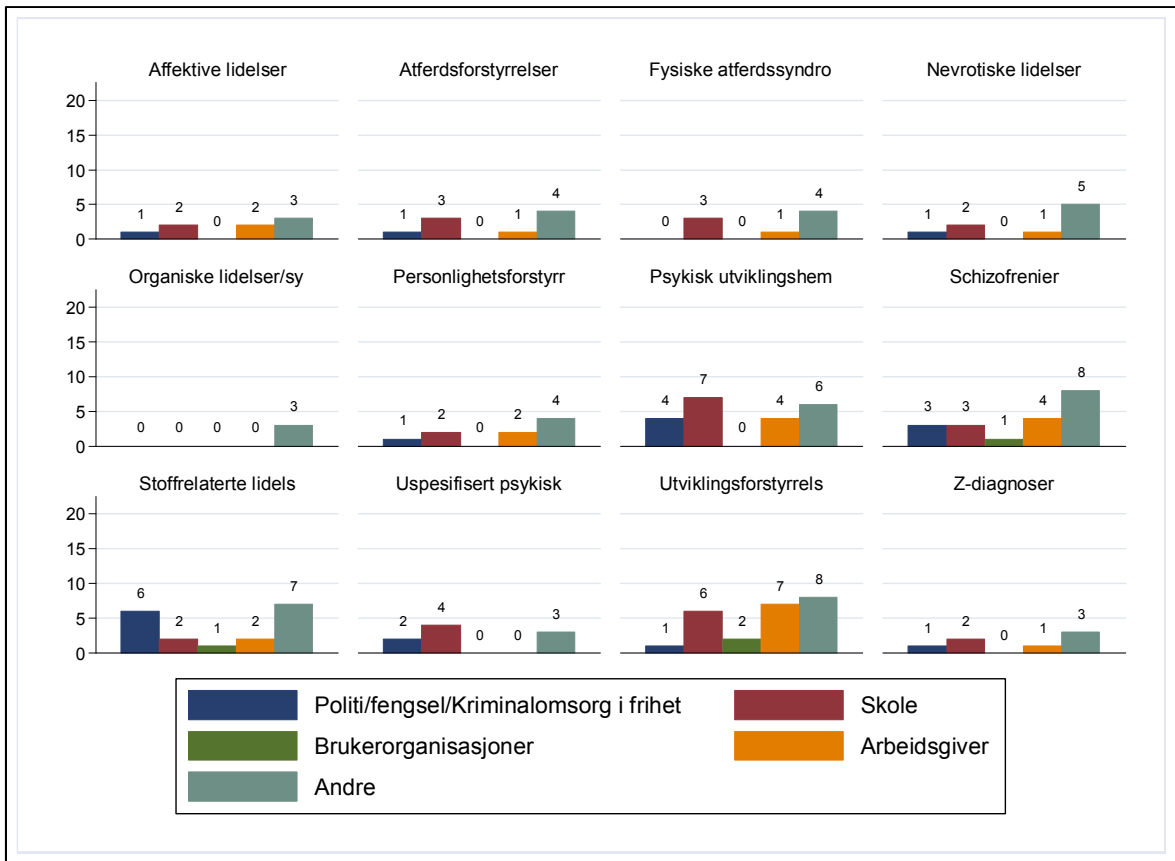
12.4 Samarbeid med andre instanser/aktører

Det samarbeides også med aktører utenfor kommunal sektor, og vi har kartlagt om det samarbeides med politi/fengsel/kriminalomsorg i frihet, skole, brukerorganisasjoner, arbeidsgiver eller "andre". Som vist i figur 12.8 gjelder dette få pasienter.

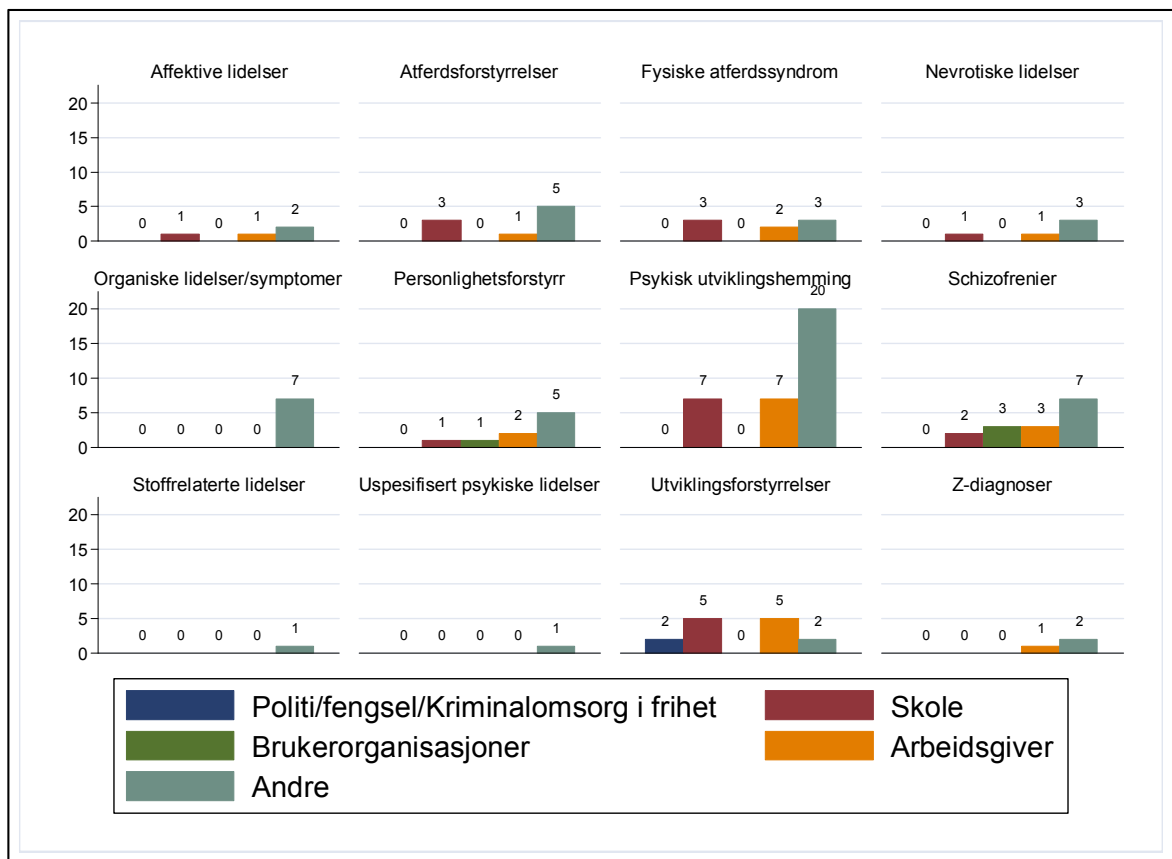


Figur 12.8 Andel av pasientene det er etablert samarbeid om med andre aktører.

Det er etablert samarbeid med skoler for to prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for én prosent hos private avtalespesialister og for like mange med arbeidsgiver. Det er etablert samarbeid med politi, fengsel eller kriminalomsorg for én prosent av pasientene i offentlige poliklinikker men for færre enn én prosent av pasientene i privat avtalepraksis.



Figur 12.9 Andel av pasientene det samarbeides om etter diagnose, offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.



Figur 12.10 Andel av pasientene det samarbeides om etter diagnose, privat avtalepraksis. Pasientkartleggingen 2013.

12.5 Oppsummering

Samarbeid om pasientene er kartlagt både i poliklinikkene og i privat avtalepraksis. Vi har kartlagt samarbeid med pårørende, kommunale tjenester, andre spesialisthelsetjenester og andre tjenester.

Kartleggingen viser at det er etablert samarbeid med pårørende for 21 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for 9 prosent av pasientene i privat avtalepraksis. Både offentlige poliklinikker og private avtalespesialister etablerer oftere samarbeid med pårørende om de mest alvorlige psykiske lidelsene. Mens poliklinikkene har etablert samarbeid med pårørende for 44 prosent av pasientene med schizofrenilidelser, gjelder dette 14 prosent av pasientene med nevrotiske lidelser. Noe av det samme mønsteret observeres blant avtalespesialistene, men de har en betydelig lavere andel pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene.

For 82 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker er det ikke etablert samarbeid med andre spesialisthelsetjenester, mens dette gjelder 91 prosent av pasientene hos private avtalespesialister.

Når det gjelder samarbeid med andre spesialisthelsetjenester, finner vi at det i størst grad er etablert samarbeid med psykiatrisk døgnavdeling (for 9 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for to prosent av pasientene i privat avtalepraksis) og med ambulant team (for fem prosent av pasientene i offentlige poliklinikker).

Det er særlig behov for samarbeid med de kommunale tjenestene. For 36 prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for 49 prosent av pasientene hos private avtalespesialister, er det ikke oppgitt samarbeid med noen av de kommunale tjenestene. Fastlegen er den aktøren det i størst grad er etablert samarbeid med, og NAV nest mest.

Sett fra behandlers side i spesialisthelsetjenesten, vurderes samarbeidet å være godt, ganske godt eller svært godt for 93 prosent av pasientene der det er gitt informasjon. Dette betyr at samarbeidet om polikliniske pasienter i psykisk helsevern er relativt uproblematisk for en stor andel av pasientene. Men en viktig faktor her, er at dette kun gjelder pasienter som faktisk får behandling i psykisk helsevern. For dem som har behov for tjenester, men som ikke har fått et tilbud i spesialisthelsetjenesten, etableres det trolig ikke et samarbeid om. Omfanget av udekkede behov for de som ikke mottar tjenester, er ukjent.

Det samarbeides i større grad om pasienter i poliklinikker enn i avtalepraksis for nesten alle diagnosegruppene. Hvorvidt dette skyldes kortere behandlingstid i offentlige poliklinikker enn i privat avtalepraksis og at dette gjør at poliklinikken derfor trekker inn flere aktører, eller om det skyldes at pasientene er sykere i poliklinikkene og det samarbeides derfor mer, er vanskelig å si noe om.

13 Tjenester mottatt siste år

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

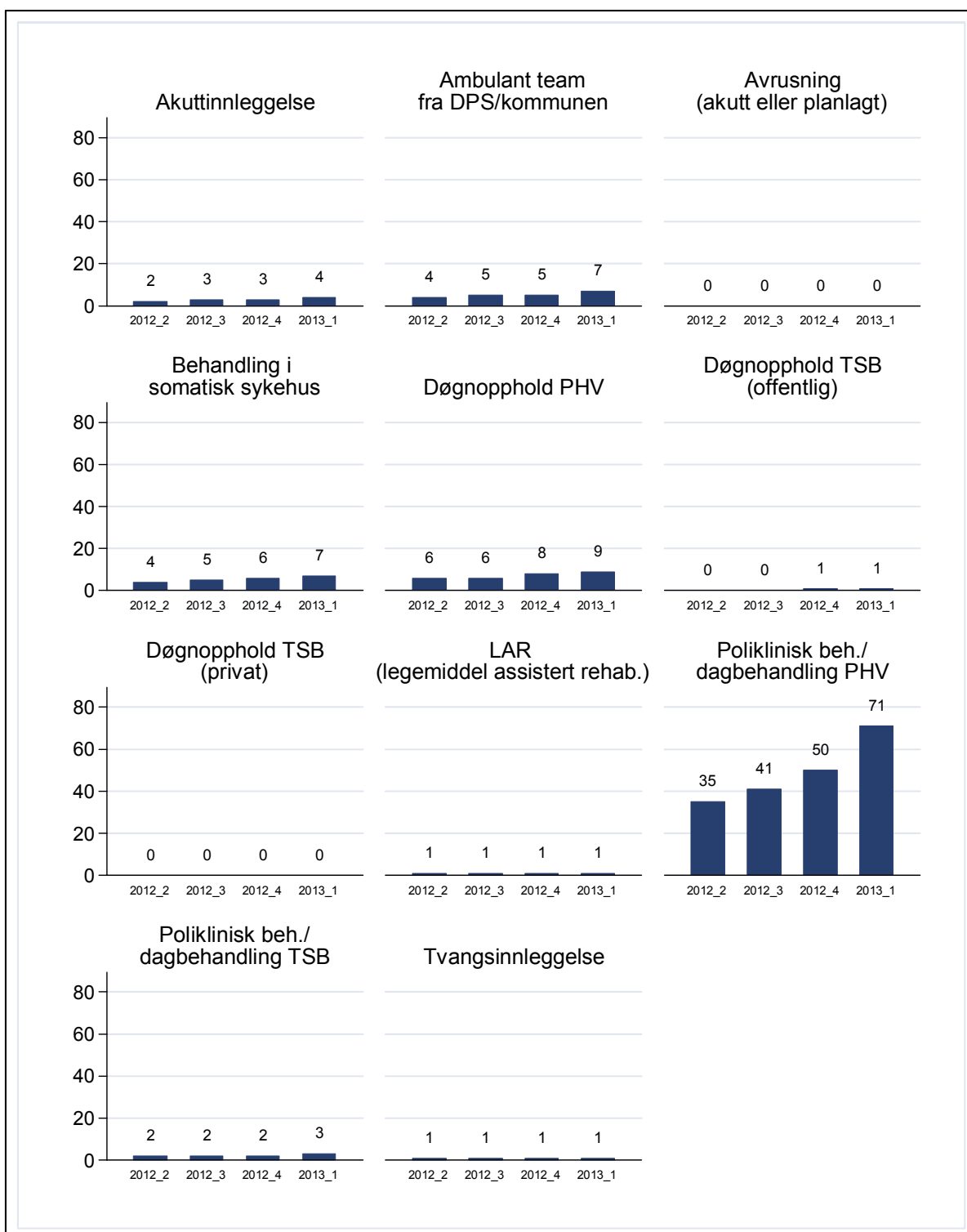
I dette kapittelet inngår både pasienter ved poliklinikkene og i privat avtalepraksis.

Totalt er det ni prosent av de kartlagte pasientene i offentlige poliklinikker som ikke har hatt kontakt med noen andre tjenester og tilbud foregående år. 17 prosent har ikke mottatt noen spesialisthelsetjenester, mens 30 prosent ikke har hatt kontakt med fastlegen eller andre i de kommunale tjenestene (primærhelsetjenester). 84 prosent har ikke hatt kontakt med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, som tannhelsetjenester og tilbud organisert av brukerorganisasjonene.

Av pasientene i privat avtalepraksis, er det 30 prosent som ikke har hatt kontakt med noen andre tjenester enn den private avtalespesialisten siste år. 75 prosent har ikke hatt kontakt med spesialisttjenester og 10 prosent har ikke vært i kontakt med primærhelsetjenesten. 82 prosent har ikke har vært i kontakt med andre tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

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

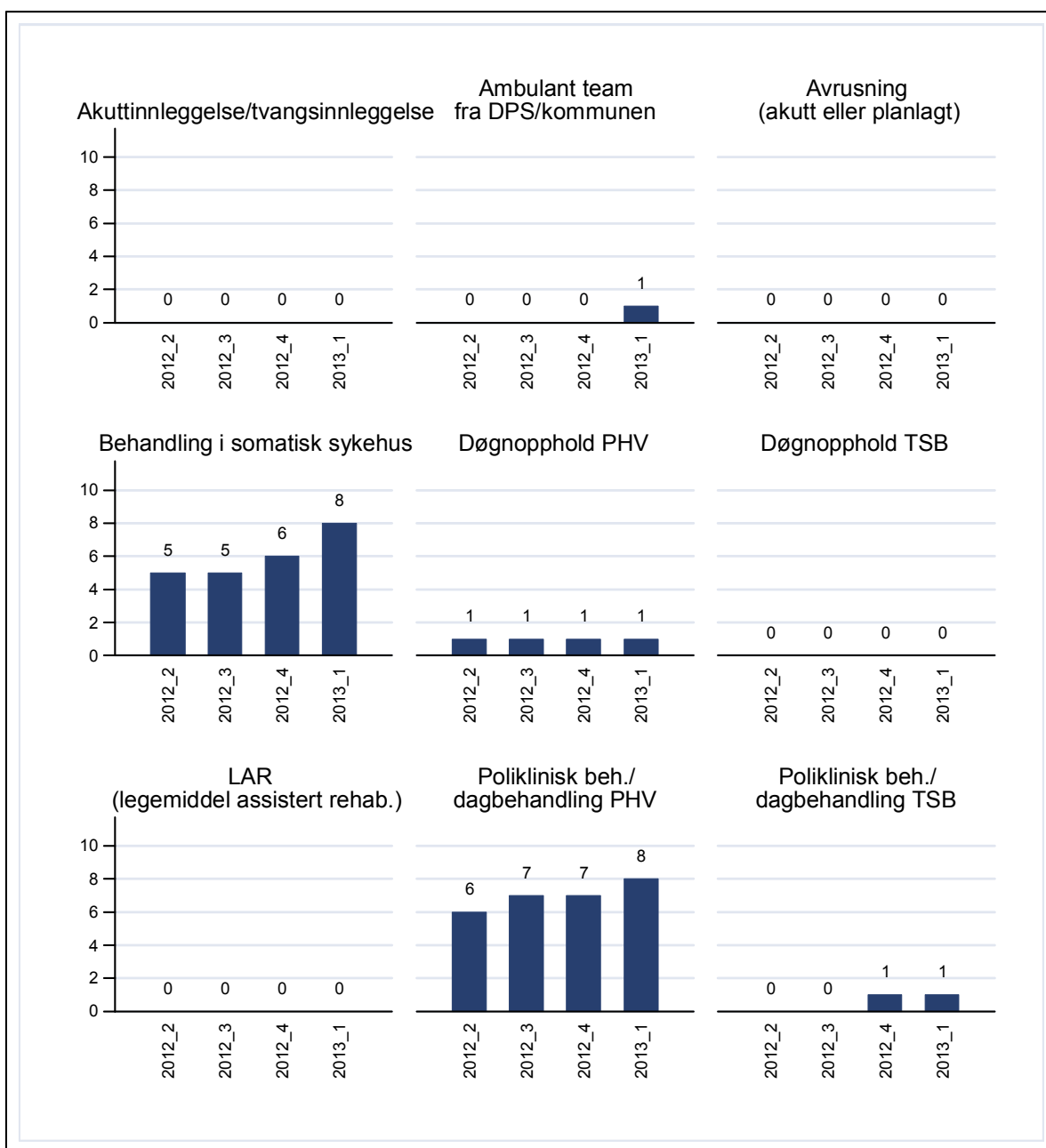
13.1 Spesialisthelsetjenester



Figur 13.1 Andel av pasientene med spesialisthelsetjenestetilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

Fire prosent av pasientene i offentlige poliklinikker hadde akuttinnleggelser i kvartalet før kartleggingstidspunktet (dvs første kvartal 2013), mens 2-3 prosent hadde det i de tre forutgående kvartalene. 7 prosent av pasientene hadde kontakt med ambulant team fra DPS/kommunen kvartalet før kartleggingen, mens like mange hadde vært i behandling i somatiske sykehus. Ni

prosent av pasientene hadde hatt døgnopphold kvartalet før kartleggingen, mens 71 prosent av de polikliniske pasientene også fikk poliklinisk behandling kvartalet før kartleggingen.

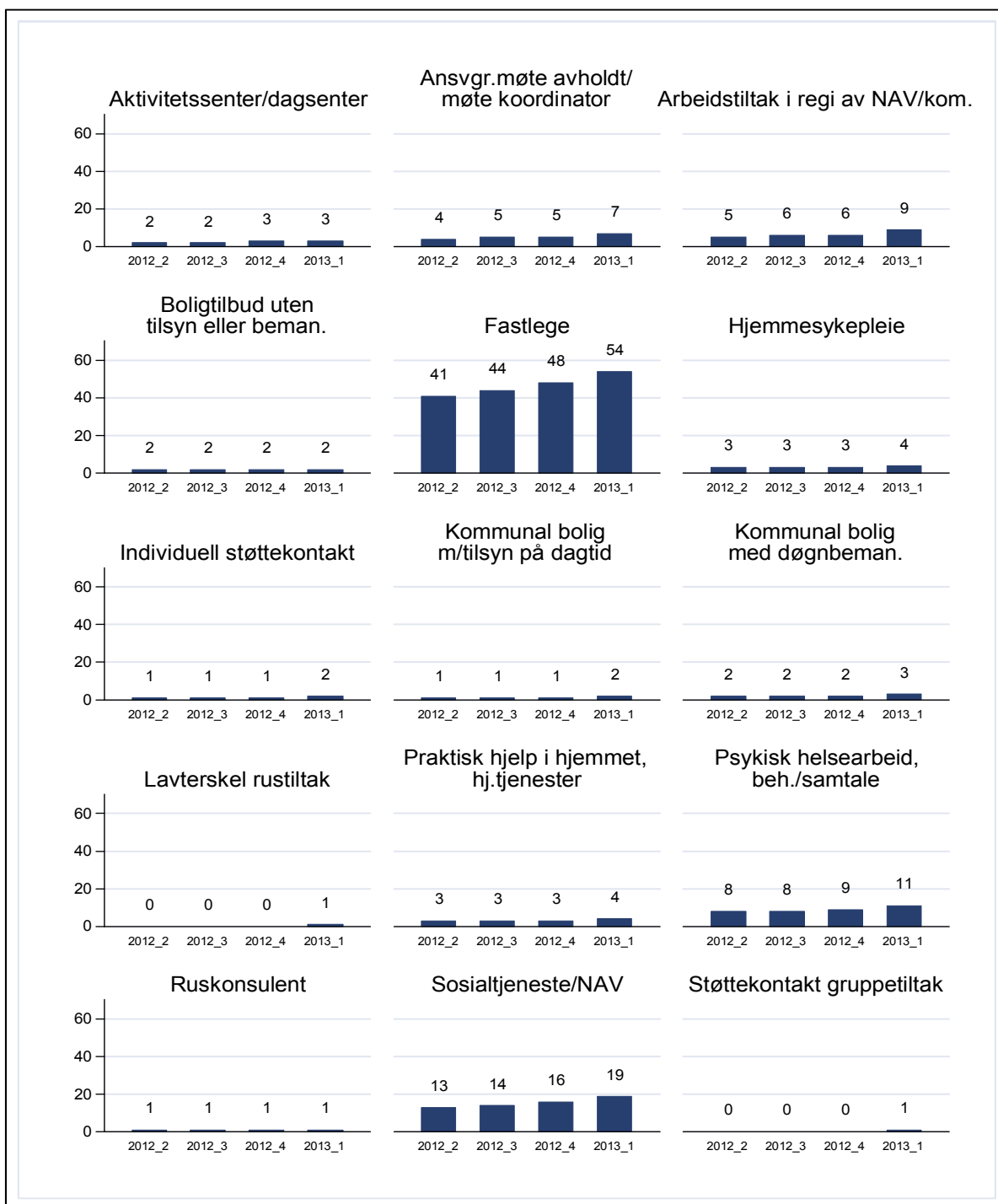


Figur 13.2 Andel av pasientene med spesialisthelsetjenestetilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

Blant pasientene i privat avtalepraksis var det åtte prosent som kvartalet før kartleggingen fikk poliklinisk behandling i psykisk helsevern, mens like mange fikk behandling i somatiske sykehus. Én prosent fikk tjenester fra ambulant team fra DPS/kommunen og like mange hadde hatt døgnopphold i psykisk helsevern. Det er altså flere av de polikliniske pasientene som har hatt døgnopphold i PHV enn blant pasientene i avtalepraksis.

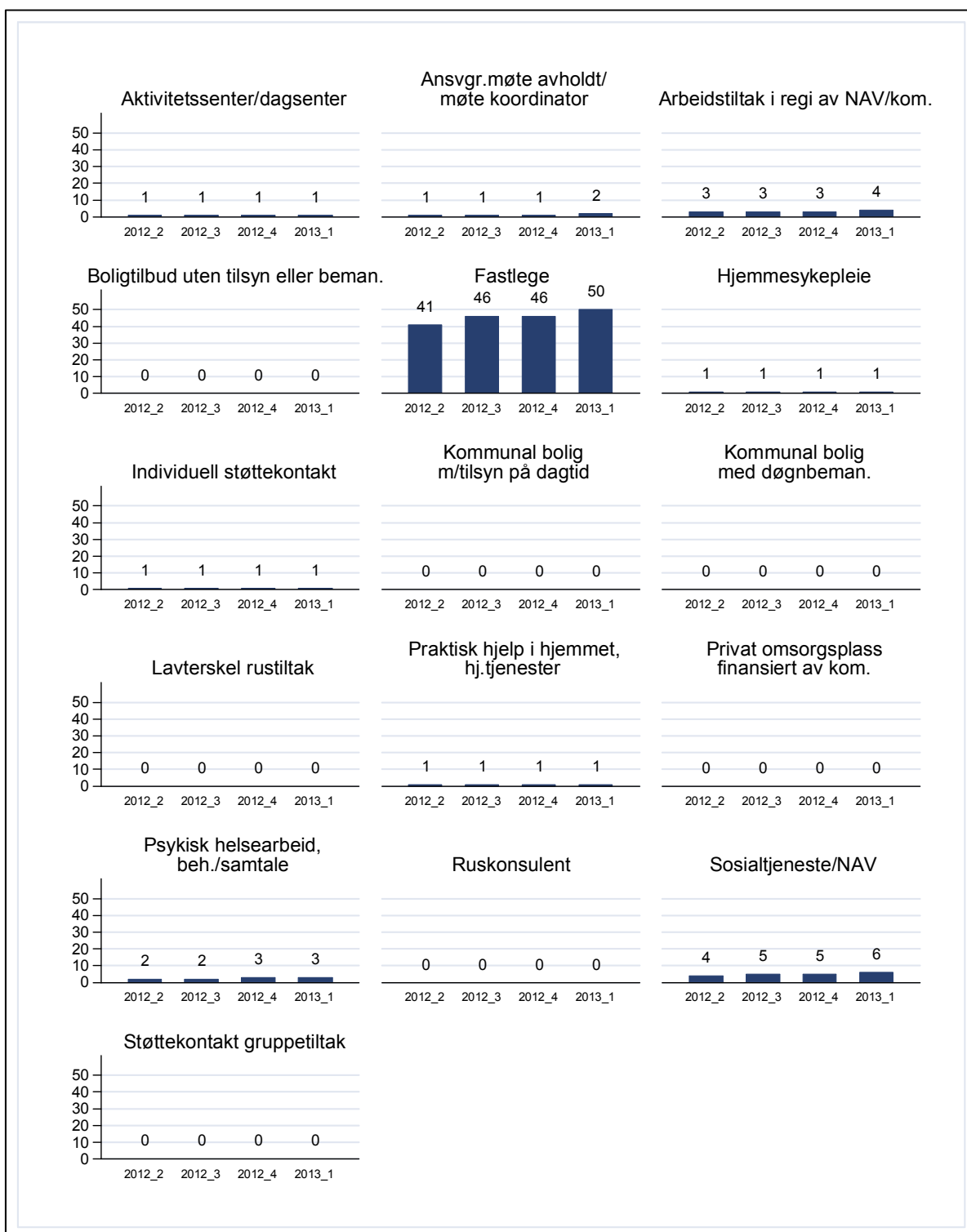
13.2 Kommunale tjenester

De fleste pasientene i offentlige poliklinikker var i kontakt med fastlegene kvartalet før kartleggingen (54 prosent), mens 19 prosent hadde kontakt med sosialtjenesten/NAV. 11 prosent hadde kontakt med psykisk helsearbeid kvartalet før kartleggingen og ni prosent hadde arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen. For syv prosent av pasientene ble det avholdt ansvarsgruppemøte i kvartalet før kartleggingen.



Figur 13.3 Andel av pasientene med kommunalt tilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

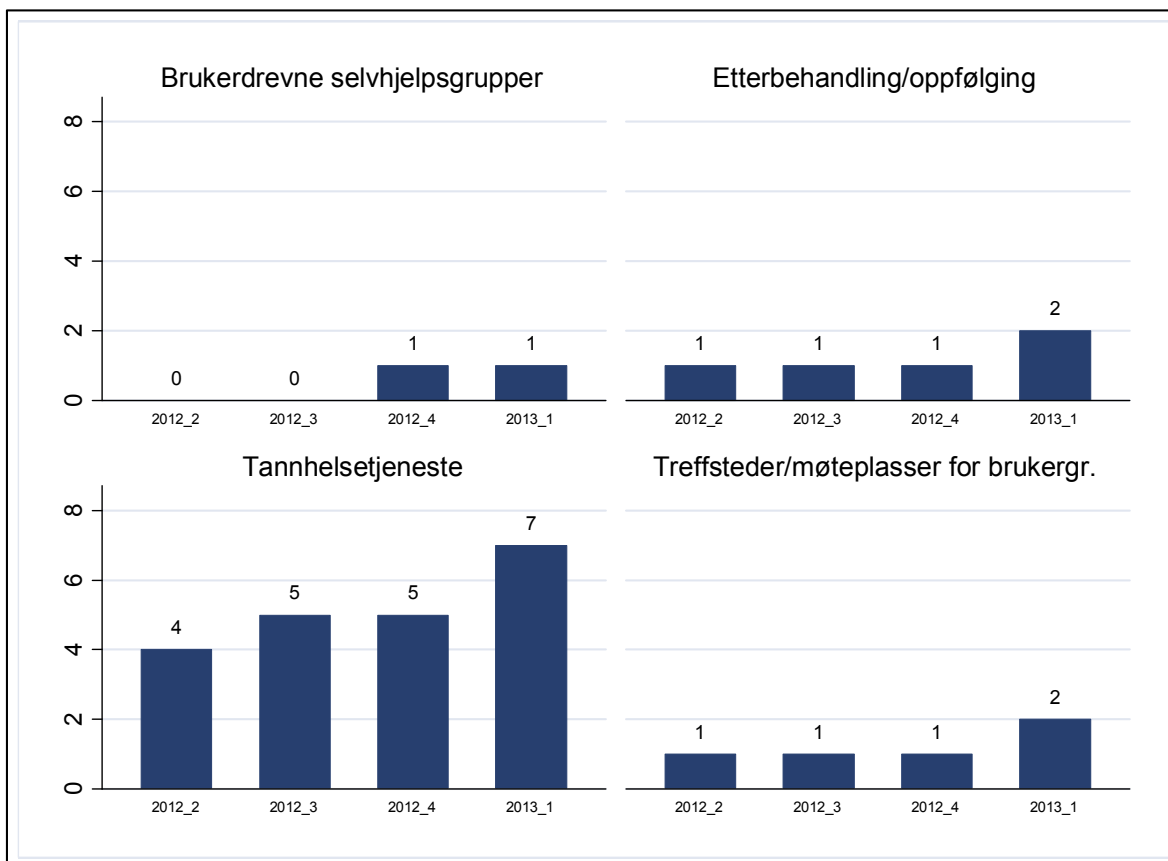
Blant pasientene i privat avtalepraksis hadde halvparten hatt kontakt med fastlegen i løpet av kvartalet før kartleggingen. Seks prosent hadde hatt kontakt med sosialtjenesten/NAV, mens fire prosent hadde fått arbeidstiltak i regi av NAV. Tre prosent av pasientene hos avtalespesialistene hadde fått behandling/samtale av kommunalt psykisk helsearbeid.



Figur 13.4 Andel av pasientene med kommunalt tilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

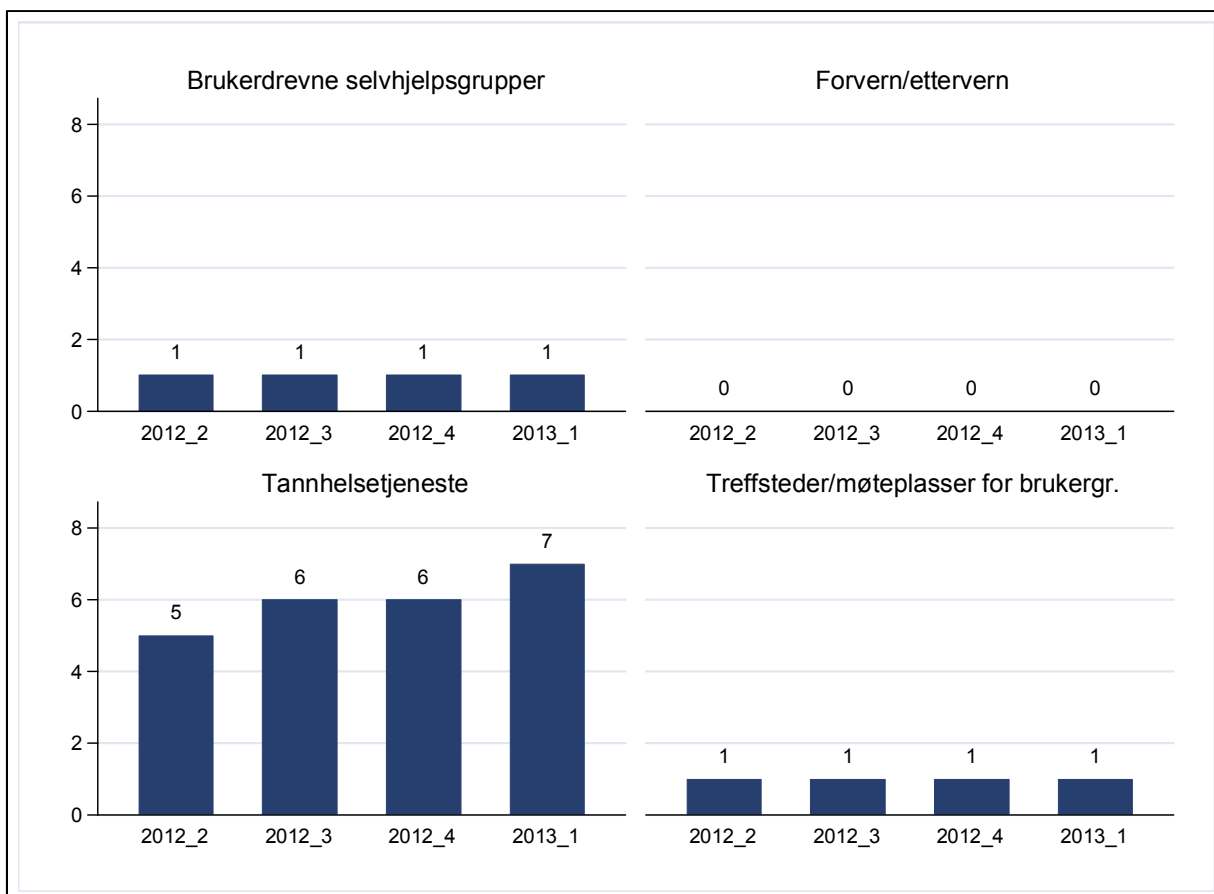
13.3 Andre tjenester

Det er relativt få av pasientene i offentlige poliklinikker som får andre tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Syv prosent hadde kvartalet før kartleggingen fått tannhelsetjenestebehandling, mens to prosent hadde vært på treffsteder/møteplasser for brukergruppen, og én prosent hadde vært i kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper.



Figur 13.5 Andel av pasientene med annet tilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Offentlige poliklinikker. Pasientkartleggingen 2013.

Blant pasientene i privat avtalepraksis er det like stor andel av pasientene som i offentlige poliklinikker som har fått tannbehandling kvartalet før kartleggingen (7 prosent). Én prosent av pasientene i avtalepraksis har vært i kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper eller brukt treffsteder/møteplasser for brukergruppen.



Figur 13.6 Andel av pasientene med annet tilbud i kvartalene før kartleggingen april 2013. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

13.4 Oppsummering

Totalt har ni prosent av de kartlagte pasientene i offentlige poliklinikker ikke hatt kontakt med noen andre tjenester og tilbud foregående år. 17 prosent har ikke mottatt noen spesialisthelsetjenester, mens 30 prosent ikke har hatt kontakt med fastlegen eller andre i de kommunale tjenestene (primærhelsetjenester). 84 prosent har ikke hatt kontakt med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, som tannhelsetjenester og tilbud organisert av brukerorganisasjonene i løpet av året.

Av pasientene i privat avtalepraksis, er det 30 prosent som ikke har hatt kontakt med noen andre tjenester enn den private avtalespesialisten siste år. 75 prosent har ikke hatt kontakt med andre spesialisttjenester og 10 prosent har ikke vært i kontakt med primærhelsetjenesten. 82 prosent ikke har vært i kontakt med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Fire prosent av pasientene i offentlige poliklinikker hadde akuttinnleggelser i kvartalet før kartleggingstidspunktet (dvs første kvartal 2013), mens 2-3 prosent hadde det i de tre forutgående kvartalene. Syv prosent av pasientene hadde kontakt med ambulant team fra DPS/kommunen kvartalet før kartleggingen, mens like mange hadde vært i behandling i somatiske sykehus. Ni prosent av pasientene hadde hatt døgnopphold kvartalet før kartleggingen, mens 71 prosent av de polikliniske pasientene også fikk poliklinisk behandling kvartalet før kartleggingen.

Blant pasientene i privat avtalepraksis var det 8 prosent som kvartalet før fikk poliklinisk behandling i psykisk helsevern, mens like mange fikk behandling i somatiske sykehus. Én prosent fikk tjenester fra ambulant team fra DPS/kommunen.

Fastlegen er den viktigste aktøren utenfor spesialisthelsetjenesten for flest pasienter, vurdert ut i fra hvem flest hadde kontakt med kvartalet før kartleggingen (54 prosent av pasientene i poliklinikkene og 50 prosent av pasientene i privat avtalepraksis). 11 og 6 prosent i hhv poliklinikker og i avtalepraksis hadde hatt kontakt med NAV/sosialtjenesten, mens hhv ni og fire prosent hadde hatt arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen. Det ble avholdt ansvarsgruppemøte for syv prosent av pasientene i offentlige poliklinikker og for to prosent av pasientene i privat avtalepraksis kvartalet før kartleggingen.

Blant pasientene i offentlige poliklinikker hadde 11 prosent av pasientene hatt kontakt med psykisk helsearbeid kvartalet før kartleggingen, mens dette gjaldt tre prosent av pasientene i privat avtalepraksis.

Det er få av pasientene i offentlige poliklinikker og i avtalepraksis som hadde mottatt tiltak fra tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Syv prosent hadde kvartalet før kartleggingen fått tannhelsetjenestebehandling, mens 1-2 prosent hadde vært på treffsteder/møteplasser for brukergruppen, og én prosent hadde vært i kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper.

14 Dekkede og udekkede behov blant pasienter i offentlige poliklinikker

Hvorvidt personer med psykiske lidelser har udekkede behov for tjenester er et viktig tema. I dette kapittelet ser vi på hvilke tilbud pasientene i offentlige poliklinikker har behov for, om pasienten har tilbudet og om ikke – hva er årsaken. Dette er ikke kartlagt i privat avtalepraksis. Kapittelet gir en deskriptiv beskrivelse av funnene og grafisk i formen.¹²

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

Figur 14.1 på neste side viser at det er relativt få av de polikliniske pasientene i psykisk helsevern som har behov for andre spesialisthelsetjenester enn den polikliniske behandlingen de allerede mottar. 71 prosent av pasientene har behov for videre poliklinisk behandling. Fire prosent av pasientene har behov for døgnopphold ved en sykehusavdeling innen psykisk helsevern, og fire prosent har behov for et døgnopphold ved DPS. Det er i noen tilfeller krysset av for både sykehus og DPS, og vi beregner at det er syv prosent av de polikliniske pasientene som har behov for døgnopphold i psykisk helsevern.

Det er relativt mange pasienter som har behov for kommunale tjenester. 19 prosent har behov for bistand fra sosialtjenestene i kommunene/NAV, mens 17 prosent har behov for behandling/samtale med det kommunale psykiske helsearbeidet. Det er krysset av for behov for arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen for 16 prosent av pasientene, mens åtte prosent vurderes å ha behov for tilbud ved aktivitetssenter/dagsenter. Ni prosent har behov for at det avholdes ansvarsgruppemøte, mens fem prosent har behov for individuell støttekontakt.

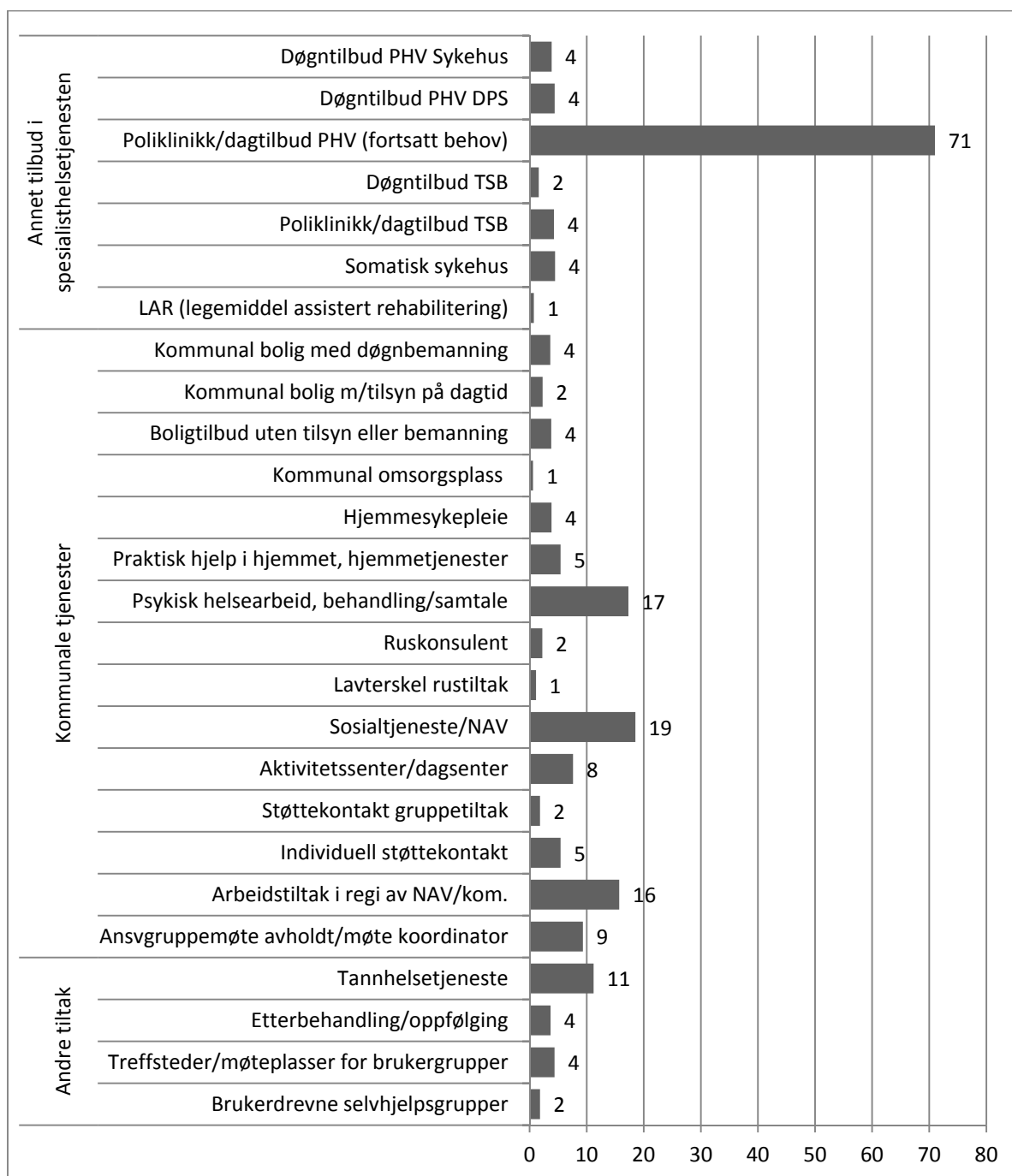
Når det gjelder andre tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunene, er det 11 prosent av pasientene som har behov for tannbehandling. Fire prosent har behov for tilgang til treffsteder/møteplasser for folk som sliter med det samme som dem og halvparten av disse har også behov for kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper.

Hver tredje pasient vurderes kun å ha behov for poliklinisk behandling og ingen andre tjenester. For 15 prosent av pasientene er det ikke krysset av for behov for noen tjenester, heller ikke poliklinisk

¹² Skjemaet er for de fleste spørsmålene utformet slik at det krysses av for "ja" og settes ingen kryss for "nei". Dersom det for eksempel ikke er satt kryss for "Har behov for", behandles dette som at pasienten ikke har behov for tilbudet. Det er dermed ikke noen manglende observasjoner eller missing på dette spørsmålet.

behandling. Dette antas å være pasienter som anses som ferdigbehandlet og som klarer seg uten oppfølging fra andre.

14.1 Andel med behov

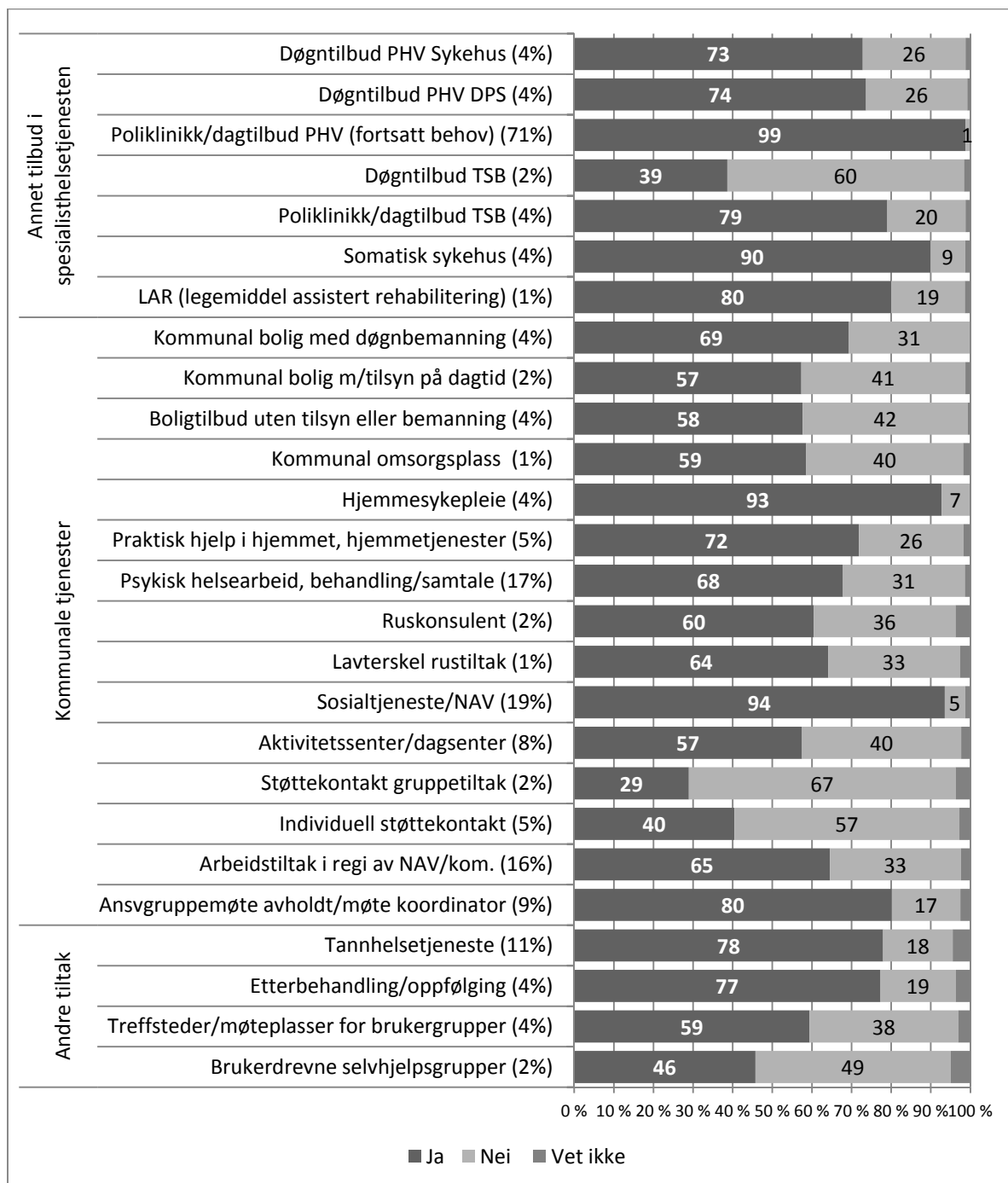


Figur 14.1 Andel av de polikliniske pasientene med behov for tjenester. Pasientkartleggingen 2013.

14.2 Gitt at de har behov, har pasienten tilbudet?

Figur 14.2 viser andel som har tilbud og som ikke har tilbud blant pasienter med behov for tilbud. For å se det i sammenheng med forrige figur, ligger andel med behov i parentes etter navnet på tilbudet.

Generelt er det svært få som svarer at de ikke vet om de har tilbud eller ikke. "Nei" uttrykker manglende behovsdekning.



Figur 14.2 Gitt at de har behov, har pasienten dette tilbudet? Andel pasienter av de med behov (andel med behov for tjenesten i parentes for hvert tjenestetilbud). Pasientkartleggingen 2013.

Av pasientene som har behov for sosialtjeneste/NAV, er det 94 prosent som får denne tjenesten, mens det er færre av de med behov som får behandling/samtale med kommunalt psykisk helsearbeid (68 prosent). Her er det betydelige udekkede behov, og nesten hver tredje polikliniske pasient med behov har udekkede behov for tjenesten. Omtrent det samme bildet gjelder arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen. Dette var de tjenestene flest pasienter hadde behov for (jf figur 14.1) og utgjør derfor et stort antall pasienter. Lavest behovsdekning finner vi for støttekontakt. To av tre pasienter med behov for støttekontakt som gruppetiltak og 57 prosent av dem med behov for støttekontakt, får ikke tjenesten. Ellers er det lav dekning på kommunale boligtiltak, men det er relativt få av de polikliniske pasientene som har behov for dette (2-4 prosent).

Når vi ser på de fire prosentene av pasientene i poliklinikkene som har behov for et døgntilbud i psykisk helsevern, ser vi at hver fjerde av disse er uten tilbud. Disse kan sannsynligvis vurderes som feilplassert, med et for lavt nivå på tilbudet (får poliklinisk behandling), men har behov for døgntilbud i PHV. Vi beregner at dette utgjør rundt en prosent av alle pasientene, se figur 14.3.

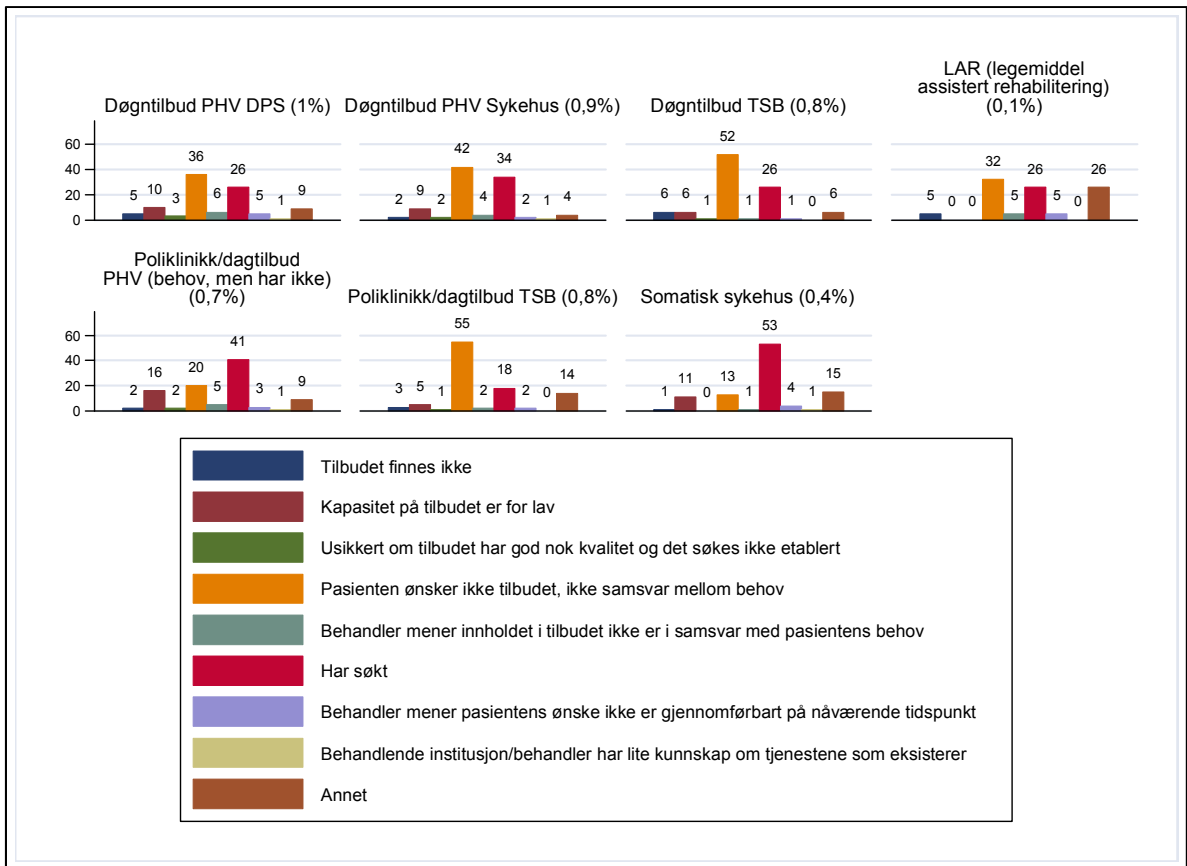
14.3 Om ikke tilbud, hvorfor?

Årsaken til at pasienten ikke har tilbud er kartlagt gjennom avkrysning av forhåndsdefinerte kategorier. Tallene i parentes i overskriftene til hver delfigur, viser andel av alle pasientene som har udekte behov. Dette er basert på tallene i figur 14.1 og 14.2.

14.3.1 Spesialisthelsetjenester

Det er en svært lav andel av pasientene som har udekkede behov for spesialisthelsetjenester, mellom null og én prosent for alle spesialisthelsetjenestene. Det er mange polikliniske pasienter, slik at totalt utgjør dette likevel noen hundre pasienter. Det er om lag 130 000 polikliniske pasienter i året. Om én prosent av dem har udekkede behov for en tjeneste, utgjør dette 1 300 personer.

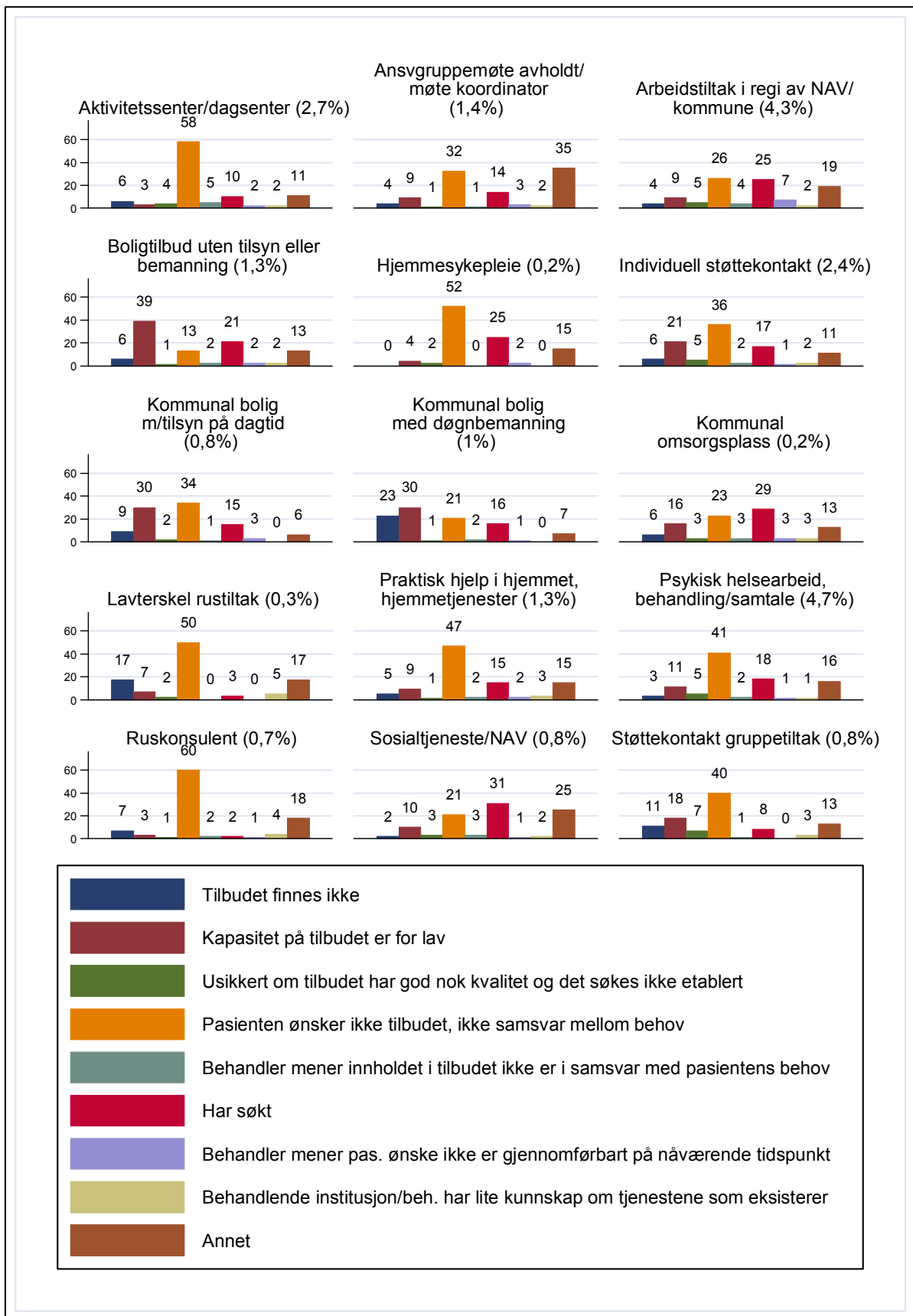
Figur 14.3 viser at den oransje søylen i figuren under, går høyt for alle tjenestene. Dette betyr at udekkede behov i størst grad skyldes at pasienten ikke ønsker tilbudet og mener at det ikke er i samsvar med sitt behov. For mange av tjenestene er det søkt om å få tilbud, men pasienten har foreløpig ikke mottatt et tilbud. For noen av dem som ikke vil fortsatt få et poliklinisk tilbud er årsaken at kapasiteten er for lav. Generelt kan vi ut i fra dette si at årsaken til udekte behov for spesialisthelsetjenester blant polikliniske pasienter, stort sett er at pasienten selv ikke ønsker tilbudet.



Figur 14.3 Andel av pasienter som ikke har spesialisthelsetjenestetilbud etter årsak. Pasientkartleggingen 2013.

14.3.2 Kommunale tjenester

Det er også en relativ lav andel polikliniske pasienter som har udekte behov for kommunale tjenester. Om fire prosent av pasientene mangler en tjeneste og det er omtrent 130 000 pasienter i året, betyr dette at 5 200 personer med psykiske lidelser står uten tilbudet.



Figur 14.4 Andel av pasienter som ikke har kommunalt tilbud etter årsak. Pasientkartleggingen 2013.

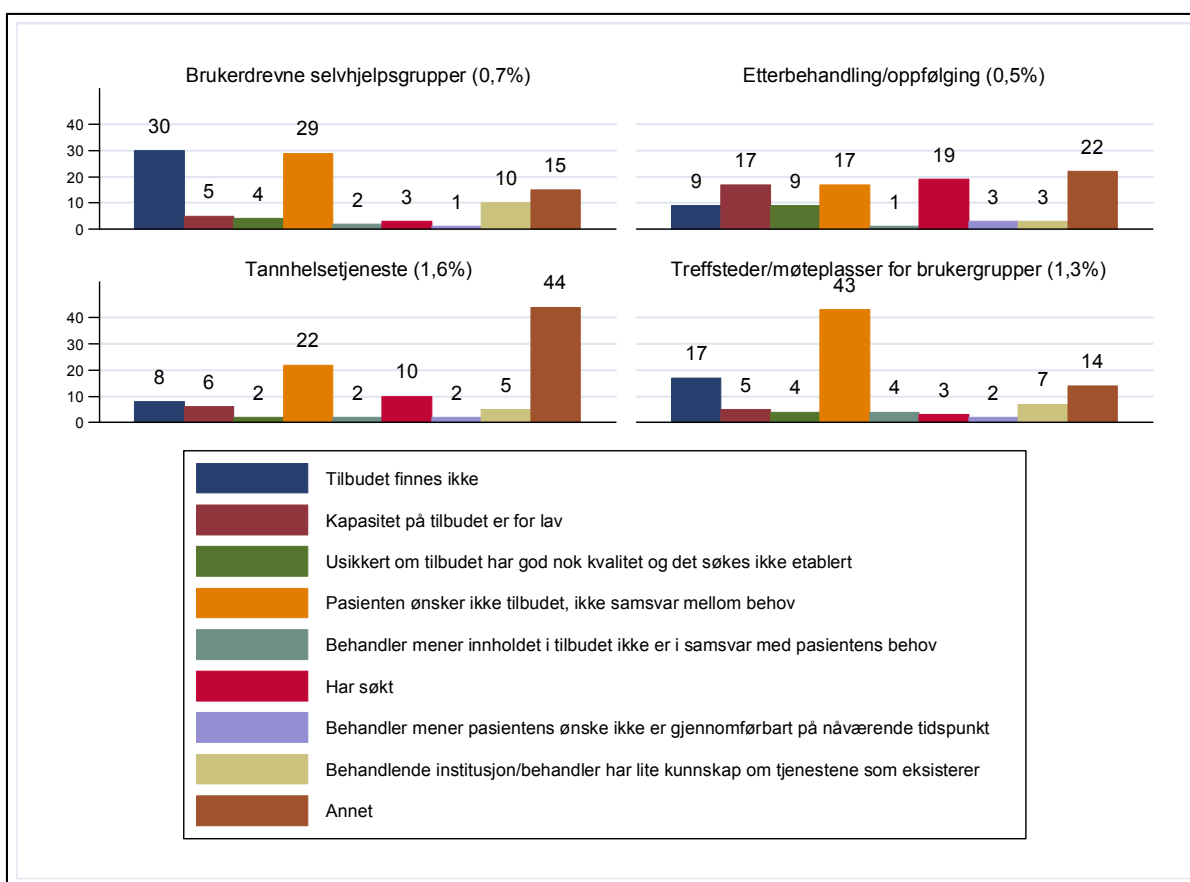
Fra figuren ser vi at det som for spesialisthelsetjenestene er to årsaker som dominerer som årsak til udekte behov. At pasienten ikke ønsker tilbudet eller at det er søkt om å få tilbudet, men det er foreløpig ikke etablert. At pasienten ikke ønsker tilbudet er hovedårsaken til manglende tilbud både når det gjelder aktivitetssenter/dagsenter tilbud, hjemmesykepleie, støttekontakt, lavterskel rustiltak, ruskonsulent og hjemmetjenester. Dette kan tyde på at tjenestene ikke er godt nok tilpasset disse pasientenes behov.

For boligtilbud uten tilsyn eller bemanning, er hovedårsaken til udekkede behov at kapasiteten på tilbudet er for lavt. For kommunal bolig med døgnbemanning, er årsaken til udekkede behov både at kapasiteten på tilbudet er for lavt, men også ofte at tilbudet ikke finnes i pasientens hjemkommune.

14.3.3 Andre tjenester

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

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



Figur 14.5 Andel av pasienter som ikke har tilbud etter årsak. Pasientkartleggingen 2013.

14.4 Oppsummering

Det er relativt få av de polikliniske pasientene i psykisk helsevern som har behov for andre spesialisthelsetjenester enn poliklinisk behandling. 71 prosent av pasientene har fortsatt behov for poliklinisk behandling og 99 prosent av disse vil få det. Det er sannsynligvis slik at når en først har startet et behandlingstilbud i offentlige poliklinikker, er det få som får avsluttet behandlingen dersom det er behov for videre behandling.

Syv prosent av de polikliniske pasientene har behov for døgnopphold i psykisk helsevern (sykehus eller DPS). Hver fjerde av disse er uten tilbud. To prosent har behov for et døgntilbud i TSB og 60 prosent av disse har ikke tilbudet. Disse kan sannsynligvis vurderes som feilplassert, med et for lavt nivå på tilbudet (får poliklinisk behandling), men har behov for døgnbehandling i PHV. Vi beregner at dette samlet utgjør under to prosent av pasientene.

Mange polikliniske pasienter har behov for kommunale tjenester. 19 prosent har behov for bistand fra sosialtjenestene i kommunene/NAV, mens 17 prosent har behov for behandling/samtale med det kommunale psykiske helsearbeidet. Det er vurdert å være behov for arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen for 16 prosent av pasientene, mens åtte prosent vurderes å ha behov for tilbud ved aktivitetssenter/dagsenter. Ni prosent har behov for at det avholdes ansvarsgruppemøte, mens fem prosent har behov for individuell støttekontakt.

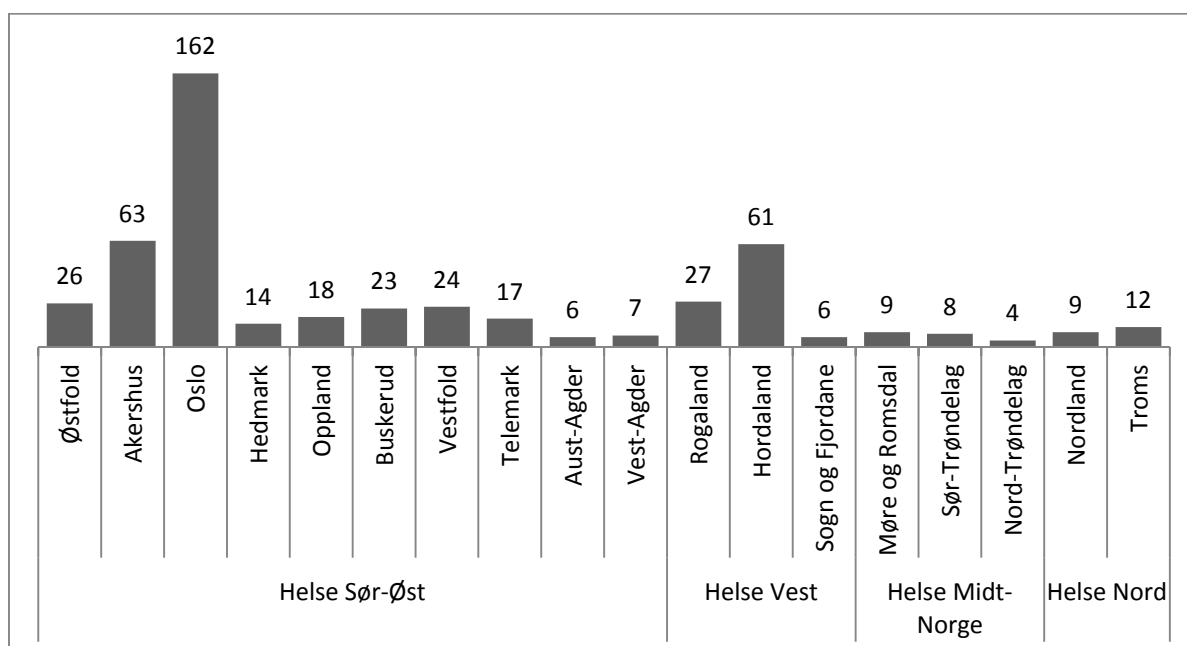
Av pasientene som har behov for sosialtjeneste/NAV, er det 94 prosent som får denne tjenesten, mens det er færre av pasientene med behov som får behandling/samtale med kommunalt psykisk helsearbeid (68 prosent). Her er det betydelige udekkede behov, og nesten hver tredje polikliniske pasient med behov, har udekkede behov for tjenesten. Når det gjelder arbeidstiltak i regi av NAV eller kommunen er hver tredje poliklinisk pasient med behov uten tilbud og har et udekket behov. Dette var de tjenestene flest pasienter hadde behov for og utgjør derfor et stort antall pasienter. Lavest behovsdekning finner vi for støttekontakt. To av tre pasienter med behov for støttekontakt som gruppetiltak og 57 prosent av dem med behov for støttekontakt, får ikke tjenesten. Ellers er det lav dekning på kommunale boligtiltak, men det er relativt få av de polikliniske pasientene som har behov for dette. For de fire prosentene som har behov for kommunal bolig med døgnbemanning, er det 31 prosent som ikke har tilbud. Dette kan også være feilplasserte pasienter, og vi beregner at dette gjelder én prosent av alle pasientene. I tillegg til de som burde hatt døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten (litt under to prosent), finner vi dermed at omtrent tre prosent av pasientene er feilplassert ved at de har et poliklinisk tilbud, men burde hatt et døgntilbud.

Når det gjelder andre tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunene, er det 11 prosent av pasientene som har behov for tannbehandling. Omtrent hver femte av disse (om lag to prosent av alle pasienter) har ikke tilbudet, og årsaken er oppgitt under "annet". Dette kan for eksempel være manglende økonomiske muligheter. Fire prosent har behov for tilgang til treffsteder/møteplasser for folk som sliter med det samme som dem og halvparten av disse har også behov for kontakt med brukerdrevne selvhjelpsgrupper. Her er det udekkede behov, og årsaken er ofte at pasienten ikke selv ønsker tilbudet, men også at tilbudet ikke finnes i nærheten av pasientens bosted.

15 Private avtalespesialister

Avtalespesialistene har fylt ut et eget skjema, se kapittel 2. I dette kapittelet ser vi på resultatet av denne delen av kartleggingen. Temaene inkluderer fagutdanning og spesialitet, pågang av nye pasienter, hvem de samarbeider med, omløp av pasienter, antall pasienter og ventelister. Til slutt i kapittelet ser vi på hvilke utfordringer de private avtalespesialistene opplever i sin praksis. Svarene fra avtalespesialistene er både kvalitative og kvantitative, og kapittelet skiller seg derfor ut fra de øvrige med at vi har brukt mange sitater.

496 avtalespesialister har fylt ut skjemaet. I 2013 var det totalt 754 driftshjemler¹³ og vi har dermed svar fra 66 prosent av alle private avtalespesialister innen psykisk helsevern. Som vist i kapittel 2.7, er 76 prosent av alle pasientene kartlagt blant psykiaterne, mens andelen var 62 prosent hos psykologene.



Figur 15.1 Antall private avtalespesialister som har levert skjema fordelt på fylker, N=496. Pasientkartleggingen 2013.

Kvinner utgjør 48 prosent av spesialistene i utvalget. Svært få av de avtalespesialistene som har svart, er under 40 år (mindre enn én prosent), mens ni prosent er i aldersgruppen 40-49 år. 39 prosent er i alderen 50-59 år, mens 51 prosent er 60 år og eldre.

¹³ Aktivitetsdata for avtalespesialister 2013. Norsk pasientregister, Rapport IS-2189. Antall driftshjemler har gått ned fra 827 i 2008 til 754 i 2013. Men tallet på avtalte årsværk har ikke gått ned, noe som tyder på at størrelsen på hjemlene har økt.

15.1 Kompetanse, driftstilskudd og bistillinger

Tabell 15.1 viser at 36 prosent av avtalespesialistene i utvalget er spesialist i psykiatri eller psykiater, mens 64 prosent er spesialist i klinisk psykologi eller psykolog. Mens 40 prosent av de mannlige spesialistene er psykiatere, gjelder dette 33 prosent av de kvinnelige spesialistene.

Tabell 15.1 Andel etter fagutdanning og kjønn. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Spesialist i psykiatri/psykiater	Spesialist i klinisk psykologi/psykolog	Totalt	Antall
Mann	40	60	100	243
Kvinne	33	67	100	219
Totalt	36	64	100	462
Ikke oppgitt kjønn (n)	9	17		26
Ikke oppgitt spesialitet (n)				8
Antall spesialister (n)				496

Av psykiaterne er 93 prosent spesialist i psykisk helsevern for voksne, mens andelen blant de kliniske psykologene er 82 prosent, se tabell 15.2. Hhv 10 og 24 prosent av psykiaterne og psykologene er spesialister innen psykisk helsevern for barn og unge, mens hhv 11 og syv prosent har doktorgradskompetanse.

Tabell 15.2 Fagutdanning og spesialist/kompetanse. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Spesialist i psykiatri/psykiater	Spesialist i klinisk psykologi/psykolog	Totalt
Spesialist i psykisk helsevern for voksne (prosent)	93	82	86
Spesialist i psykisk helsevern for barn og unge (prosent)	10	24	19
Doktorgrad (prosent)	11	7	8
Ingen (prosent)	5	8	7
Antall (n)	177	311	488

Dette summerer seg ikke til hundre, fordi mange har ulike kombinasjoner av kompetanse. Den vanligste kombinasjonen er å ha kompetanse både på voksne og på barn/unge, se tabell 15.3. Doktorgradskompetanse er vanligst i kombinasjon med kompetanse på voksne pasienter i utvalget.

Tabell 15.3 Fagutdanning og spesialist/kompetanse. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Fagutdanning (spesialist)		Totalt
	Psykiater	Klinisk psykolog	
Spesialist i psykisk helsevern for voksne (totalt)	164	255	419
Herav (prosent)			
Psykisk helsevern for voksne	80	76	78
Psykisk helsevern for voksne + psykisk helsevern for barn og unge	9	17	14
Psykisk helsevern for voksne + doktorgrad	10	5	7
Psykisk helsevern for voksne + psykisk helsevern for barn og unge + doktorgrad	1	2	1
Totalt	100	100	100
Spesialist i psykisk helsevern for barn og unge (totalt)	17	76	93
Herav (prosent)			
Psykisk helsevern for barn og unge	12	34	30
Psykisk helsevern for barn og unge+Psykisk helsevern for voksne	82	57	61
Psykisk helsevern for barn og unge+Psykisk helsevern for voksne + doktorgrad	6	5	5
Psykisk helsevern for barn og unge+ doktorgrad	0	4	3
Totalt	100	100	100
Doktorgrad	20	21	41
Herav (prosent)			
Doktorgrad	10	5	7
Psykisk helsevern for voksne + doktorgrad	85	62	73
Psykisk helsevern for barn og unge+ doktorgrad	0	14	7
Psykisk helsevern for barn og unge +Psykisk helsevern for voksne + doktorgrad	5	19	12
Totalt	100	100	100

Av utvalget er det 68 prosent som har fullt driftstilskudd, 73 prosent av psykologene og 62 prosent av psykiaterne, se tabell 15.4.

Tabell 15.4 Andel med ulike prosenter av fullt driftstilskudd. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

Prosent av fullt driftstilskudd	Psykiatere	Psykologer	Totalt
20	16	9	12
21-49	5	2	3
50	9	7	8
51-79	3	3	4
80	5	5	5
81-99	0	1	0
100	62	73	68
Totalt	100	100	100
Antall behandlere	177	311	496
Ikke oppgitt (n)	4	3	9

Hver tredje behandler oppgir at de har flere behandlingstimer enn det som dekkes av driftstilskuddet. Dette gjelder 28 prosent av psykiaterne i utvalget og 36 prosent av psykologene (ikke vist i tabell).

Tabell 15.5 viser at 44 prosent av psykiaterne og 67 prosent av psykologene ikke har bistilling/tilleggsstilling i tillegg til avtalepraksisen. For de som har stilling andre steder, er det vanligste å ha en stillingsandel i den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten i tillegg til privatpraksisen. 31 prosent av psykiaterne og 12 prosent av psykologene har dette.

Som vist i nederste rad i tabell 5.5, overstiger andelen 100 prosent og dette skyldes at noen har deltidsstillinger flere steder. Noen har deltidsstilling både ved universitet/høyskole og i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 15.5 Andel avtalespesialister med stillingsandeler andre steder. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

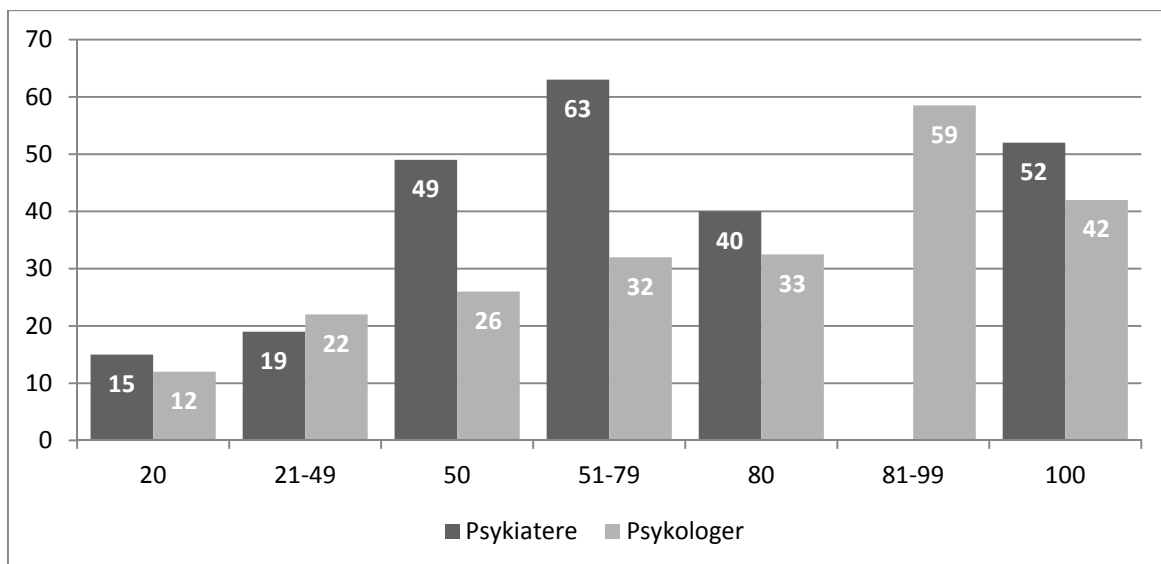
	Psykiatere	Psykologer	Totalt
Ved universitet/høyskole	7	7	7
Ved annet forskningsmiljø	2	1	2
Innen den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten	31	12	19
Innen førstelinjetjenesten (kommunale tjenester)	1	1	1
Annet	21	14	16
Ingen tilleggsstilling	44	67	59
Sum	106	102	103

21 prosent av psykiaterne og 14 prosent av psykologene oppgir "Annet". Her kunne de fylle inn hva dette var, og vi finner at mange har veiledningsoppgaver for ulike helseinstitusjoner, timebasert undervisningsoppdrag, en del er rettsoppnevnte sakkyndige, noen driver konsulenttenester, har barnevernsoppdrag og annen innsats i tillegg til den private praksisen.

15.2 Pasienter og utvikling over tid

Som vist i figur 15.2 er median antall pasienter 52 pasienter blant psykiaterne og 42 blant psykologene som har fullt driftstilskudd, mens median antall pasienter for de med 20 prosent driftstilskudd er 15 pasienter for psykiatere og 12 pasienter for psykologene.

Det er få avtalespesialister som har 51-79 prosent av fullt driftstilskudd, men psykiaterne har generelt flere pasienter enn psykologene, uavhengig av størrelsen på driftstilskuddet.



Figur 15.2 Median antall pasienter etter prosent av fullt driftstilskudd. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

Tabell 15.6 viser at median psykiater med fullt driftstilskudd har fem nye pasienter de to siste månedene før kartleggingen, og har avsluttet tre pasienter. Samtidig har de avslått behandling for tre pasienter.

Tabell 15.6 Median antall pasienter etter andel av fullt driftstilskudd, nye pasienter og avsluttet. Psykiatere. Pasientkartleggingen 2013

Prosent av fullt driftstilskudd	Pasienter nå	Nye pasienter siste to mnd	Avsluttet siste to mnd	Avslått behandling siste to mnd	Prosent nye (av nåværende)	Prosent avsluttet (av nåværende + avsluttet)	Prosent omløp (nye minus avsluttet av antall pasienter nå)
20	15	2	2	1	13	12	0
21-49	19	3	1	1	13	5	8
50	49	3	2	2	5	4	1
51-79	63	4	3	4	6	5	2
80	40	3	2	4	8	4	4
100	52	5	3	3	10	5	4

Tabell 15.7 viser at median psykolog med fullt driftstilskudd har fem nye pasienter de to siste månedene før kartleggingen, og har avsluttet fire pasienter. Samtidig har de avslått behandling for fem pasienter.

Tabell 15.7 Median antall pasienter etter andel av fullt driftstilskudd, nye pasienter og avsluttet. Psykologer. Pasientkartleggingen 2013

Prosent av fullt driftstilskudd	Pasienter nå	Nye pasienter siste to mnd	Avsluttet siste to mnd	Avslått behandling siste to mnd	Prosent nye (av nåværende)	Prosent avsluttet (av nåværende + avsluttet)	Prosent omløp (nye minus avsluttet av antall pasienter nå)
20	12	2	2	5	17	14	0
21-49	22	5	3	3	23	10	10
50	26	5	3	5	19	10	7
51-79	32	4	3	4	11	9	1
80	33	4	2	6	12	6	6
81-99	59	2	2	3	3	3	-1
100	42	5	4	5	12	9	2

15.3 Venteliste

Vi har også spurt om avtalespesialistene fører venteliste. 80 prosent svarer at de fører venteliste, 74 prosent av psykiaterne og 83 prosent av psykologene.

Tabell 15.8 Andel av avtalespesialistene som fører venteliste.

	Ja	Nei	Totalt	Ikke svart
Psykiater	74	26	100	3
Psykolog	83	17	100	7
Totalt	80	20	100	10

15.3.1 De som fører venteliste

Av dem som svarer at de fører venteliste, er det flere som gir en kommentar. Noen svarer at selv om de har venteliste, er den ikke alltid ajour. Andre svarer at de fører kun en kort venteliste og at de uansett må avvise de fleste. Andre svarer at de har en viss form for venteliste, men at den ikke følges strengt:

En slags. Jeg går ikke strengt etter ansiennitet. Hvis f.eks en av "mine" fastleger henviser en pasient som jeg mener bør få time raskt, tar jeg kanskje inn vedkommende, uten å se på ventelisten.

Noen sier at det er mange pasienter som får avslag etter telefonhenvendelser, eller at de ikke setter opp folk på venteliste som de vet de ikke kan gi et tilbud. Andre sier det er vanskelig å administrere ventelisten, og at de derfor kun fører i begrenset grad. Flere av dem som svarer at de fører venteliste, har et fast antall som de har på venteliste og avviser de som kommer ut over antallet.

Jeg mottar fortløpende 2 nye henvisninger annen hver uke fra DPS i henhold til samarbeidsavtale, og kan derfor ikke ha lang venteliste utenom. Den øvrige ventelisten lukkes når den overstiger ett år (kun mulig å stå der hvis man faktisk kan vente), og åpnes ikke før den er tømt.

Mange er tydelig på at de ikke setter folk på venteliste om listen er lang fra før, og de fleste som har svart sier at ventelisten må være kort:

Men den må være kort, ellers blir man lenge sittende med et slags ansvar for pasienter man ikke behandler. Det føles problematisk når man driver en praksis hvor de fleste som behandles trenger langtidsbehandling, og hvor det kan være vanskelig å forutsi neste ledige plass i timeboken når man ikke enda har vurdert klinisk om man har et egnet tilbud for den som er henvist.

Andre sier de prioriterer utenfor ventelisten dersom det for eksempel er pasienter med diagnoser som psykose og alvorlig personlighetsforstyrrelser, mens andre sier at de stort sett klarer å ta unna henvisningene innen rimelig tid.

15.3.2 De som ikke fører venteliste

Svarene går delvis i samme retning blant dem som svarer at de ikke fører venteliste. Enten får alle time, eller alle henvisninger blir besvart med innkalling til utredning en gitt dato, eller at kapasiteten er god nok til å ta unna.

Noen svarer også at det er unødvendig med venteliste, fordi de fleste pasienter avsluttes etter en konsultasjon:

Avtalepraksis nevropsykologi. Tar inn alle pasienter. Sender dem innkalling fortløpende når jeg mottar henvisning. De må vanligvis vente mellom 3-4 måneder fra henvisning mottas her til de får time. Ikke utfylt hvor mange pasienter jeg har nå: I min praksis avsluttes de aller fleste pasienter etter en konsultasjon.

Andre har så store kapasitetsproblemer at de avslår pasienter umiddelbart. Noen sier at det ikke er mulig å forutsi når de får ledig kapasitet, men at de tar inn pasienter når det blir ledig tid.

Sammensetningen av pasienter kan også være førende:

Det er vanskelig å forutse når en pasient er klar for avslutning. Dessuten må type problem å arbeide med passe inn i hverdagen; passe mengde alvorlig syke, spiseforstyrrelser, urolige barn, etc.

Andre sier at de har forsøkt å føre venteliste, men har erfart at pasientene på listen i mellomtiden har funnet en annen behandler.

Flere svarer at de fører ikke venteliste og begrunner dette med lavt driftstilskudd.

Har for liten gjennomstrømming siden jeg kun har 20 % praksis. Da må pasienten i tilfelle vente usikker tidsperiode. Mener det ikke er gunstig.

Vanskelig å administrere i en 20 % praksis - blir lang ventetid - sjelden plutselig åpne timer som kan fylles inn.

Andre er tydelig på at det er for tidkrevende og ikke håndterbart:

Fordi målsetting er best mulig "turn-over". En venteliste på 10 pas fylles opp fort, da må man igjen si Nei = avslag, og man er i samme situasjon som uten venteliste, BORTSETT FRA at man har skaffet seg et logistisk og tidkrevende problem med å følge opp ventelisten.

Fullstendig uhåndterbart. Ville innebære en ventetid på over ett år. Orienterer om dette. Av og til er noen interessert i å bli kontaktet med så lang ventetid.

Opplevde at mange ikke ønsket behandling når de måtte vente i 6 måneder eller mer. Vanskelig å administrere også.

Pga. for stor pågang vil det bli uhåndterlig lengde på en vanlig venteliste. Det er noen som settes på vent dersom det er mulig å ta inn innen 6 måneder.

Andre trapper ned praksisen og har derfor ikke venteliste, mens noen velger å ta inn de de har kapasitet til uten å føre venteliste:

Jeg bestreber meg på å ta inn de pasientene jeg har kapasitet til fortløpende, og sier heller nei enn å få en lang venteliste.

Noen har nyoppstartet praksis, og har derfor ikke så stor etterspørsel at de trenger å føre venteliste. Andre ser at om de setter noen på venteliste, kan det være andre som har ledig kapasitet slik at pasienten dermed mister muligheten for å få et tidligere tilbud:

Jeg kan ha 1-2 på venteliste, men anser det som problematisk å la folk vente om andre er tilgjengelige.

Jeg kan ikke gi pas noen sikker dato for oppstart av behandling og derfor er det bedre at pas leter aktivt etter annen behandler fremfor at pas blir stående passiv på en venteliste hos meg. Jeg prøver å gi pas råd om hvor det kan være ledig kapasitet evt. henvise tilbake til fritt sykehusvalg tlf. eller gi pas mulighet til å kontakte meg igjen når det kanskje kan ha blitt ledig tid.

Umulig å beregne behandlingstid og derfor etisk og medisinsk uforsvarlig å binde opp pasienter i venting, som bør søke andre steder.

Andre er bundet opp i avtaler:

Må ta 40% fra lokalt DPS. Det gjør det umulig å operere med ventelister for andre pasienter.

Flere sier de heller sprer behandlingen over tid, enn å sette folk på venteliste:

Noen henvisninger er helt klart ikke aktuelle for min praksis. Det gir jeg tilbakemelding om med en gang, og med forslag til andre tiltak. De jeg tenker kan være aktuelle, prøver jeg å gi tilbud om evalueringssamtaler i løpet av et avtalt tidsrom. Har jeg liten kapasitet får de evt. spredte timer i første omgang, inntil jeg har mer ledig kapasitet - hvis dette er ok for pasienten. Ellers må de henvende seg til noen med bedre kapasitet.

Andre har faste inntaksdatoer:

Praktiserer inntaksdatoer 4 ganger pr. år. Ved hvert inntak vurderes inntak av alle søkere i perioden. Det tas inn 4 klienter ved hvert inntak. De øvrige avvises.

En del svarer også at de nå har fått behov for å starte med ventelister:

Tidligere ikke vært nødvendig. Oversiktlig kapasitet, innkalles raskt, men må starte ventelisteføring for voksne nå.

80 prosent av de private spesialistene svarer altså at de fører en form for venteliste, men den følges ikke nødvendigvis veldig strengt. For de som ikke fører venteliste, er det rasjonelle årsaker til at dette ikke gjøres.

15.4 Pågang av nye pasienter

Tabell 15.9 viser hvorvidt de private spesialistene har opplevd endring i pågang av nye pasienter de siste årene. Det er få som har opplevd at pågangen av nye pasienter er sterkt redusert de siste årene (én prosent av behandlerne), men 13 prosent sier at pågangen er noe redusert. Omtrent halvparten mener pågangen er som før, mens 24 prosent opplever noe økt pågang. 11 prosent av avtalespesialistene opplever en sterk økning. Mens noen flere psykiatere opplever noe redusert pågang av nye pasienter, svarer en noe større andel av psykologene at det har vært en sterk økning.

Tabell 15.9 Hvordan har pågangen av nye pasienter endret seg de siste årene? Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Psykiatere	Psykologer	Totalt
Sterkt redusert	1	1	1
Noe redusert	16	10	13
Som før	52	50	51
Noe økt pågang	23	25	24
Sterk økning	8	13	11
Totalt	100	100	100
Antall behandlere	177	311	488
Ikke informasjon	5	13	18

Vi har også forsøk å finne ut mer om hvilke pasientgrupper som har større pågang hos avtalespesialistene, og vi har bedt dem som opplever en økning å si noe om for hvilke pasienter det er mer av nå enn tidligere. Det er svært stor variasjon i svarene og vi kan ikke ut i fra dette se et tydelig mønster.

Omtrent 10 prosent svarer at det er en økning i alle grupper av pasienter, eller at det er ingen spesiell diagnosegruppe som skiller seg ut. Like mange nevner at antall pasienter med ulike former for angst har økt, og særlig unge kvinner. Andre sier at menn i større grad enn tidligere ønsker behandling. Noen behandlere opplever at andel pasienter med spiseforstyrrelser har økt, mens andre opplever en nedgang i denne diagnosegruppen. Det er altså ingen klare diagnosegrupper som skiller seg ut, men det er kanskje mer situasjonen hos andre aktører som påvirker pågangen. Noen behandlere mener at fastlegen henviser mer enn tidligere og at det er tendenser til at fastlegen vil "kvitte seg med verstinger", men som heller ikke den private avtalespesialisten kan hjelpe. De fleste nevner ikke fastlegen, men spesialisthelsetjenesten og NAV nevnes hyppigere:

Om spesialisthelsetjenesten kommer blant annet følgende frem:

Jeg arbeider mest med barn og kjenner dette feltet best, men antar at det er lignende for både voksne og barn. BUP/DPS er nå så presset at det der ikke tilbys ordentlig behandling mer, derfor får vi i privatpraksis mange saker som tidligere ble gitt behandling på BUP/DPS og

som er saker hvor det er behov for mange flere tjenester som vi ikke kan tilby alene i en privatpraksis. Dette kan være sammensatte saker med personlighetsforstyrrelser og mye "case management" utenom den egentlige psykoterapien. Det er begrenset hvor mye en privatpraksis psykologspesialist/psykiater kan springe på møter her og der og rydde opp i sosiale og praktiske saker.

Mange nevner hyppigere avslag fra spesialisthelsetjenesten som årsak til at de private opplever økt pågang:

Pasienter som får avslag ved DPS/Poliklinikk pga manglende rett til helsehjelp.

Pasienter som i økende grad får avslag på DPS (Dårlige kronikere med personlighets- og spiseforstyrrelser, evt. bipolar).

Pasienter som blir avvist i det offentlige, eller kun har fått 12-15 timer.

Pasienter som trenger oppfølging av spesialist over litt tid, men som er "avsluttet" på DPS og overført til førstelinjetjenesten. Dette gjelder de fleste diagnosegruppene, men særlig innen F20 og F30. Dette er en ansvarsfraskrivning fra DPS'enes side.

Mange pasienter har avbrutte behandlingsforløp på DPS'er og fastlegen prøver å henvise til avtalespesialister fordi pasienten trenger mer enn korte utredninger.

Studenter, pasienter med rett til helsehjelp men ikke til nødvendig helsehjelp som har fått avslag DPS.

Andre opplever at pasienter kommer til dem fordi de ikke er fornøyde med hjelpen de har fått i offentlige tjenester:

Pasienter som har vært henvist til DPS, men enten hatt kortvarige behandlingsløp eller vært lite fornøyde med det de har fått.

Pas som er misfornøyd med tilbudet ved lokalt DPS og som ønsker å gå i behandling hos spesialist (psykolog eller psykiater).

Ikke noen spesiell gruppe pasienter, men muligens en tendens til at flere henvender seg fordi de er misfornøyde med tilbudet på DPS.

Pasienter som har fått korttidsstilbud uten effekt.

Pasienter som ikke får tilbud med ønsket kvalitet og varighet ved offentlig poliklinikk.

Noen behandlere opplever at pasientene som kommer til dem er dårligere enn tidligere, og dette kan ha sammenheng med redusert antall tilgjengelige døgnplasser:

Pasienter er mye dårligere enn tidligere. Det er dessuten færre steder å henvise til innleggelse.

At kapasiteten og lengden på behandlingen i offentlige tilbud innen psykisk helsevern påvirker pågangen hos avtalespesialistene, er naturlig. Men NAV ser også ut til å generere en del henvisninger til private avtalespesialister.

Blitt langt flere saker hvor pasienten henvises av fastlege fordi NAV har sagt at de skal gjøre det.

Jeg har mistanke om at NAV ofte ber leger om spesialisterklæringer/vurderinger - og at legene ofte henviser til meg for en nevropsykologisk utredning som ledd i dette (uten nødvendigvis å si noe om det i henvisningen). Det er stor etterspørsel etter ADHD vurderinger. Det er mye "diffusitas" hvor folk har nedsatt funksjon i hverdagen, og det ønskes en kartlegging av "kognitiv funksjon".

Langtidssykemeldte der NAV forventer psykologbehandling.

NAV problematikk - det kreves at borgere går i behandling for å få ytelser fra NAV.

Sykemeldte som er sendt av fastlege eller NAV fordi det er et krav til dem om å gå til behandling. Pasienten ofte ikke motivert for det endringsarbeid som terapi innebærer. Mennesker som er slitne... men, ikke nødvendigvis sliter psykisk. Mer problemer med å organisere livet slik at man ikke blir utslitt.

Det siste sitatet er svært interessant, og det synes nødvendig å få en diskusjon på om behovene til mennesker som sliter i hverdagen egentlig ikke er psykisk syke, men trenger noe annet enn terapi fra psykiater eller psykolog. Kanskje dreier det seg i mange tilfeller om sosiale problemer som må løses på en annen måte:

Pålagt behandling fra NAV, skilsmisser, konflikter, barn og skilsmisse, somatiske lidelser, ME, MS...

Flere sier også at de ikke vet hvilke problemer pasientene som får avslag sliter med:

Nei, utfra henvisninger og henvendelser er det vanskelig å avgjøre. De fleste avslag gis pr telefon og uten spesiell innsikt i de potensielle pasientenes problematikk.

Noen formidler klart at økt samarbeid med andre fremmer kvaliteten på eget arbeid:

Etter hvert har jeg fått omfattende samarbeid med NAV, barnevern, enkelte fastleger m.v. Det har høynet kvaliteten på min del av arbeidet.

15.5 Samarbeid med andre

Vi har også spurt avtalespesialistene følgende spørsmål:

I løpet av en vanlig 14 dagers periode, hvor mye tid vil du anslå at du bruker på samarbeid med følgende aktører?

Vi har bedt behandlerne anslå antall minutter brukt i samarbeid med annen spesialisthelsetjeneste, fastleger, pårørende og andre relevante aktører.

Her ser vi kun på de 68 prosentene av de private avtalespesialistene som har fullt driftstilskudd (107 psykiatere og 224 psykologer).

Fra tabell 15.10 ser vi at 13 prosent av psykiaterne og 21 prosent av psykologene svarer at de ikke bruker noe tid på samarbeid med andre spesialisthelsetjenester. Fem prosent av både psykiatere og psykologer har ikke samarbeid med fastlegene.

Både blant psykiatere og psykologer er det flest som svarer at de ikke samarbeider med pårørende, og andelen er betydelig høyere blant psykologene enn blant psykiaterne. Ni behandlere, eller under tre prosent, svarer at de ikke bruker noe tid på samarbeid med noen.

Tabell 15.10 Andel med ingen tid brukt på samarbeid med ulike aktører. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Psykiatere	Psykologer
Ikke noe samarbeid med andre spesialisthelsetjenester (prosent)	13	21
Ikke noe samarbeid med fastleger (prosent)	5	5
Ikke noe samarbeid med pårørende (prosent)	15	26
Ikke noe samarbeid med andre relevante aktører (prosent)	11	14

Neste tabell viser antall minutter (median) de bruker på i samarbeidet. Gitt at det samarbeides med de ulike aktørene, utgjør det for median behandler, 30 minutt. Median psykolog samarbeider 10 minutt lenger med fastlegene hver 14. dag enn median psykiater, ellers er det likt.

Tabell 15.11 Median antall minutter som brukes på samarbeid med ulike aktører, blant de som samarbeider. Private avtalespesialister. Pasientkartleggingen 2013.

	Psykiatere	Psykologer
Samarbeid med andre spesialisthelsetjenester	30	30
Samarbeid med fastleger	30	40
Samarbeid med pårørende	30	30
Samarbeid med andre relevante aktører	30	30

Det er vanskelig for avtalespesialistene å anslå omfanget av samarbeid med andre, og sannsynligvis er omfanget av samarbeidet større enn det som kommer frem her. En av avtalespesialistene forklarer det slik:

Det er etablert godt samarbeid om oppfølging av noen av pasientene som fungerer godt, men det er ikke slik at vi ringes regelmessig. Vi har f.eks. etablert støttegruppe (psyk. sykepl., fastlege og psykolog) og har hatt et møte sammen. Deretter går kontakten via pasienten med mindre det oppstår akutt krise. Dette gjelder flere av mine klienter. Jeg har også en del pårørendekontakt, men det varierer sterkt hvor mye, så det finnes ingen "vanlig" grad av dette. Kan være mange 2-ukersperioder uten noen slik kontakt.

En konsekvens av samarbeid med andre, er at det tar tid.

Syns det fungerer bra, både samarbeid med pasient, pårørende, fastleger/øvrige hjelpeapparat. Litt vanskelig å kun jobbe 50% avtale.

Flere er inne på at kommunen må involveres mer i samarbeidet:

Kunne ønske at fokus var på samhandling i kommunen jeg er lokalisert i, ikke i et stort nettverk knyttet til DPS, 45-60 minutters kjøretid unna, avhengig av kø. Jeg treffer ingen av dem jeg faktisk samarbeider med på møter ved DPS. Ønsker at størrelsen på

samhandlingsnettverkene kunne være mer fleksible, og at lokalt samarbeid i det små ble mer vektlagt.

15.6 Utfordringer for private avtalespesialister

Til slutt i skjemaet til private avtalespesialister har vi tatt med følgende spørsmål:

Er det andre utfordringer du opplever i din praksis du har lyst til å formidle?

Det har kommet 236 svar og 63 prosent av svarene kommer fra psykologer. Vi skiller ikke her på type fagutdanning.

a) Mange tidkrevende forespørsler fra pasienter og pårørende

Mange bruker mye tid på å ta i mot forespørsler fra pasienter som de likevel må gi avslag til:

Bruker mye tid på å avslå henvisninger jeg ikke har kapasitet til å ta, samt informere om alternative tilbud. Mange pasienter og pårørende ringer direkte i min telefontid og ber om hjelp.

Mange telefoner med pasienter som ønsker hjelp. De er fortvilet, vil ha råd om hvor de kan få behandling.

Det er mange som svarer på denne måten, og ett av sitatene kan kanskje forklare hvorfor det er slik:

Pasientene ringer rundt på avtalespesialist-listen de har fått av fastlegen. Vanskelig å vurdere behandlingsbehov bare etter telefonsamtale med pasienten.

Noen nevner også at det er problematisk med pasienter som ikke møter opp til avtalt time. Flere sier at unge har dårligere oppmøte enn eldre pasienter. En rask sjekk blant pasientene i offentlige poliklinikker, der vi har informasjon om hvorfor pasienten ikke har deltatt i utfyllingen, ser vi at dette stemmer. Andelen som ikke har deltatt i utfyllingen fordi de ikke har møtt til avtalt time, går systematisk ned med økende alder.

b) Vanskelig å avvise syke pasienter

Svært mange av avtalespesialistene i psykisk helsevern synes det er belastende å avvise pasienter som har tydelig behov for hjelp:

Ja, slitsomt med direkte pågang av folk i krise, som det er vondt å avslå.

Vanskelig å avvise henvisninger som kommer, som jeg vet neppe vil få tilbud andre steder, men hvor min kapasitet er sprengt.

Synes det er veldig leit å måtte avvise mange som henvender seg pr telefon. Det er få avtalespesialister i området, og få å henvise videre til.

Å måtte gi avslag – og så få høre i media om å "ikke få time hos psykolog". Denne bebreidelsen har feil adresse.

Som vi var inne på tidligere i kapittelet, er det flere som opplever at pasientene som kommer er for syke til at de kan behandles i privat avtalepraksis:

Stor pågang. Ofte henviste pasienter som hørere hjemme på DPS nivå, dvs svært sammensatt problematikk som krever tverrfaglig tilnærming.

c) Fastlegene sorterer for dårlig

Mange opplever at fastlegen ikke skriver gode nok henvisninger:

Jo mer man prøver å være imøtekommende, jo flere henvisninger får man. - En del av de henviste pasientene egner seg ikke, eller er lite motivert for psykoterapi.

Behov for bedre henvisninger fra fastleger; bedre redegjørelse av problematikk, klarere bestilling.

Fastlegene fungerer dårlig som "gate keeper" for min tjeneste. De bør foreta en mer reel vurdering av hva vedkommende sliter med, og om det er rett til og behov for psykologtjeneste på spesialistnivå.

Fastleger er en "fargerik" forsamling. Fra de svært gode med innsikt i og respekt for det kompliserte og høyspesialiserte i psykisk helsearbeid på spesialistnivå, til flertallet som ikke synes å forstå eller ha særlig respekt for hva som skjer hos oss. Sympatien ligger alltid hos pasienten som enda ikke har fått et tilbud, en sympati som noen ganger tipper over i håpløse påstander om hvor lite vi arbeider eller hvor ineffektive vi er. Det er merkelig hvordan all sympati for pasienten forsvinner med en gang vedkommende har startet sin behandling. Og så glemmer man den åpenbare sammenhengen her, nemlig at om man har startet på en behandling, så må den fullføres, selv om det kan bety at behandleren er opptatt og derfor ikke kan ta inn flere nye pasienter (dem som har sympati). Hva er vanskeligst? Å vente på behandling, eller å være i behandling, men være livredd for å bli kastet ut prematurt fordi din behandler er tvunget til å ta inn en ny? En annen utfordring er drosjetransport for barn i behandling, dette fungerer alt for dårlig og kan i noen tilfeller medføre at et barn vegrer seg for å komme til sine behandlingstimer og livsviktig behandling ikke blir mulig å gjennomføre.

Veldig stor variasjon i kvaliteten på henvisningene. Noen er gode og letter prioritering, andre en svært dårlige.

Mange fastleger har lenge uttrykt frustrasjon for at de ikke får kontakt med avtalespesialistene innen psykisk helsevern. Men det er ikke alle avtalespesialister som opplever at de er så utilgjengelige som fastlegene vil ha det til:

Fastlegene her i Oslo gir uttrykk for at det er vanskelig å få kontakt til privat praktiserende psykiatere. Jeg har i mine ca 18 år som privat praktiserende psykiater kun mottatt telefoner fra fastleger noen få ganger (mindre enn 5) om forespørsel om plass, og et par ganger siste året har jeg fått mail. Det virker til at fastleger har telefonfobi - og de bygger opp om en myte at vi privat praktiserende ikke kan nås pr telefon. Jeg har opplevelsen av at initiativet til kontakt med fastleger må komme fra meg.

Det varierer nok fra sted til sted hvor tilgjengelige avtalespesialistene er for fastlegene. I områder med få avtalespesialister er det naturlig nok lavere tilgjengelighet. To av behandlerne har et forslag som kanskje kan bidra til at fastlegen får mer informasjon:

Oversikten (hjemmesiden) over ventetider og praksisprofil som finnes i Helse Sør-Øst burde være tilgjengelig for fastleger.

Samarbeidet med fastleger i clusteret er usedvanlig klossete fordi de er pålagt å sende henvisning uten å vite om vi har kapasitet. Dette burde kunne ordnes med en internettside. Fritt sykehusvalg har dette, men den har ikke fastlegene tilgang til!

d) Clusterordningen

Clusterordningen i psykisk helsehjelp skulle først og fremst forhindre at pasientene i Oslo-regionen måtte kontakte mange avtalespesialister før de fikk hjelp. Alle fastlegene i en bydel får tildelt et visst antall psykologer og psykiatere med avtale, og henvisningen skal helst sendes av legen selv. Innen 14 dager skal henviser og pasient ha svar fra spesialisten, og spesialistene skal prioritere henvisninger fra eget nettverk. Kontoret for fritt sykehusvalg formidler ledig kapasitet til fastleger og pasienter. Det er en del av de private avtalespesialistene i vårt utvalg som ikke er helt fornøyd med ordningen:

Clusterordningen (i Oslo) kan være en god løsning, men den er en byråkratisk ordning som skal tilpasses ordningen med avtalespesialister uten at den oppleves som det er noe "vi" eier og har nytte av. Men litt mer lojalitet spesialistene i mellom, kan dette på litt sikt bli en brukbar ordning. Fastlegene har også et stort ansvar mht presise og gjennomarbeidede henvisninger. Dette bør gjenspeiles i takstsystemet. Det er for få avtalehjemler for psykiatere i forhold til psykologspesialister. Og blir ledige hjemler utlyst i tide, eller forsvinner de bare?

Clusterordningen tjener bare til å skape splid mellom fastleger og spesialister så lenge det er for få spesialister.

Fastlegene i vårt cluster har urealistiske forventninger til vår kapasitet. Mye frustrasjon vi må forholde oss til.

Når vi har blitt inndelt i cluster, virker det som om fastlegene tror at vi som avtalespesialister har fått økt vår behandlingsskapasitet. Jeg opplever sterkere press, men jeg kan ikke gjøre annet enn å jobbe 100 %.

Lite positiv effekt av cluster versus godt samarbeid med "Faste" leger.

Andre behandlere ser positive sider ved clusterordningen:

Cluster oppleves positivt i den forstand at man i hvert fall kan avgrense seg fra henvisninger utenfra cluster. Clustermøter øker grad av å kjenne hverandre som samarbeidspartnere, MEN cluster gjør neppe at flere får behandling - kapasiteten er for lav og dette faktum kan ikke organiseres bort.

Vi kjenner ikke til evalueringer av clusterordningen, men det ser ut til å være forbedringsmuligheter i ordningen. En behandler sier for eksempel at han har spesialkompetanse på noen områder, men får ikke brukt denne optimalt fordi han mot sin vilje er plassert i et cluster som han ikke tidligere har jobbet med. For avtalespesialistene handler det kanskje først og fremst om å etablere et stabilt og robust samarbeid med de samme fastlegene over tid.

e) For mye administrasjon som stjeler tid fra behandling

Mange opplever at det er for mye administrasjon og krav til dokumentering:

Økt pågang av pasienter, økte krav til dokumentasjon og ikke faglig begrunnede formelle krav og kontroll.

Det er mange utfordringer, men presset på formelle prosedyrer oppleves som kunstig og ikke til hjelp.

Mye krav til levering av papirarbeid. Administrasjon trekker tid fra pasientarbeid. Bruker hver helg til å sitte med slikt arbeid. Selv om jeg kan regulere mye av dette med å ta færre klienter, vil mange av de nye jeg tar inn være tidligere klienter som kanskje trenger få timer hvis de får raskt tilbud.

Noen behandlere sier at det er for mye kontorarbeid i forbindelse med inntak av nye pasienter, mens andre sier at krav om tilgjengelighet griper inn i privatlivet.

Krav om dokumentasjon har spist opp tiltagende arbeidstid og man tar for mye arbeid med hjem, skriving i helgene.

Mange har ikke kontorhjelpe og det blir krevende å rekke alt:

Å administrere alle praktiske forhold uten kontorhjelpe er vanskelig å få til innenfor arbeidstiden.

Liten praksisgrad gjør økte krav til administrasjon og rapportering utfordrende.

Journal- og oppgjørstjenesten (PSYKBASE) er for omfattende.

Tiltagende byråkratisering fra offentlige instanser.

Andre har egne erfaringer fra offentlige psykiske helsetjenester:

Da jeg også er forpliktet til å jobbe offentlig, ser jeg de store utfordringene som er der, spesielt knyttet til et byråkrati-anarki som i utgangspunktet skal komme pasientene til gode, men som nok frarøver behandlere/fagfolk mye fagutøvelse/fagarbeid.

Noen av dem som arbeider med barn og unge, opplever at systemene ikke er tilpasset dem:

Registrering/journalsystem er ikke tilrettelagt for arbeid med barn og unge.

Det er kanskje totalbelastningen for avtalespesialisten som er den største utfordringen:

Økende og forstyrrende fokus på administrative oppgaver, store utgifter på for eks pas adm dataprogrammer (samme utgift for en 20% praksis som for en 100%.) Økende fokus på normer og forsøk på kvalitetssikring fra myndighetene, hvor resultatet blir mer eller mindre meningsløs telling og etablering av prosedyrer for ryggdekningens skyld. Terapiprosessene blir fort lidende når det kommer til prioritering av tid.

Ting som ikke fremkommer av pasienttelling er at mye går i dobbeltimer og derfor tar tid. Utfylling av takster tar tid. Vurdering og gjennomgang av personlighetsvurderinger tar tid. Er stipulert til 1-3 timer. I tillegg kommer innsending av data til NPR. Når dette, samt vanlig administrasjon av regninger og praksis tas med innenfor avtalt tid, så må pasientantallet reduseres.

Med alt for lav kapasitet mange steder, er dette et viktig budskap.

f) Krysspress

Mange avtalespesialister opplever at de presses av ulike forventninger i DPS og fra fastlegene:

Vanskelig å oppleve at forventningene fra DPS er at vi skal ta alle som har et behov for langtidsbehandling hos stabil terapeut, samtidig som forventninger fra fastleger og andre er at vi skal ha høy turnover!

Sterkt krysspress: gi lang behandlingstid vs behandle flere.

Noen forteller også at de møter negative holdninger og mistro fra andre:

Ubehagelig å bli møtt med mistro fra andre instanser innen helsevesenet på at avtalespesialister kun behandler veldig friske pasienter, holder på pasientene for lenge i egen interesse, ikke rapporterer til det offentlige.

Det er vel også noe med den friheten som forsvinner om det på forhånd skal være bestemt hvilke pasienter de skal behandle:

Pasienter ønsker stort sett selv å velge hvem de vil gå til, og jeg som terapeut ønsker å være fri til å ta imot de pasientene jeg selv tenker jeg kan gi et godt tilbud til, og ikke være styrt av at et visst antall pas skal henvises fra et bestemt DPS eller bestemte fastleger.

g) Annet

Vi har ikke i dette delkapittelet skilt på psykiatere og psykologer, men det er naturlig de ulike fagutdanningene gir variasjon i hva som er utfordrende:

Jeg synes generelt samarbeid med fastleger er utmerket. Når det gjelder tilgang til spesialistkompetanse har jeg noen momenter som for meg over tid har vært et hinder og belastning i enkelte pasientsaker. Jeg synes det tar for lang tid for å få medisinskfaglig vurdering/behandling av psykiater innen spesialisthelsetjenesten. Da jeg som psykolog ikke forvalter medisinskfaglig kompetanse, må dette vurderes av psykiater ved alvorlige og kompliserte psykiske tilstander. Dersom u.t. trenger bistand av psykiater må fastlege kontaktes. Deretter opp til et halvt års ventetid for vurdering ved DPS. Dette medfører lengre tid med ineffektiv psykologisk behandling, unødig bruk av ressurser og ikke minst unødig belastning for pasienten.

Noen av avtalespesialistene er også inne på finansieringen:

Jeg gjør meg tanker om at refusjonssystemet med egenandel til frikort ikke bare er heldig - for de som får behandling, får man MYE, VELKVALIFISERT behandling for en billig penge, mens de som ikke får et tilbud, kanskje må ty til helprivat og dyr behandling med for lav intensitet - kanskje det burde innføres en behovsprøvd egenandel for de som trenger/ønsker å gå lenger enn en viss tid? Det ville nok for en del innebære et større eierforhold og egenansvar for egen utviklingsprosess... vår gode velferdsstat har sine slagsider!!

Lange ventetider, betydelig press for å jobbe over normert tid. Fungerer dårlig med gjeldende finansieringsordning.

Sammenliknet med lønnsnivået for psykologspesialister ansatt i helseforetaket, er refusjonstakstene og tilskuddet til privatpraktiserende spesialister for lavt.

Andre har behov for etterutdanning:

Savner tilbud om etterutdanning fra helseforetaket. Muligheter til krisehjelp.

Savner tilbud om etterutdanning fra helseforetak.

NAV nevnes av mange som krevende. Hovedproblemet kan være at ytelser som AAP krever at brukeren er i behandling, selv om de er umotiverte og egentlig trenger andre tilbud enn spesialistbehandling. Andre sier at pasientene har fått store problemer etter kontakt med NAV. Hva som ligger i dette er vanskelig å si noe mer om, men vi vet fra brukerundersøkelser i NAV at en del av brukerne opplever problemer med hyppig skifte av veiledere, dårlig tilgjengelighet, blir mistrodd etc.

Uten at vi har gått grundig nok inn i dette feltet til å konkludere, er det nærliggende å tro at følgende respondent har et viktig poeng:

Ventelistene vokser. Bransjen er underetablert, det trengs flere avtalehjemler.

Om det i tillegg er for mange som kanskje burde hatt et kommunalt tilbud og egentlig ikke har psykiske problemer, men heller sosiale problemer eller er ferdigbehandlet, bør undersøkes grundigere:

Vanskelig å avvise henvisninger som kommer, som jeg vet neppe vil få tilbud andre steder, men hvor min kapasitet er sprengt -avslutninger av pasienter kunne gått lettere (og tidligere) om det fantes bedre/mer utvidet tilbud innen kommunehelsetjenesten.

Noen av mine pasienter kunne vært avsluttet hvis 1.linjetjenesten hadde hatt et egnet, støttende tilbud. Det er dessverre stor forskjell når det gjelder tilgjengelighet og faglighet i kommunale psykiatritjenester i de ulike kommunene i vårt opptaksområde.

Jeg får en rekke henviste som jeg tenker ikke har rett til helsehjelp (for små problemer) eller trenger andre type tjenester, kommunale, økonomiske, bolig, arbeid nav etc. Det virker som om fastlegen henviser alle som ønsker psykolog i stedet for å foreta en reel vurdering om vedkommende faktisk har rett og behov. Dette trengs å skjerpes inn overfor fastlegene. Da kunne man fått ventelistene ned. I større grad benyttet kommunale tjenester.

Vi avslutter med et sitat som kanskje betegner det mange avtalespesialister i psykisk helsevern opplever:

Jeg trives veldig godt i min praksis. En del utfordringer med økende krav f.eks. til dokumentasjon, ulike kartlegginger av min praksis (som denne) og til IT løsninger som ikke alltid fungerer. Utfordringene er å få mest mulig tid til direkte (og indirekte) pasientarbeid.

15.7 Oppsummering

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

I dette kapitlet har vi sett på hva de private avtalespesialistene har svart på spørsmålene i kartleggings skjemaet som ble utviklet for å få mer kunnskap om situasjonen blant private spesialister.

Svarprosenten var i 2013 67 prosent, marginalt høyere enn i 2008. Antall driftshjemler har gått ned fra 827 i 2007 til 754 i 2013, men antall årsverk har økt fordi driftshjemlene har blitt større. I forrige pasientkartlegging ble det påpekt at aldersfordelingen til avtalespesialistene generelt er høy, og at det er viktig å følge med på hva som skjer etter hvert som hjemlene blir ledige.

Det er nå 80 prosent av avtalespesialistene som oppgir at de fører venteliste (74 prosent av psykiaterne og 83 prosent av psykologene). Dette er ti prosentpoeng mer enn i 2008.

De som ikke fører ventelister, oppgir litt ulik årsak. For noen er det unødvendig med venteliste fordi de fleste pasientene avsluttes etter én konsultasjon, for eksempel spesialister i nevropsykologi. Andre har så store kapasitetsproblemer at de avslår pasienter umiddelbart, mens andre sier det er umulig å forutsi når de får ledig kapasitet og at det derfor ikke er etisk riktig å sette pasientene på venteliste hos dem. Andre er opptatt av at sammensetningen av pasientene er viktig i forhold til hvor godt de selv kan gjøre jobben, mens andre har forsøkt å føre venteliste, men har erfart at pasientene på listen i mellomtiden har funnet en annen behandler. Lavt driftstilskudd er også gitt som begrunnelse på at de ikke fører venteliste, det blir mye å administrere og ventetiden blir lang. Å administrere ventelister oppleves som tidkrevende og flere avviser pasienter heller enn å få en lang venteliste. Som flere er inne på, når ventelisten er full, har de egentlig bare skjøvet problemet foran seg. Avtaler med DPS-er, kan også gjøre det vanskelig å operere med ventelister for andre pasienter. Noen har valgt å spre behandlingen over lenger tid (og dermed ta inn flere), heller enn å føre venteliste. Noen få oppgir at de har faste inntaksdatoer og tar inn et fast antall per inntak, mens resten avvises. Det er heller ikke slik at alle de som svarer at de fører venteliste, nødvendigvis følger dem så strengt.

Psykologene opplever i noe større grad økt pågang av pasienter enn psykiaterne. Åtte prosent av psykiaterne og 13 prosent av psykologene opplever sterk økning i pågang av nye pasienter, mens 23 og 25 prosent av hhv psykiatere og psykologer opplever noe økt pågang. Det er vanskelig å se noen klare diagnosegrupper som skiller seg ut, men mange opplever at det kommer mange pasienter som ikke burde vært der. Årsaken er ofte at fastlegen henviser for friske folk, eller at DPS henviser for syke folk.

En større andel av psykiatere enn psykologer samarbeider med andre. Årsaken er trolig at de har en annen pasientsammensetning og dermed større behov for samarbeid. Mens 26 prosent av psykologene ikke samarbeider med pårørende, gjelder dette 15 prosent av psykiaterne. 21 prosent av psykologene og 13 prosent av psykiaterne har ikke samarbeid med andre i spesialisthelsetjenesten. En like stor andel av psykologer og psykiatere oppgir å samarbeide med fastlegene (95 prosent).

Det kan være vanskelig for avtalespesialistene å anslå omfanget av samarbeidet med andre fordi det varierer mye fra uke til uke. For de som har gitt et anslag, bruker median behandler 30 minutt på samarbeid med andre spesialisthelsetjenester i løpet av 14 dager, 30 minutt med pårørende, 30 minutt med fastleger og 30 minutt med andre relevante aktører. Totalt 120 minutter, eller to timer per 14 dager, eller én time i uken. Median psykolog samarbeider 10 minutt lenger med fastlegene hver 14. dag enn median psykiater, ellers bruker psykiatere og psykologer like lang tid på samarbeid med pårørende, fastleger og andre relevante aktører – gitt at de samarbeider.

Til slutt har vi forsøkt å kartlegge hovedutfordringene i privat avtalepraksis med et åpent spørsmål. Ut i fra svarene, konkluderer vi med at de største utfordringene mange avtalespesialister opplever, fortsatt er for dårlig sortering av pasienter fra både fastlegene og fra DPS-ene, for stor pågang av pasienter og pårørende de må avvise, at det er for mye administrasjon og rapportering som tar viktig behandlingstid fra pasientene, og at kommunene ikke gir tilstrekkelig tilbud til mennesker med problemer som reelt sett ikke hører hjemme hos psykologer eller psykiatere.

Referanser

- Alnes, N. H. 2011. "Barn har ikke tid til å vente." Tidsskr Nor Legeforen nr. 131:1541-2
- Bjerkan J, Richter M, Grimsmo A, Hellesøe R, Brender J. Integrated care in Norway; the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, vol. 11. URN:NBN:NL:UI:10-1-101258.
- Einbu, G.R. L. (2005). Individuell plan – en ny pasientrettighet og et nytt "verktøy". En studie av ansattes erfaringer ved et somatisk sykehus. Høgskolen i Gjøvik. Rapport nr 3-2005. Gjøvik.
- Elbogen, Eric B, og Sally C Johnson. 2009. "The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." *Archives of general Psychiatry* nr. 66 (2):152-161.
- Ellingsen Aune, I-K (2006). Evaluering av "Best på tvers". Et kompetanseprogram for utvikling og implementering av ansvarsgrupper og individuell plan. Høgskolen i Sør-Trøndelag rapport nr 6. Tapir.
- Hagen, H. 1992. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1989., NIS-rapport 6/92, SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim. .
- Hagen, H. 1997. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1 november 1994., SINTEF Unimed-rapport 5/97, SINTEF Unimed, Trondheim.
- Hagen, H. 2001. Pasienter i psykisk helsevern for voksne. 1 november 1999., SINTEF Rapport 5/01., SINTEF Unimed, Trondheim.
- Hagen, H., og T. Ruud. 2004. Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003, SINTEF Rapport 3/04 SINTEF Helse, Trondheim.
- Hansen, G.V. (2007). Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer I kommunalt psykisk helsearbeid. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.
- Hartvig, P., S. A. Alfarnes, M. Skjonberg, T. A. Moger, og B. Ostberg. 2006. "Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities: A preliminary study." *Nordic Journal of Psychiatry* nr. 60 (3):243-248. doi: 10.1080/08039480600780532.
- Holum, L.C. (2012). "It is a good idea, but.." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, Vol.12. URN:NBN:NL:UI:10-1-112887 / ijic2012-15.
- Helsedirektoratet (2013): SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2012. IS-2074. Huseby mfl. Avdeling økonomi og analyse, Trondheim.
- Helsedirektoratet (2014): SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013. IS-2194. Huseby mfl. Avdeling økonomi og analyse, Trondheim.
- Lilleeng, S.E., S.O. Ose, R. Bremnes, P.B. Pedersen, og T. Hatling. 2009. Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. November 2007, SINTEF Rapport A9712, Trondheim.
- Lundin, A., og T. Hemmingsson. 2009. "Unemployment and suicide." *Lancet* nr. 374 (9686):270-1. doi: 10.1016/s0140-6736(09)61202-2.
- Molarius, A., K. Berglund, C. Eriksson, H. G. Eriksson, M. Linden-Bostrom, E. Nordstrom, C. Persson, L. Sahlqvist, B. Starrin, og B. Ydreborg. 2009. "Mental health symptoms in relation to socio-

economic conditions and lifestyle factors - a population-based study in Sweden." *Bmc Public Health* nr. 9:9. doi: 10.1186/1471-2458-9-302.

Mäki, Netta, og Pekka Martikainen. 2009. "The role of socioeconomic indicators on non-alcohol and alcohol-associated suicide mortality among women in Finland. A register-based follow-up study of 12 million person-years." *Social Science & Medicine* nr. 68 (12):2161-2169. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.006>.

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

Ose, S.O. & Pettersen, I. (2014). Døgnpasienter i TSB. 20. november 2012. SINTEF Teknologi og samfunn.

Pedersen, P.B., M. Sitter, S. E. Lilleeng, og K.I. Gravbrøt. 2013. Distriktpsikiatriske tjenester 2012: Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre, SAMDATA IS-2123, Helsedirektoratet.

Owens, David, Judith Horrocks, og Allan House. 2002. "Fatal and non-fatal repetition of self-harm Systematic review." *The British Journal of Psychiatry* nr. 181 (3):193-199.

St. meld nr. 25 (1996–97). Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

St. meld nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 21 (1998 – 99) Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

Torvik, F. A., og K. Rognmo. 2011. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Redigert av Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2011:4.

Trefjord, S., & Hatling, T. (2004). Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH). (Sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003). Trondheim: SINTEF Helse.

Øgar, B. 1981. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1979. En undersøkelse spesielt med henblikk på langtidspasientenes situasjon., NIS-rapport 5/81. , Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim.

Øgar, B., A. Kolstad, og O. Kindseth. 1986. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1984. NIS-rapport 5/86. , NIS-rapport 5/86., Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim.

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



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no