

STF78 A035008-- Åpen

RAPPORT

Distriktpsykiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: Status og variasjon 2002

Torleif Ruud, Deborah Reas

Unimed

November 2003



SINTEF Unimed

Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 Oslo

Besøksadresse: Forskningsveien 1
Telefon: 22 06 73 00
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MV A

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: Status og variasjon 2002

FORFATTER(E)

Torleif Ruud, Deborah Reas

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd, Medisin og helse,
Evaluering av Opptappingsplan for psykisk helse

RAPPORTNR. STF78 A035008	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Rådgiver Signe Bang	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-02969-4	PROSJEKTNR. 78529801.	ANTALL SIDER OG BILAG 33 + TABELLER
ELEKTRONISK ARKIVKODE	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE	DATO 07.11.2003	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H Eide, forskningssjef <i>Arne H. Eide</i>	

SAMMENDRAG

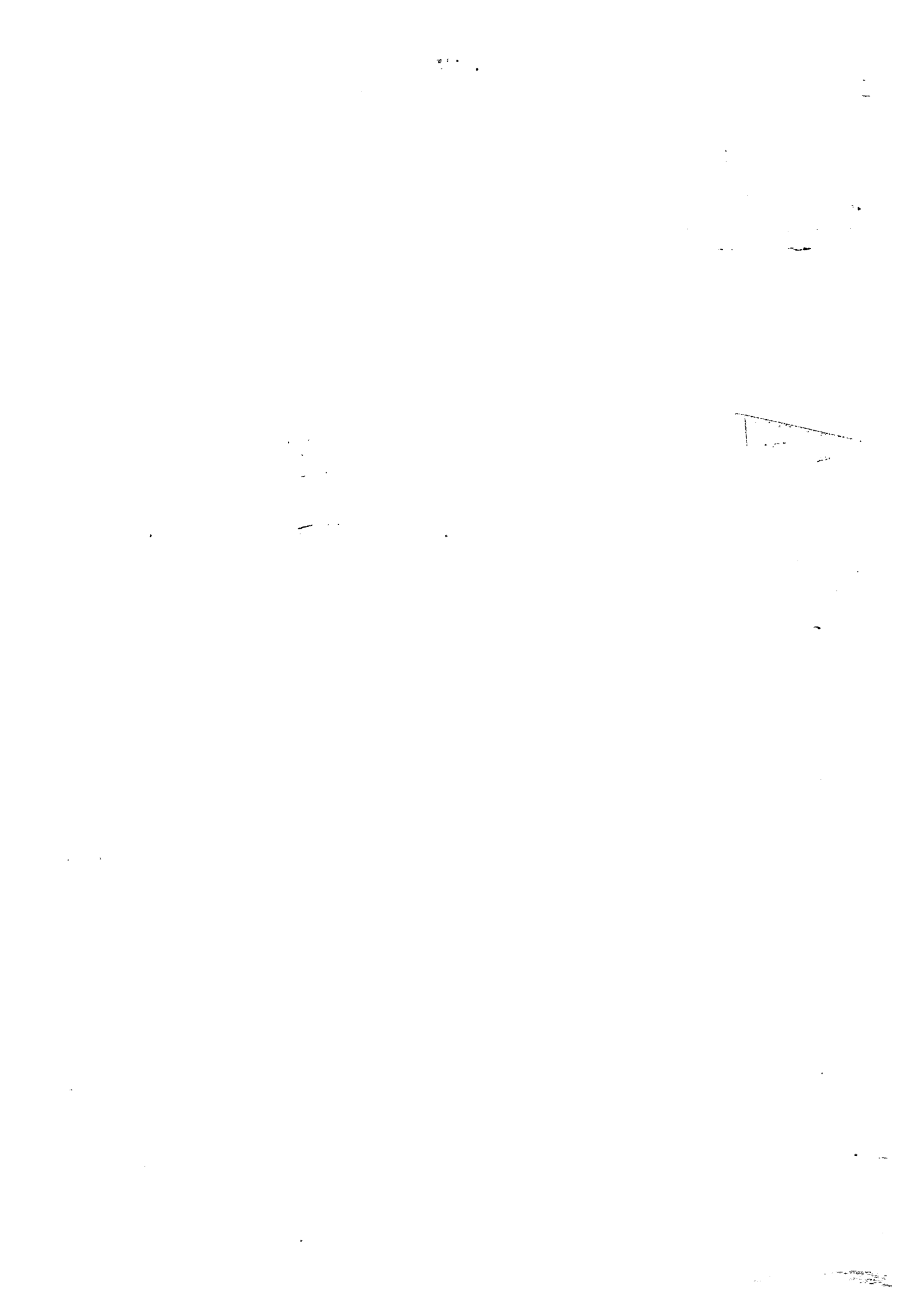
Utbygging av distriktpsikiatriske sentre som en viktig del av psykisk helsevern er et av de sentrale satsingsområdene i den nasjonale Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Denne rapporten er den første fra prosjektet Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?, i evalueringen Forskningsrådet gjennomfører på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet.

Ni distriktpsikiatriske sentre med ulike grad av utbygging har våren 2002 samlet inn omfattende opplysninger om de vel 3300 pasientene de hadde kontakt med i løpet av 8 uker og de tilbudene disse pasientene mottok i disse ukene. I alt 1340 pasienter har også svart på et spørreskjema om sine erfaringer med tilbudene. Behandlerne har også gitt opplysninger om sin faglige bakgrunn og komeptanse.

De ni DPS-ene gir i hovedtrekk det samme bilde av pasienter og tjenester, men det er også noe variasjon:

- Det er en del forskjeller når det gjelder tilbud som dagbehandling, psykoseteam, døgntilbud og rusteam.
- Det er lite forskjeller i omfanget av samarbeid med andre tjenester.
- Bruk av individuelle planer hadde bare så vidt kommet i gang i 2002, og det var store forskjeller i andelen pasienter som i følge behandlerne hadde individuelle planer.
- Det er ingen signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder pasientenes livskvalitet målt i form av tilfredshet med ulike områder i livet.
- Pasientene er stort sett fornøyd med tilbudene, med unntak av informasjon om de rettigheter de har og deres innflytelse på valg av behandler.

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



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	1
Forord.....	4
Sammendrag.....	5
1. Innledning.....	9
1.1 Hovedmål.....	9
1.2 Bakgrunn for prosjektet.....	9
1.3 Metode.....	10
1.4 Forberedelse og datainnsamling.....	11
2. Ressurser og grad av utbygging av DPS-er.....	12
2.1 Oversikt over de ni DPS-ene.....	12
2.2 Aktuelle mål på utbyggingsgrad av DPS-er.....	13
2.3 Status for ressurser og utbyggingsgrad.....	14
3. Hvilke pasienter får tilbud ved DPS-ene?.....	15
3.1 Sosiodemografiske forhold og tidligere behandling.....	15
3.2 Fordeling på diagnostiske grupper.....	16
3.3 Alvorlighetsgrad av psykiske problemer.....	17
3.4 Status og forskjeller for hvilke pasienter DPS-ene behandler.....	18
4. Tjenestetilbudet og dets faglige innhold.....	19
4.1 Utredning og undersøkelser.....	19
4.2 Psykoterapi og annen behandling.....	19
4.3 Rehabilitering.....	20
4.4 Medikamentell behandling.....	21
4.5 Døgntilbud.....	21
4.6 Pasientenes juridiske status.....	21
4.7 Behandlernes vurderinger av tilbudet som gis.....	22
4.8 Oppsummering om tilbudet som gis.....	22

5.	Samarbeid med andre tjenester.....	23
5.1	Pasientens kontakt med andre tjenester.....	23
5.2	Samarbeid med andre tjenester.....	23
5.3	Pasientenes opplevelse av samarbeidet.....	24
5.4	Oppsummering om samarbeidet.....	24
6.	Bruk av individuelle planer.....	25
6.1	Andel pasienter med individuell plan.....	25
6.2	Hvilke pasienter som har individuell plan.....	25
6.3	Innholdet i individuell plan.....	26
6.4	Hvem som har vært med på å utforme individuell plan.....	27
6.5	Pasientenes kjennskap til individuell plan.....	27
6.6	Om individuell plan har bidratt til bedre samarbeid.....	27
6.7	Om individuell plan har bidratt til høyere brukertilfredshet.....	28
6.8	Om DPS-utbygging har bidratt til bruk av individuell plan.....	28
6.9	Oppsummering om individuelle planer.....	28
7.	Pasientenes livskvalitet.....	29
7.1	Livskvalitet hos undergrupper av pasienter.....	30
7.2	Livskvalitet og grad av utbygging av DPS-er.....	30
7.3	Oppsummering om livskvalitet.....	30
8.	Brukernes erfaringer med tilbudet.....	31
8.1	Hvordan informasjonen har vært.....	31
8.2	Kontakten med behandlerne.....	32
8.3	Hjelp med ulike problemer.....	32
8.4	Utbytte av ulike behandlingsformer.....	32
8.5	Ventetid.....	32
8.6	Opplevelse av kontinuitet i kontakten.....	33
8.7	Erfaringer med døgnbehandling.....	33
8.8	Oppsummering om brukertilfredshet.....	33
9.	Litteraturreferanser.....	34

Vedlegg A: Datamateriale og tilleggstabeller

Vedlegg B: Registrerings- og spørreskjema

Tabeller

Tabell 3.1 Fordeling på aldersgrupper og kjønn.....	15
Tabell 3.2 Hoveddiagnoser og bidiagnoser for hele materialet.....	16
Tabell 3.3 Skåringer på symptomnivå og funksjonsvikt (GAF) ved de ulike typer enheter..	17
Tabell 3.4 Andel (prosent) av pasienter med alvorlige* problemer innen områder skåret på HoNOS.....	17
Tabell 5.1 Omfang av kontakt som pasientene ved DPS-ene har hatt med andre i perioden.....	23
Tabell 6.1 Fordeling av andel med individuell plan på diagnostiske grupper (hoveddiagnose).....	26
Tabell 6.2 Typer tiltak inkludert i individuell plan for de 360 med individuell plan.	26
Tabell 6.3 Pasientenes erfaringer av å ha en individuell plan (antall med ulike svar).....	27
Tabell 7.1 Hvordan pasientene er fornøyd med ulike sider ved livet.....	29

For flere tabeller, se vedlegg A.

Forord

Dette er den første rapporten fra en undersøkelse om utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre i Norge og virkningen av dette på tjenestetilbudet og brukernes opplevelse av dette. Undersøkelsen er en del av den evalueringen av Opptappingsplan for psykisk helse som Norges forskningsråd gjennomfører på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten bygger på data innsamlet i 2002. Etter de to neste planlagte datainnsamlingene i 2004 og 2006 kan en evaluere utviklingen i løpet av den siste halvdel av opptappingsplanperioden. Data fra 2002, er derfor primært "baseline" data for å kunne følge utviklingen videre.

I denne første rapporten analyseres disse "baseline" data fra 2002 for å se på om virkningen av DPS-utbyggingen kan belyses ved å sammenligne flere DPS-er som i 2002 er i ulike faser av sin utbygging og utvikling. Hensikten med dette er å kunne bidra med kunnskap for de vurderinger og eventuelle justeringer som gjøres av opptappingsplanen underveis.

Et så omfattende prosjekt er bare mulig fordi mange personer bidrar. Det er gjort et stort arbeid av koordinatorene, kontorpersonele, behandlere og andre ved de ni distriktpsikiatriske sentra som deltar i undersøkelsen, ved at de i 8 uker har registrert en rekke opplysninger om pasientene og de tilbud som disse mottar. Denne betydelige innsatsen midt i det daglige kliniske arbeidet er bærebjelken i undersøkelsen, og prosjektleder ønsker å uttrykke stor respekt og takk for det omfattende arbeidet som er gjort! Jeg håper at resultatene fra undersøkelsen over tid vil bli nyttige innspill til videreutviklingen av tilbudene lokalt.

På samme måte har mange pasienter og pårørende brukt tid på å fylle ut spørreskjema om sine erfaringer og synspunkter på tjenestene de har mottatt. Dette er et like viktig bidrag til undersøkelsen som det behandlerne har gitt. Jeg takker dere for verdifull informasjon som bare dere kan gi, og som både behandlere, ledere og politikere bør lytte til!

Jeg takker forsker Deborah Reas for samarbeidet om undersøkelsen og rapporten, og andre medarbeidere og diskusjonspartnere for synspunkter og verdifulle impulser. Seniorforsker Torhild Heggstad, forsker Johan Håkon Bjørngaard og forsker Mitchell Loeb takkes for råd nyttige innspill på utkast til rapporten. Styringsgruppen for evalueringen har gitt konstruktive råd ut fra et mer omfangsrikt utkast, og jeg har prøvd å følge deres råd og forslag.

Noen vil sikkert ønske at enda flere eller andre problemstillinger ble belyst rapporten. De spørsmål som er analysert, er sentrale problemstillinger i prosjektet. Men det omfattende datamaterialet vil også kunne bidra til å belyse flere spørsmål i fremtjge publikasjoner.

November 2003

Torleif Ruud
Prosjektleder

Sammendrag

Utbygging av distriktpspsykiatriske sentre (DPS-er) er en hovedsatsing i Opptrappingsplan for psykisk helse for å nå dens overordnede mål om et bedre psykisk helsevern uansett bosted. Prosjektet vil evaluere utbyggingen av DPS-er som virkemiddel for å nå de målene i opptrappingsplanen som det forventes at et mer desentralisert psykisk helsevern vil bidra til.

Følgende problemstillinger i prosjektet belyses i denne rapporten:

4. Er *den faglige standard og kvalitet* på tilbudene i utbygde DPS-er tilfredsstillende?
5. Bidrar utbygging av DPS-er til bedre *samarbeid* i behandlingsnettverket?
8. Bidrar utbygging av DPS-er til høyere *livskvalitet og brukertilfredshet* med tilbudene?
9. Bidrar *individuelle planer* til bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet?

Disse problemstillingene er i denne første rapporten belyst ved sammenligning av data fra 2002 fra ni DPS-er med ulik utbyggingsgrad. I seinere rapporter vil en sammenligne hvert DPS-område på ulike tidspunkt (2002, 2004, 2006) for enda bedre å kunne analysere forskjellene mellom ulike grader av utbygging.

De ni DPS-ene skulle registrere data om alle pasientene de hadde kontakt med i registreringsperioden 15.april til 10.juni 2002. Hver pasient skulle registreres bare en gang, men en skulle registrere alle tilbud som ble gitt til den enkelte i hele perioden. Registreringsskjema og spørreskjema finnes som vedlegg bakerst i denne rapporten.

Vurdering av utbyggingsgrad av de ni DPS-ene i 2002

De ni DPS-ene representerer moderat til stor grad av utbygging sammenholdt med myndighetenes beskrivelse av hvordan et DPS skal være. Vurdering av utbyggingsgrad er vanskelig fordi DPS-ene er ulike når det gjelder hvilke deler som er godt utbygd. En eventuell rangering etter utbyggingsgrad vil derfor kunne variere med hva en legger vekt på.

Definisjon og måling av grad av utbygging har vist seg mye vanskeligere enn antatt. De ulike forslag til mål som er nevnt ovenfor, har vist seg lite nyttige i praksis. Våre forsøk hittil på å trekke disse inn i data-analyser som f.eks. regresjonsanalyser, har ikke vist noen forklaringsverdi av betydning. Vi har derfor heller ikke inkludert slike analyser i denne rapporten, men vil vurdere det i seinere publikasjoner dersom vi finner mål som er nyttige. Det som er sagt i avsnittet ovenfor er derfor med forbehold om at videre arbeid med prosjektet torlig vil kunne gi bedre data som gjør at vi må revidere noen av de foreløpige funn som er presentert i denne rapporten. I en kommende rapport vil vi også se hvordan disse ni DPS-ene plasserer seg innen hele det nåværende spekter av utbyggingsgrad av DPS-er sett ut fra omfang og bredde på basisenheter og bemanning.

Status for hvilke pasienter DPS-ene behandler

Tabell 3.2 i dette kapitlet viser at de ni DPS-ene våren 2002 gav tilbud til alle de større pasientgruppene, slik det er omtalt i begynnelsen av dette kapitlet at det forventes. Det vises også til tabeller i vedlegg A3.

Som referert i begynnelsen av dette kapitlet, skal arbeidsdelingen mellom DPS-er og sentralsykehusavdelinger primært skje etter alvorlighetsgrad av pasientenes tilstand, mer enn etter diagnose. For å kunne vurdere hvordan denne arbeidsdelingen mellom DPS-er og

sentralsykehus fungerer, trenger en data fra begge typer institusjoner. Vi vil sammenstille dette i en rapport som skrives om DPS-ene og det samlede helsetjenestetilbudet.

Statlige myndigheter har vært opptatt av at DPS-ene og deres poliklinikker også skal gi tilbud til pasienter med psykoser. Ved de ni DPS-ene hadde 21,3 av pasientene en psykosediagnose, og ved poliklinikkene hadde 16,5 % en slik diagnose. Det største andelen av pasientene var registrert ved poliklinikkene (se forøvrig tabell i vedlegg A3).

Forskjeller mellom DPS-ene i hvilke pasienter de behandler

Det er i hovedtrekk samme diagnostiske profil for pasientgruppene ved de ni DPS-ene, men med noe variasjon. Med unntak av ett DPS som har større andel psykosepasienter enn de andre, er det ikke sikre forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder hvor stor andel av pasientene som har psykosediagnose.

Det er signifikante forskjeller mellom noen av DPS-ene når det gjelder hvor dårlige pasienter der har vurdert ut fra skåringene på GAF og HoNOS. Det varierer litt for de ulike typene problemer hvilke DPS-er som har pasienter med gjennomsnittelig større alvorlighetsgrad. Disse forskjellene ser i hvert fall delvis ut til å henge sammen med hva slags type kliniske enheter DPS-ene har. Psykoseteam og døgnavdelinger bidrar til at DPS-et har flere pasienter med mer alvorlige problemer, mens dagavdelingene med fokus på grupperpsykoterapi øker andelen av mer homogene pasientgrupper med noe mindre alvorlige problemer.

Ut fra en samlet vurdering av ulike analyser ser det ut til at et stort og bredt fagmiljø, egne psykoseteam og døgnavdelinger for psykotiske pasienter ser ut til å være faktorer som bidrar til at en når flere pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Hvordan er tilbudet og den faglige standarden på dette?

Det mest brukte formene for utredning, behandling og rehabilitering er tilgjengelig ved de fleste DPS-ene. Både ved bruk av samtaleterapi og medikamenter finner en tegn til de endringene som har skjedd gjennom seinere år med f.eks. bruk av kognitiv terapi, bruk av gruppepsykoterapi og bruk av nyere grupper psykofarmaka. Det er også et felles mønster at støtteterapi er hyppigste form for samtaleterapi. Det er en forskjell i dosering av SSRI antidepressiva ved DPS-er med ulik grad av utbygging.

Det er videre et felles mønster at det meste av utredning og samtaleterapi foregår ved poliklinikkene, men det skjer også mye utredning og samtaleterapi ved de andre typene kliniske enheter. Rehabilitering skjer primært ved ambulante team og døgnavdelinger. Dagavdelingene er de enhetene som har mest avgrenset og spisset behandlingsprofil.

Det er en del forskjeller mellom DPS-ene på omfang av bruk av noen behandlingsmetoder, men det synes ikke å være noe DPS som er radikalt forskjellig fra de andre. De forskjellene som er registrert synes delvis å henge sammen med sammensetningen av behandlergruppa, hva slag utdanning og videreutdanning behandlerne har, og hvilke kliniske enheter som er etablert ved DPS-et. Det er mulig at en her vil kunne finne tydeligere sammenhenger ved i det videre arbeidet med prosjektet, blant annet ved å trekke inn data om behandlingstenkning (fra spørreskjema til behandlerne) som ikke er brukt i denne rapporten.

Bredden i det samlede behandlingstilbudet synes å være størst ved de DPS-ene som har størst og bredest fagmiljø og som har holdt på lengst som DPS. Disse dimensjonene ved utbyggingsgrad vurderes som viktigst i forhold til bredde på tilbudet. Behandlerne selv vurderer det slik at omtrent hver tredje pasient har et tilbud som ikke er tilstrekkelig, men at dette oftest skyldes manglende kapasitet eller at pasienten ikke ønsker tilbudet, og i liten grad mangel på kompetanse. Behandlernes egen vurdering er derfor at det i hovedsak er en adekvat faglig standard på det tilbudet de har kapasitet til å gi.

Bidrar DPS-utbyggingen til økt samarbeid?

DPS-ene hadde først og fremst to store kontaktflater for sitt samarbeid med andre, - det er den kommunale helse- og sosialtjenesten og pasientens pårørende.

Det er noen signifikante forskjeller mellom DPS-er når det gjelder samarbeid i forhold til noen av de aktuelle samarbeidspartnerne. Med det varierer hvor disse forskjellene er, og vi har ikke identifisert noe entydig mønster som kan dokumentere at utbygging av DPS-er fører til økt samarbeid.

Bidrar individuelle planer til bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet?

Individuelle planer var lite utbredt i DPS-er våren 2002. Det var utarbeidet planer for bare vel 10 % av pasientene. Pasientene var også lite kjent med sin rett til å ha individuell plan. Mindre en halvparten av planene var utarbeidet sammen med annen instans eller samarbeidspartner. Det var stor forskjell mellom DPS-ene når det gjaldt hvor mange pasienter som hadde individuell plan, og det var ikke mulig å relatere denne forskjellen til noe systematisk mål på DPS-utbyggingsgrad.

Vi registrerte at det kan være ulike oppfatninger i kliniske miljøer både om hva som kreves for å kunne kalle noe en individuell plan i samsvar med forskriftene, og når det gjelder kriteriene for hvem som har rett til en individuell plan. Dette kan påvirke hva som er registrert ved de ulike DPS-ene, og det er en mulighet for at de registrerte forskjeller i antall pasienter med individuell plan delvis skyldes ulike oppfatninger om hva en individuell plan er.

De pasientene som har svart at de har en individuell plan og som har svart på spørsmål om hvor fornøyd de er med den, har blandede erfaringer med den. Det er en overvekt av positive erfaringer, men samtidig en klar spredning og mange som ikke er så fornøyd. Analyser av om individuell plan kan ha bidratt til høyere brukertilfredshet har gitt motstridende resultater avhengig av hvem som har en slik plan i følge henholdsvis behandlere eller pasientene selv.

Bidrar utbygging av DPS-er til økt livskvalitet for pasientene?

Vi har ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom de ni DPS-områdene når det gjelder pasienters livskvalitet målt som tilfredshet med ulike livsområder. Vi har imidlertid funnet noen forskjeller mellom undergrupper av pasienter ved at kvinner rapporterer bedre livskvalitet enn menn på fire livsområder, at pasienter med personlighetsforstyrrelser er mindre fornøyd med noen livsområder enn flere av de andre større pasientgruppene, og at pasienter over 60 år er noe mer fornøyd innen et par livsområder enn pasienter i 20- og 30-års alderen. Pasientene samlet sett er mest fornøyd med venner og nærmeste familie, dernest med bolig og nabolag, og minst med det å bo alene og med liv og helse. Skåringene på enkeltspørsmålene viser at pasientene er minst fornøyd med sin psykiske helse.

Bidrar DPS-utbyggingen til økt brukertilfredshet med tjenestene?

Det som kjennetegner pasientenes svar på skjemaet om hvordan de har opplevd tilbudene de har fått våren 2002, er framfor alt at det for det meste svarer at de er fornøyd. Det er bare noen få spørsmål som avviker fra dette mønsteret, og det er spørsmål om forhold som ville gi dem mer innflytelse. Dette gjelder informasjon om retten till journalinnsyn, retten til å få journalført egne ønsker og synspunkter, informasjon om hvor og hvordan en kan klage på tilbudet en får, og mulighet til å påvirke hvem en får som behandler.

For de fleste forhold det spørres etter er det ingen sikre signifikante forskjeller mellom DPS-ene målt ved enveis variansanalyse med testing av parvise forskjeller med Bonferronis tilpasning. De få forskjellene en finner ser bare delvis ut til å kunne ha sammenheng med grad av utbygging av DPS-er.

Samlet oppsummering

Følgende er en kort oppsummering av de resultatene som er presentert i denne rapporten. Siden disse resultatene bare er fra sammenligning av DPS-er ut fra "baseline" data fra et tidspunkt, må resultatene anses som foreløpige og åpne for revisjon når det etter hvert vil foreligge resultater fra sammenligning over tid.

- Definisjon og måling av grad av utbygging har vist seg mye vanskeligere enn antatt, og det er behov for å arbeide videre med dette. Foreløpig har en hellet mest til en skjønnsmessig vurdering av DPS-ene og den variasjon en finner mellom disse, uten å definere det som et robust nok mål for statistiske analyser.
- Ut fra en skjønnsmessig vurdering anses de ni DPS-ene som er med i undersøkelsen å være moderat eller godt utbygd. Det er trolig en svakhet ved utvalget at det ikke er med DPS-er som klarere er lite utbygd.
- De ni DPS-ene når i hovedsak de samme pasientgruppene, men med noe variasjon, som delvis kan se ut til å henge sammen med forskjeller i de tilbud som er bygd opp.
- Store deler av tilbudet om utredning, behandling og rehabilitering ser også ut til å være til stede ved DPS-ene, men det er en del forskjeller når det gjelder dagbehandling, psykoseteam, døgntilbud og team for pasienter med rusmiddelmissbruk i tillegg.
- Det er lite forskjeller i omfanget av samarbeid med andre tjenester.
- Bruk av individuelle planer hadde bare så vidt kommet i gang i 2002, og det var store forskjeller i andelen pasienter som i følge behandlerne hadde individuelle planer.
- Det er ingen signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder pasientenes livskvalitet målt i form av tilfredshet med ulike områder i livet.
- Pasientene er stort sett fornøyd med tilbudene, med unntak av informasjon om de rettigheter de har og deres innflytelse på valg av behandler.

Hovedfunnet er at det er mindre forskjeller mellom DPS-ene enn en kanskje ville vente, ikke minst slik pasientene beskriver sine erfaringer. DPS-ene synes altså å ha mer felles enn det som skiller dem. Det kan forstås slik at pasientene får hjelp selv om tilbudene kan være litt forskjellig. En utfordring i det videre prosjektarbeidet er derfor å få bedre mål forskjeller og deres betydning, slik at en kan lære av disse. På noen punkter er det likevel klare forskjeller, og DPS-ene har blant annet en utfordring i hvordan de videre samarbeider med både pasienter og andre tjenester om å ta individuelle planer i bruk slik intensjonen er.

1. Innledning

1.1 Hovedmål

Utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS-er) er en hovedsatsing i Opptrappingsplan for psykisk helse (Rundskriv I-24/99) for å nå dens overordnede mål om et bedre psykisk helsevern uansett bosted. Prosjektet vil evaluere utbyggingen av DPS-er som virkemiddel for å nå de målene i opptrappingsplanen som forventer at et mer desentralisert psykisk helsevern vil bidra til. Delmålene er spesifisert ved problemstillingene nedenfor.

1. Bidrar utbygging av DPS-er til økt *tilgjengelighet* til tjenestene?
2. Bidrar utbygging av DPS-er til bedre *funksjonsdeling* innen tjenestene?
3. Bidrar utbygging av DPS-er til ønskelige endringer i *behandlingstenkning*?
4. Er *den faglige standard og kvalitet* på tilbudene i utbygde DPS-er tilfredsstillende?
5. Bidrar utbygging av DPS-er til bedre *samarbeid* i behandlingsnettverket?
6. Er det noen sammenheng mellom utbygging av DPS-er og den rolle *primærlegene* og andre deler av *primærhelsetjenesten* har innen behandlingsnettverket?
7. Er det noen sammenheng mellom utbygging av DPS-er og den rolle *privatpraktiserende spesialister* har innen behandlingsnettverket?
8. Bidrar utbygging av DPS-er til høyere *livskvalitet* og *brukertilfredshet* med tilbudene?
9. Bidrar *individuelle planer* til bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet?

Denne første rapporten fra prosjektet belyser følgende av problemstillingene ovenfor utfra data fra "baseline" i 2002 ved å analysere forskjeller i ni DPS-er med ulik utbyggingsgrad:

- Generelt: Utbyggingsgrad og hvilke pasienter som nås (kapitel 2 og 3).
- Problemstilling 4 om tilbudene og faglig standard på disse (kapitel 4).
- Problemstilling 5 om samarbeid i behandlingsnettverket (kapitel 5).
- Problemstilling 8a om pasientenes livskvalitet (kapitel 7).
- Problemstilling 8b om pasienters tilfredshet med tjenestene (kapitel 8).
- Problemstilling 9 om bruk av individuelle planer (kapitel 6).

De andre problemstillingene vil bli belyst i seinere rapporter ved bruk av tilleggsdata fra andre datakilder eller ved sammenligning med data som skal samles inn i 2004.

1.2 Bakgrunn for prosjektet

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

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98)) definerer og beskriver en del prioriterte mål for planlagte endringer gjennom planperioden. Omstrukturering av de voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenestene ved utbygging av distriktspsykiatriske sentre er et sentralt organisatorisk virkemiddel.

Sosial- og helsedepartementet har i Rundskriv I-24/99 (1999) gitt en beskrivelse av hva et distriktspsykiatriske senter (DPS) skal bestå av, og det er denne omtalen som det også henvises til i den veilederen Distriktspsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder (2001) som Statens helsetilsyn senere har gitt ut. Rundskrivet gir denne beskrivelsen:

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

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

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

1.3 Metode

En modell for analyser av utbyggingsgrad og effekt

Analysene av hvilken effekt grad av DPS-utbygging har på tjenestetilbudet og brukertilfredshet er gjort ut fra den modellen som Thornicroft og Tansella har presentert i sin bok *The Mental Health Matrix* (1999), og som igjen bygger på de metoder som gjennom de siste årtier er utviklet og prøvd ut innen helsetjenesteforskning om psykisk helsevern. Modellen viser hvordan en kan analysere de psykiatriske helsetjenestene for en hel nasjon, for et lokalt opptaksområde og for den enkelte pasient. De skiller mellom de ressurser som er tilgjengelige, prosessene som skjer i det tilbudet som gis, og resultatene av tilbudet.

I denne rapporten bruker vi den delen av modellen som gjelder forholdet mellom tilgjengelige ressurser og det tjenestetilbudet som gis innen lokale opptaksområder. Utbyggingsgrad av DPS-er måles da som de ressurser som er tilgjengelig og hvordan disse er organisert. I denne rapporten analyserer vi i hvilken grad vi ut fra data fra ett tidspunkt kan dokumentere virkninger av DPS-utbyggingsgrad på tilbudet som gis, samarbeider mellom DPS-er og andre tjenester, bruk av individuelle planer, pasientenes livskvalitet, og hvordan pasienter og pårørende opplever at tilbudet er.

Problemstillingene i forhold til grad av DPS-utbygging er i denne første rapporten belyst ved sammenligning av data fra 2002 fra ni DPS-er med ulik utbyggingsgrad. I seinere rapporter vil en sammenligne hvert DPS-område på ulike tidspunkt (2002, 2004, 2006) for enda bedre å kunne analysere forskjellene mellom ulike grader av utbygging.

For å redegjøre for ulike deler av materialet der det bruk deskriptive metoder som frekvenstabeller og krysstabeller. For å teste om det er signifikante forskjeller, er det brukt t-test der to grupper sammenlignes. Når flere grupper sammenlignes, er det brukt enveis variansanalyse (ANOVA) med parvis testing med Bonferronis tilpasning. Denne metoden

korrigerer for antallet par som testes og stiller strengere krav til signifikante forskjeller. Der det er påvist forskjeller mellom DPS-er, er disse vurdert i forhold til mål på utbyggingsgrad.

1.4 Forberedelse og datainnsamling

Vi har gjort et utvalg av DPS-områder utfra grad av utbygging av DPS-er for å kunne sammenligne dette og virkningen av det. Samtidig har det vært viktig å ha med DPS-er både i større byer og i landlige områder, fordi en i større byer ikke i samme grad bygger ut egne døgnavdelinger på grunn av kortere avstander til eksisterende døgnavdelinger. Det var også ønskelig å ha en fordeling av DPS-områder på helseregioner, og å ta hensyn til at DPS-ene måtte være oppgående nok til at de kunne levere de nødvendige data.

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

Utfra noen kriterier på grad av utbygging (godkjenning, antall ulike kliniske enheter, bemanning, grad av samlokalisering) og krav til noe spredning by/land ble 11 DPS-er i januar 2002 invitert til å delta, og ni av disse ble med på prosjektet. Disse har til sammen 48 kommuner/bydeler med vel 12 % av landets befolkning i sine opptaksområder. Flere av DPS-ene skulle med stor grad av sikkerhet gjennomgå vesentlige steg i utbyggingen i løpet av de neste årene, slik at det ville bli endringer i utbyggingsgrad. I kapittel 2 er det gitt en oversikt over DPS-ene, og i vedlegg A viser tabell 3 antall pasienter ved ulike basisenheter.

Utformingen av prosjektet ble godkjent av Etisk forskningskomite for Helseregion Midt-Norge og meldt til Datatilsynet gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Sosial- og helsedirektoratet gav dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med innhenting av data fra helsetjenester, under forutsetning av at en ikke registrerte pasientenes kommunetilhørighet, noe DPS-ene fikk beskjed om siden det var laget et datafelt for dette.

De ni DPS-ene skulle registrere data om alle pasientene de hadde kontakt med i registreringsperioden 15.april til 10.juni 2002. Hver pasient skulle registreres bare en gang under registreringsperioden, men en skulle registrere alle tilbud som ble gitt i hele perioden. Registreringsskjema og spørreskjema finnes som vedlegg bakerst i denne rapporten.

Med mange som registrerer opplysninger i en travel hverdag er det ikke til å unngå at det skjer noen feilregistreringer og er noen manglende opplysninger. Men datamaterialet er etter vår vurdering godt nok til å kunne belyse de aktuelle problemstillingene. Testing av behandlernes skåringer av beskrevne pasienteksempler ved to av DPS-ene tyder på at de kliniske vurderingene i hovedsak er pålitelige (reliable) nok til å gjøre sammenligninger.

Behandlerne skulle gi informasjonsbrevet om undersøkelsen til pasientene, og pasientene ble i det spurt om å gi samtykke til bruk av et anonymisert kodenummer, samtykke til at de selv mottar et spørreskjema, og samtykke til at nærmeste pårørende kunne få et spørreskjema om sitt syn på tilbudene fra psykisk helsevern. Det anonyme kodenummeret skulle brukes til å koble opplysninger om samme pasient uten å kjenne pasientens identitet. Kodenummeret oppbevares av DPS-lederen og skal slettes ved avslutning av prosjektet 31.12.06.

Det ble ved hvert DPS gjennomført opplæring i de kliniske skåringsskalene som skulle brukes, og ved hvert DPS har det vært en lokal koordinator som ledet organisering og gjennomføring av datainnsamlingen. Prosjektet har vinteren 2002/2003 gitt tilbakemeldinger til DPS-ene ved lokale halvdagsseminarer med sammenligning mellom dem og de andre. De får også de publikasjoner som kommer fra prosjektet og en oversikt over egne data

Det vises ellers til mer supplerende tabeller og omtale av datamateriale i vedlegg A.

2. Ressurser og grad av utbygging av DPS-er

Dette kapitlet beskriver de ni DPS-ene, noen aktuelle mål på utbyggingsgrad, og i hvilke grad de ni DPS-ene er utbygd i henhold til ulike mål for grad av utbygging.

En del tabeller og grunnlagsmateriale for dette kapitlet finnes i vedlegg A2.

2.1 Oversikt over de ni DPS-ene

Nedenfor følger en kort omtale av hver av de ni DPS-ene som er med i denne undersøkelsen. Vedlegg A inneholder en større tabell over ulike enheter og pasienter ved DPS-ene.

Moss DPS består av en poliklinikk og hadde ikke noen egne døgnavdelinger eller andre kliniske enheter i 2002. Lokale døgnplasser var definert ved DPS Sarpsborg. Poliklinikken har holdt til i en brakke, og et nybygg med plass til poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling var under oppføring i 2002 og skulle tas i bruk ved årsskiftet 2002/2003. Moss DPS er altså en av de DPS-ene som vil være vesentlig mer utbygd i 2004 og 2006.

Indre Østfold DPS hadde i 2002 poliklinikk og dagtilbud ved sykehuset i Askim, og en døgnenhet ved Edwin Ruuds hospital noen km utenfor Askim. Alle enhetene ved DPS-et skulle i løpet av høsten 2002 samlokaliseres i nyoppussende lokaler i Edwin Ruuds hospital. Indre Østfold DPS vil derfor også gjennomgå endringer og videre utbygging innen 2004 og 2006.

Lillestrømklubben er et DPS som dekker nedre Romerike. Den er etablert i nybygg i utkanten av Lillestrøm og har poliklinikk, dagavdeling, psykoseteam og psykiatrisk ungdomsteam (PUT, rusteam) på samme sted. To døgnenheter (Moenga og Fjerdingby) hører også til DPS-et, men er fysisk plassert andre steder på Romerike.

Sinsen DPS holder til på Sinsen i Oslo og har poliklinikk, dagavdeling, rehabiliteringsteam og boenhet. Alle enhetene er samlokalisert i to bygninger som ligger tett ved hverandre.

Lillehammer DPS har poliklinikk og rusteam ved sykehuset i Lillehammer. Det har også en poliklinikk i Otta, som er i andre enden av opptaksområdet oppover i Gudbrandsdalen. De to døgnenhetene (Kløverhagen og Bredebygden) ligger lenger nord i Gudbrandsdalen, og den siste er ved poliklinikken i Otta. Det er langsiktige planer om å bygge en døgnavdeling ved sykehuset i Lillehammer, men dette skjer neppe innen tidsrammen fram til 2006.

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

Nordre Vestfold DPS ligger ved Holmestrand og har poliklinikk med gruppeteam, psykoseteam, psykiatrisk ungdomsteam (PUT), rusteam, og tre døgnenheter. Alle disse kliniske enhetene er samlokalisert i flere bygninger som ligger like ved hverandre.

Betanien DPS ved Bergen har to poliklinikker (Fyllingsdalen og Laksevåg), dagavdeling, rehabiliteringsteam og døgnavdeling. Alle enhetene er samlokalisert ved det lokale somatiske sykehuset (Betanien), med unntak av den ene poliklinikken.

Vesterålen DPS i Stokmarknes har poliklinikk, en døgnenhet ved sykehuset i Stokmarknes, og en døgnenhet på Andenes (ca. 2 timer med bil) i andre delen av opptaksområdet. Det forberedes også oppstart av en annen mindre døgnenhet i en annen del av opptaksområdet.

2.2 Aktuelle mål på utbyggingsgrad av DPS-er

Karakteristika ved opptaksområdene

Opptaksområdene kan i seg selv bidra til en del variasjon som kan ha betydning for hvordan tilbudet i området er. Blant de mest aktuelle mål for dette er størrelsen på befolkningen i området, antallet kommuner/bydeler DPS-et skal forholde seg til, og størrelse på disse. Varisjonen innen de ni DPS-områdene er som nedenfor, og med detaljert tabell i vedlegg A:

- Befolkningen i opptaksområdene er fra 31 000 til 138 000.
- Antallet kommuner/bydeler i opptaksområdene er fra 2 til 12.
- Størrelsen på kommunene i opptaksområdene er fra 6000 til 32000.

Økonomiske ressurser

Brutto driftsutgifter kan være et mål på økonomiske ressurser og utbyggingsgrad. Siden det mest av utgiftene innen psykisk helsevern er lønns- og personalkostnader, vil brutto driftsutgifter også måle noe av det samme som bemanning. Det er ønskelig å bruke både et mål på reelle økonomiske ressurser og et mål som er korrigert for folketallet. Brutto driftsbudsjett og brutto driftsbudsjett pr innbygger har denne variasjon ved de ni DPS-ene:

- Bruttobudsjett for de ni DPS-ene er fra 19,1 mill kr til 45,8 mill kr (snitt 24,5 mill kr)
- Brutto utgifter pr innbygger for de ni DPS-ene er fra kr 331 til kr 708 (snitt kr 529).

Etablerte kliniske enheter og samlokalisering

DPS-ene bør ha både poliklinikk, dagtilbud, ambulant team og kortids og langtids døgntilbud. Et mål på utbyggingsgrad kan derfor være hvor mange ulike typer slike enheter som er etablert (bredden i tilbudet) og eventuelt i hvilken grad disse enhetene er samlokalisert. Tabeller i vedlegg A (kap.10.2) viser :

- De ni DPS-ene har alle poliklinikk, seks har dagavdeling, fire har PUT/rusteam og alle har en eller flere døgnavdelinger eller tilgang på slike.
- De ni DPS-ene har fra to til fem typer behandlingseenheter, -altså ulik bredde i tilbudet.

Samlokalisering av enhetene skal bidra til at fagmiljøet blir større og tilbudet bredere. En del DPS-er er etablert ved å kombinere en poliklinikk med ett eller flere psykiatriske sykehjem som utvikles til mer aktive døgnenheter. Ofte ligger disse på andre steder enn poliklinikken. Samtidig kan det øke tilgjengeligheten å ha polikliniske og kanskje også andre tilbud mer enn ett sted dersom opptaksområdet er stort og med lange avstander. Det er derfor usikker i hvilken grad samlokalisering kan være et godt mål på utbyggingsgrad.

Bemanning

Samlet bemanning og antall fagpersoner i ulike grupper er potensielle mål på utbyggingsgrad. Det er følgende variasjon i faktisk bemanningen ved de ni DPS-ene:

- Samlet bemanning er fra 40 til 90 (snitt 63).
- Antall leger og psykologer er fra 8 til 27 (snitt på 13).
- Antall spesialister av leger og psykologer er fra 3 til 12 (snitt på 7).
- Antall fagpersoner med høyskoleutdannng er fra 11 til 40 (snitt på 27).

Justert for folketallet i opptaksområdet blir bemanningen pr 100 000 innbyggere:

- Samlet bemanning pr 100 000 er fra 78 til 194 (snitt 115).
- Antall leger og psykologer pr 100 000 er fra 17 til 32 (snitt på 22).
- Antall spesialister av leger og psykologer pr 100 000 er fra 6 til 19 (snitt på 12).
- Antall fagpersoner med høyskoleutdannng pr 100 000 er fra 21 til 103 (snitt på 51).

Som tallene ovenfor viser, er det stor variasjon i bemanning ved alle disse måtene å måle dette på, enten en måler faktisk bemanning eller bemanning justert for folketall. Justering for folketall endrer mye på rekkefølgen mellom DPS-ene når det gjelder ressurser.

Behandlernes kompetanse

Aktuelle mål på faglig kompetanse kan være:

- Antall og/eller andel av fagpersoner som har tatt en mer omfattende videreutdanning.
- Bredden i den kompetanse som behandlerne ved DPS-et/enheten har samlet sett.

Pågående kompetansebygging

Aktuelle mål på pågående kompetansebygging kan være:

- Andel av fagpersonene som mottar veiledning regelmessig.
- Regelmessig og systematisk undervisningsopplegg internt ved DPS-et

Samlet skjønnsmessig vurdering

En mulighet er også å gjøre en samlet skjønnsmessig vurdering av utbyggingsgrad ved DPS-ene, trolig med hovedvekt på omfang og bredde av fagmiljø og basisenheter. Dette vil kreve mer arbeid og utprøving, og vi vil derfor arbeide videre med sikte på å få til dette.

2.3 Status for ressurser og utbyggingsgrad

De ni DPS-ene representerer stor variasjon når det gjelder **økonomiske ressurser** i form av brutto driftsbudsjett. Variasjonen er stor også når en ser på driftsbudsjettet målt i kroner pr innbygger, men slik at DPS-ene da delvis skifter plass når det gjelder hvem som ligger høyest og lavest. Forskjeller er mer enn 2:1 på høyeste og laveste budsjett pr innbygger. Uten noen norm for dette er det vanskelig å vurdere utbyggingsgrad ut fra økonomi.

Det er også stor variasjon i **bemanning**, både for samlet bemanning og leger/psykologer. Men denne forskjellen er noe mindre for bemanning sett i forhold til folketallet. Det er ingen offentlige normer for bemanning. Vurderinger av bemanningen bør skje i forhold til antallet basisenheter, størrelsen på opptaksområdet og hvilke funksjoner DPS-et skal dekke innen det samlede tjenestetilbudet. Samtidig må det være en viss minimumsbemanning for å sikre et fagmiljø som er stort nok og ikke for sårbart ved fravær.

Det er betydelig **fagkompetanse** ved de fleste DPS-ene som er med i dette prosjektet, både ut fra antallet fagpersoner av ulike grupper og den kompetanse de har fra videreutdanning. Noen av DPS-ene vurderes av prosjektleder til å være godt utbygde med et bredt og samlet sett stort fagmiljø. Andre har mindre bredde, men likevel god kompetanse på flere områder.

Også for **bredde på tilbudet** ut fra antallet ulike basisenheter med ulike funksjoner, er det en del forskjeller mellom de ni DPS-ene. Noen av de som har størst fagmiljø og har holdt på lengst, dekker alle de funksjoner som er omtalt i myndighetenes beskrivelse av hvilke tilbud som skal finnes ved et DPS. Dette er vist i en større tabell i vedlegg A (kap.10.2).

Samlet vurdering ut fra ressurser og utbyggingsgrad

De ni DPS-ene representerer moderat til stor grad av utbygging sammenholdt med myndighetenes beskrivelse av hvordan et DPS skal være. Vurdering av utbyggingsgrad er vanskelig fordi DPS-ene er ulike når det gjelder hvilke deler som er godt utbygd. En eventuell rangering etter utbyggingsgrad vil derfor kunne variere med hva en legger vekt på.

Definisjon og måling av grad av utbygging har vist seg mye vanskeligere enn antatt. De ulike forslag til mål som er nevnt ovenfor, har vist seg lite nyttige i praksis. Våre forsøk hittil på å trekke disse inn i data-analyser som f.eks. regresjonsanalyser, har ikke vist noen forklaringsverdi av betydning. Vi har derfor heller ikke inkludert slike analyser i denne rapporten, men vil vurdere det i seinere publikasjoner dersom vi finner mål som er nyttige. Det som er sagt i avsnittet ovenfor er derfor med forbehold om at videre arbeid med prosjektet torlig vil kunne gi bedre data som gjør at vi må revidere noen av de foreløpige funn som er presentert i denne rapporten. I en kommende rapport vil vi også se hvordan disse ni DPS-ene plasserer seg innen hele det nåværende spekter av utbyggingsgrad av DPS-er sett ut fra omfang og bredde på basisenheter og bemanning.

3. Hvilke pasienter får tilbud ved DPS-ene?

Dette kapitlet beskriver hva som kjennetegner pasientene ut fra opplysningene som er gitt ved behandlerne i skjema A, som finnes i vedlegg B bakerst i rapporten. Flere tabeller og grunnlagsmateriale for dette kapitlet finnes i vedlegg A3.

Helsetilsynets veileder Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder (2001) har et underkapitel (3.2) om målgrupper og avgrensninger for DPS-ene. Der står det følgende: *Skillet mellom hvilke pasienter som kan behandles ved et distriktpsikiatrisk senter og hvem som må behandles ved en sentralsykehusavdeling, vil i liten grad følge skillelinjene mellom diagnostiske grupper. Fordelingen av pasienter og oppgaver må primært skje ut fra tilstandens alvorlighetsgrad, utrednings- og behandlingsbehov, pasientens funksjonsnivå og mestringsevne, og hva slags kompetanse og ressurser som er tilgjengelig i de ulike delene av spesialisthelsetjenestene.*

Ut fra sitatet ovenfor skal DPS-ene ikke primært ta imot bestemte diagnostiske grupper, men pasienter som de har kompetanse og ressurser til å ta imot og gi et faglig godt tilbud. Mål for alvorlighetsgrad og funksjonsnivå innen ulike områder er derfor like relevant som diagnose for vurdering av hvilke pasienter DPS-ene skal gi tilbud til. I denne undersøkelsen har vi derfor i tillegg til å registrere diagnose brukt flere mål for alvorlighetsgrad og funksjonsnivå. Vi kan derfor sammenligne pasienter ved ulike DPS-er og ulike typer kliniske enheter innen disse. Med tilsvarende data fra sentralsykehusavdelinger ville en også kunne sammenligne pasienter ved DPS-er og sentralsykehus.

3.1 Sosiodemografiske forhold og tidligere behandling

Av de 3349 pasientene som ble registrert, var det 58,5 % kvinner og 40,1 % (ubesvart for 1,4 %). Det var altså en skjevfordeling med en større andel kvinner. Gjennomsnittsalderen var 39,5 år for kvinner og 38,8 år for menn. Enveis variansanalyse med Bonferronis tilpasning viste signifikante forskjeller mellom DPS-er ($F=12,054$, $p<0,001$) for alder.

Tabell 3.1 Fordeling på aldersgrupper og kjønn

	Kvinner		Menn		Til sammen	
	N	%	N	%	N	%
10-19 år	56	3,0	24	1,8	80	2,5
20-29 år	436	23,3	308	23,7	744	23,5
30-39 år	528	28,3	397	30,6	925	29,2
40-49 pr	428	22,9	319	24,6	747	23,6
50-59 år	278	14,9	185	14,2	463	14,6
60-69 år	83	4,4	47	3,6	130	4,1
70-79 år	40	2,1	12	0,9	52	1,6
80-89 år	17	0,9	6	0,5	23	0,7
90-99 år	3	0,2	1	0,1	4	0,1
Til sammen	1869	100.0	1299	100.0	3168	100.0

Tabellen bygger på de av utvalg A (se vedlegg A1) der alder og kjønn er registrert.

Etnisk og kulturell bakgrunn ble registrert med tre grove kategorier: Norsk, vestlig (vest-europeisk eller vestlige verden) og annen (utenom den vestlige verden). Sinsen DPS, som dekker tre bydeler øst i Oslo, skiller seg klart ut med en signifikant større andel en de andre DPS-ene når det gjaldt pasienter med fremmedkulturell bakgrunn..

Behandlernes skåringer av pasientene viste at 35,2 % av pasientene hadde lite/ikke noe nettverk, 49,5 % hadde lite/ingen støtte og kontakt, og 62,9 % deltok lite/ikke i lokalmiljøet. Omfanget av sosiale problemer var altså betydelig, trass i at flertallet er polikliniske. Det var signifikante forskjeller mellom DPS-ene for disse målene på pasientenes sosiale fungering.

Nær halvparten av pasientene hadde tidligere bare hatt poliklinisk behandling, flertallet av de resterende hadde hatt kortere eller lengre døgnopphold, og 2,3 % har vært døgnpasient det meste av tiden siden de ble dårlige. De fleste av de som bare hadde hatt poliklinisk behandling eller som stort sett hadde vært innlagt, hadde våren 2002 samme tilbud som tidligere. Men det var mer bevegelse i de midtre gruppene som hadde hatt kortere eller lengre døgnopphold tidligere. Mer detaljer om dette finnes i en tabell i vedlegg A (kap. 10.3).

Antall førstegangshenviste blant de polikliniske pasientene var 35,6 %, blant dagpasientene 21,8 %, i ambulante team 8,9 % og i døgnavdelinger 12,8 %. De fleste i døgnavdelinger har altså vært i kontakt med psykisk helsevern før, mens hver tredje polikliniske pasient ikke har vært det. To av DPS-ene hadde større eller mindre andel førstegangshenviste enne de andre.

3.2 Fordeling på diagnostiske grupper

Opplysninger om diagnoser er basert på ICD-10 som er utarbeidet og utgitt av WHO, og som brukes i Norge som diagnosesystem i klinisk arbeid og i offentlig statistikk.

Tabell 3.2 Hoveddiagnoser og bidiagnoser for hele materialet

	Hoveddiagnose		Bidiagnose 1 *		Bidiagnose 2 *	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Organisk lidelser	26	0,8	11	0,3	4	0,1
Misbruk alkohol/stoff	175	5,2	132	3,9	32	1,0
Schizofreni spektrum lidelser	432	12,9	19	0,6	1	0,0
Stemningslidelser	1159	34,6	251	7,5	40	1,2
Angstlidelser	808	24,1	341	10,2	86	2,6
Spiseforstyrrelse	47	1,4	50	1,5	14	0,4
Personlighetsforstyrrelser	344	10,3	155	4,6	50	1,5
Psykisk utviklingshemming	13	0,4	7	0,2		
Lidelser hos barn/unge	44	1,3	16	0,5	3	0,1
Andre/uspesifisert lidelser	90	2,7	59	1,8	10	0,3
Ingen diagnose	211	6,3	2308	68,9	3109	92,8
Til sammen	3349	100,0	3349	100,0	3349	100,0

* Det var oppgitt to bidiagnoser på 1041 og en bidiagnose på 240. Tabellen bygger på utvalg A slik det er omtalt i vedlegg A1.

Stemningslidelser eller angstlidelser utgjør i alt 58,7 %. Schizofreni og beslektede tilstander er 12,9 %, og personlighetsforstyrrelser 10,3 %. Andel pasienter med psykose er 668 (19,9 %). Den diagnostiske fordelingen er i hovedtrekk den samme for alle DPS-ene, men det er også en del forskjeller. Det er signifikante forskjeller i andelen av pasienter med psykose.

3.3 Alvorlighetsgrad av psykiske problemer

GAF (Global Assessment of Functioning Scale) består av en skåringsskala fra 1 (dårligst fungerende) til 100 (best fungerende). Det er obligatorisk i psykisk helsevern for voksne å skåre alle pasientene på GAF ved å bruke en todelt skala for henholdsvis symptomnivå (GAF-S) og funksjonsnivå (GAF-F). Begge skalaene finnes som vedlegg bakerst i rapporten.

Enveis variansanalyse viser signifikante forskjeller mellom DPS-er for både GAF-S ($F=7,82$ og $p<0,001$) og GAF-F ($F=10,15$ og $p<0,001$). De kliniske forskjellene er imidlertid ikke store. DPS-er som er mer utbygde og/eller har psykoseteam har noe dårligere pasienter i gjennomsnitt enn andre DPS-er. Se kap.10.2 i vedlegg A om pålitelighet av skåingene.

Tabell 3.3 Skåringer på symptomnivå og funksjonsvikt (GAF) ved de ulike typer enheter

	GAF symptomnivå (GAF-S)			GAF funksjonsvikt (GAF-F)		
	Antall	Gj.snitt	St.avvik	Antall	Gj.snitt	St.avvik
Poliklinikk	2126	55,3	11,6	2125	54,6	13,4
Dagavdeling	207	51,2	7,8	207	50,1	8,5
Ambulant team	225	43,1	11,7	225	44,1	11,8
Døgnavdeling	263	45,5	15,9	263	43,3	15,6
Rusteam	224	50,5	14,9	224	50,2	15,3

Lav skåring er høyt symptomnivå og stor funksjonsvikt. Utvalg A som omtalt i vedlegg A1.

Enveis variansanalyse viser signifikante forskjeller mellom ulike typer behandlingseenheter for både GAF-S ($F=84,54$ og $p<0,001$) og GAF-F ($F=69,82$ og $p<0,001$). Testing av parvise forskjeller med Bonferronis tilpasning viser at det døgnavdelingene og psykoseteamene har dårligere pasienter enn de andre typene enheter. Det er ikke signifikante forskjeller mellom dagavdelinger og rusteam, og ikke mellom døgnavdelinger og psykoseteam. Målt med GAF har altså psykoseteamene omtrent like dårlige pasienter som døgnavdelingene.

En tabell i vedlegg A3 viser GAF-skåringer for ulike diagnostiske grupper.

Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) er et sett med 12 skåringsskalaer for bruk i daglig klinisk praksis. Det dekker de viktigste områdene når det gjelder psykiske problemer. Hver av skalaene skåres på en fem trinns skala fra 0 (ingen problem) til 4 (alvorlig eller svært alvorlig problem). Skalaene finnes i vedlegg B bakerst i rapporten.

Tabell 3.4 Andel (prosent) av pasienter med alvorlige* problemer innen områder skåret på HoNOS

Skalaer	Poliklinisk	Dagavdeling	Psykoseteam	Døgnavdeling	Rusteam	Til sammen
1 Overaktiv / aggressiv	2,4	0,5	1,8	1,5	5,1	2,3
2 Selvskade	3,7	2,4	1,8	4,5	1,4	3,4
3 Bruk av alkohol/stoff	3,4	5,8	5,0	3,4	36,8	6,1
4 Kognitiv problem	2,3	0,5	8,9	11,7	5,6	3,7
5 Fysisk sykdom	13,5	13,5	10,8	16,2	12,4	13,5
6 Hallusinasjoner	4,8	0,5	25,1	17,3	5,6	7,1
7 Senket stemningsleie	20,9	22,3	9,5	21,1	22,5	20,3
8 Andre problem	50,3	70,6	55,8	47,5	55,6	52,3
9 Forhold til andre	18,5	34,6	43,3	27,8	28,1	22,9
10 Dagliglivets aktiviteter	6,1	5,6	17,8	23,8	11,5	8,8
11 Boligforhold	2,3	2,9	9,0	8,5	10,8	4,0
12 Yrke og aktiviteter	8,3	6,2	10,8	10,1	14,5	8,9

Tabellen bygger på utvalg A som det omtalt i vedlegg A1. *) Alvorlige: Skåring på 3 eller 4.

Et mildt problem er vanligvis av klinisk betydning, men ikke nødvendigvis slik at det må behandles. Moderat alvorlig eller (svært) alvorlig problem vil vanligvis trenge behandling. På skala 8 kan en skåre angstproblemer eller andre problemer som ikke dekkes av de 7 første.

Tabellen ovenfor viser hvilke problemprofiler pasientene ved ulike typer kliniske basisenheter har for de ni DPS-ene samlet, og et aktuelt spørsmål er i hvilken grad det utvalget av slike basisenheter som finnes ved et DPS påvirker hvilke pasienter som får tilbud ved DPS-et.

Enveis variansanalyse viser at det ikke er signifikante forskjeller mellom DPS-ene for HoNOS-skalaene 2 og 6, at det er moderat signifikante forskjeller ($p < 0,05$) for skalaene 1, 8 og 11, og at det er svært signifikante forskjeller ($p < 0,001$) for resten av skalaene. Det er altså en forskjell mellom DPS-ene når det gjelder type og alvorlighetsgrad av pasientenes problemer.

Behandlerne vurderte det slik at de siste 6 månedene hadde 3,9 % av pasientene misbruk av alkohol mens 1,3 % var avhengige. Tilsvarende tall for medikamentmisbruk var henholdsvis 2,4 % og 1,5 %, og for narkotika 2,4 % og 2,5 %. Enveis variansanalyse viste svært signifikante forskjeller mellom DPS-ene for alle tre skalaene i tabellen ovenfor.

3.4 Status og forskjeller for hvilke pasienter DPS-ene behandler

Status for hvilke pasienter DPS-ene behandler

Tabell 3.2 i dette kapitlet viser at de ni DPS-ene våren 2002 gav tilbud til alle de større pasientgruppene, slik det er omtalt i begynnelsen av dette kapitlet at det forventes. Det vises også til tabeller i vedlegg A3.

Som referert i begynnelsen av dette kapitlet, skal arbeidsdelingen mellom DPS-er og sentralsykehusavdelinger primært skje etter alvorlighetsgrad av pasientenes tilstand, mer enn etter diagnose. For å kunne vurdere hvordan denne arbeidsdelingen mellom DPS-er og sentralsykehus fungerer, trenger en data fra begge typer institusjoner. Vi vil sammenstille dette i en rapport som skrives om DPS-ene og det samlede helsetjenestetilbudet.

Statlige myndigheter har vært opptatt av at DPS-ene og deres poliklinikker også skal gi tilbud til pasienter med psykoser. Ved de ni DPS-ene hadde 21,3 % av pasientene en psykosediagnose, og ved poliklinikkene hadde 16,5 % en slik diagnose. Det største andelen av pasientene var registrert ved poliklinikkene (se forøvrig tabell i vedlegg A3).

Forskjeller mellom DPS-ene i hvilke pasienter de behandler

Det er i hovedtrekk samme diagnostiske profil for pasientgruppene ved de ni DPS-ene, men med noe variasjon. Med unntak av ett DPS som har større andel psykosepasienter enn de andre, er det ikke sikre forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder hvor stor andel av pasientene som har psykosediagnose.

Det er signifikante forskjeller mellom noen av DPS-ene når det gjelder hvor dårlige pasienter der har vurdert ut fra skåringene på GAF og HoNOS. Det varierer litt for de ulike typene problemer hvilke DPS-er som har pasienter med gjennomsnittelig større alvorlighetsgrad. Disse forskjellene ser i hvert fall delvis ut til å henge sammen med hva slags type kliniske enheter DPS-ene har. Psykoseteam og døgnavdelinger bidrar til at DPS-et har flere pasienter med mer alvorlige problemer, mens dagavdelingene med fokus på grupperpsykoterapi øker andelen av mer homogene pasientgrupper med noe mindre alvorlige problemer.

Ut fra en samlet vurdering av ulike analyser ser det ut til at et stort og bredt fagmiljø, egne psykoseteam og døgnavdelinger for psykotiske pasienter ser ut til å være faktorer som bidrar til at en når flere pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

4. Tjenestetilbudet og dets faglige innhold

En av problemstillingene i dette prosjektet er om det er tilfredsstillende faglig standard og kvalitet på tilbudene ved utbygde DPS-er. Datamaterialet i dette kapitlet er i for det meste hentet fra skjema B, samt fra deler av det som er registrert på skjema A. Begge skjema er med blant vedlegg B bak i rapporten.

Noen tabeller og datagrunnlag for dette kapitlet finnes i vedlegg A4. Prosjektet mottok utfylte skjema B for 3364 pasienter. Vedlegg A1 inneholder en oversikt og orientering om datakvalitet og ulike utvalg.

4.1 Utredning og undersøkelser

I registrerings skjemaet B ble behandlerne bedt om å registrere antall ganger et tiltak ble gjennomført for den enkelte pasient i løpet av registreringsperioden på 8 uker. Ulike former for utredning og undersøkelse av en av de tiltakene som skulle registreres. Det er en tabell over utredning i vedlegg A4.

En stor andel av pasientene (39,7 %) er under utredning i løpet av registreringsperioden. Det brukes i gjennomsnitt nær to samtaler (konsultasjoner) på klinisk utredning av hver pasient. De fleste av disse pasientene er trolig i utredningsfase, men en del kan også være et ledd i revurderinger under behandling. I alt 1336 pasienter hadde til sammen 2888 sesjoner med utredning (2,2 i snitt).

Det er signifikante forskjeller mellom DPS-ene ved enveis variansanalyse ($F=5,23$ og $p<0,001$) når det gjelder omfang av utredningssamtaler pr pasient. Forskjellen synes delvis å henge sammen med at det ved tre DPS-er er registrert svært få med mer enn tre utredningssamtaler i forhold til ved de andre.

Tall justert for folketall i opptaksområdet viser at de fleste DPS-ene med unntak av to utreder omtrent like mange (nær 300 pr 100 000 innbyggere) i registreringsperioden, men at summen av utredningssamtaler pr 100 000 innbyggere varierer mer. Informasjon fra en av de to DPS-ene med færre utredninger i forhold til folketallet kan tyde på at det særlig i begynnelsen av registreringsperioden var en del utredningspasienter de ikke fikk registrert. Eventuell variasjon i dette kan også medvirke til forskjeller.

4.2 Psykoterapi og annen behandling

Behandlerne ble bedt om å registrere hvor mange ganger (konsultasjoner) pasienten har fått den enkelte type behandling i løpet av registreringsperioden. En tabell i vedlegg A (kap.10.4) viser omfanget av ulike behandlingsformer for alle de ni DPS-ene samlet. Alle forskjellene som rapporteres nedenfor er funnet ved enveis variansanalyse med parvis t-tester med Bonferronis tilpasning.

Støttende psykoterapi er den hyppigste behandlingsformen, etterfulgt av konsultasjoner for vurdering eller oppfølging av medikamentell behandling. Ulike former for individualterapi er betydelig mer brukt enn ulike former for gruppeterapi, og kognitiv atferdsterapi er mer utbredt enn psykodynamisk psykoterapi. Familieterapi brukes også en del, men flerfamiliegrupper er ikke kommet i utstrakt bruk.

I alt 2 809 pasienter hadde til sammen 18 404 sesjoner med behandling (6,6 i snitt). Det meste av dette var individualterapi (13 731 sesjoner fordelt på 2 630 pasienter med 4,2 sesjoner i snitt), og dernest kom gruppeterapi (3 434 sesjoner for 246 pasienter med 9,9 sesjoner i snitt). Mer detaljer finnes i tabellen i vedlegg A (kap.10.4).

For **individualterapi** var det signifikante forskjeller i gjennomsnitt mellom DPS-er ($F=8,03$ og $p<0,001$). Det store flertallet av disse pasientene er polikliniske pasienter. Det er større forskjeller mellom DPS-ene i befolkningsjusterte tall for individualterapi enn det var for utredning. **Kriseintervensjon** er vanligvis noen få samtaler over kortere tid i forbindelse med en hendelse som oppleves som vanskelig. Ut fra enveis variansanalyse var det ingen signifikant forskjell mellom DPS-ene i omfanget av slike samtaler pr pasient. For **rådgivende samtaler** var det heller ingen sikker statistisk forskjell.

For **psykodynamisk psykoterapi** var det er signifikante forskjeller i antallet samtaler pr pasient ($F=2,52$ og $P=0,012$). For **kognitiv atferdsterapi** var det også signifikante forskjeller i antallet samtaler pr pasient ($F=4,23$ og $P<0,001$). Tallene var høyest ved to DPS-er både når det gjaldt antall pasienter som fikk denne behandlingen og antallet samtaler pr pasient. Halvparten av pasientene som fikk **interpersonlig psykoterapi (IPT)** (med elementer fra psykodynamisk og kognitiv terapi) var ved to DPS-er. Antallet samtaler pr pasient var signifikant høyere ved et DPS enn ved flere andre ($F=3,80$ og $p<0,001$).

For **gruppeterapi** skilte et DPS seg ut fra de andre ved å ha signifikant mer omfang av gruppeterapi pr pasient (p fra 0,001 til 0,03). Bruk av gruppeterapi henger mye sammen med om DPS-et har dagavdeling der gruppeterapi oftest er en viktig behandlingsform. Et annet DPS skiller seg tydelig ut når det gjelder hvor mange en når med tilbud om gruppeterapi i forhold til befolkningen i området.

Tabellen viser også omfanget av **familierapi og familiearbeid**. Begrepet familiearbeid brukes nå i økende grad der familien ikke defineres inn i en pasientrolle, men mer som en samarbeidspartner som en søker å bistå i dens bestrebelser på å hjelpe en i familien som har en psykisk lidelse. Det er ingen signifikante forskjeller i gjennomsnitt mellom DPS-er ($F=0,938$ og $p=0,49$). Familieterapi er mye mindre brukt enn individualterapi og gruppeterapi.

Billedterapi eller **musikkterapi** er ulikt fordelt når det gjelder omfang pr pasient ved de fem DPS-ene som har registrert dette ($F=12,78$ og $p<0,001$). Både samlet omfang og omfang pr pasient er størst ved to DPS-er. **Fysioterapi** er i hovedsak gitt ved to DPS-er. Det er altså en behandlingsform som brukes lite, og det er ikke nok omfang til å teste om det er statistisk signifikante forskjeller.

ECT (elektrokonvulsiv behandling) er registrert ved fire DPS-er. Her er det signifikante forskjeller mellom disse når det gjelder antall ganger pr pasient ($F=7,06$ og $p<0,01$), men slik at antall ganger pr pasient er høyest der en har gitt ECT til få pasienter og lavt der en har gitt ECT til flere pasienter. **Lysbehandling**, som brukes ved depresjoner som er knyttet til årstid, er også bare registrert ved fire DPS-er (en pasient med 24 behandlinger ved et DPS og noe få med en behandling hver ved tre andre DPS-er).

4.3 Rehabilitering

Neste tabell viser ulike former for rehabilitering og annen hjelp som har mer som siktepunkt å hjelpe pasienten til å leve best mulig med sin psykiske lidelse, enn å bli kvitt lidelsen. Også en tabell over dette finnes i vedlegg A4.

DPS-enes virksomhet i dette området konsentrerer seg mer om trening i sosial og praktisk fungering enn om sosiale tiltak og praktisk hjelp, som i hovedsak er oppgaver for kommunale tjenester. Det drives en del oppsøkende virksomhet fra DPS-ene ved at de møter pasientene i deres hjem eller ute i samfunnet. Antallet pasienter som mottar ulike tilbud innen rehabilitering, er generelt mye mindre enn det antallet som mottar ulike former av f eks individualterapi. Det er signifikante forskjeller i gjennomsnitt mellom DPS-er ($F=2,65$ og $p=0,007$).

Tabellen ovenfor gjenspeiler til en viss grad at noen DPS-er har psykoseteam eller rehabiliteam som arbeider en del med rehabilitering av pasienter med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Kolonnen med gjennomsnittlig antall ganger en har møtt pasienten i løpet av de 8 ukene viser også at hyppigheten i kontakt er mye høyere i dette arbeidet enn i de i hovedsak polikliniske behandlingsformene som er vist i tabellene ovenfor om behandling.

For sosial trening er det signifikant forskjell mellom DPS-ene i omfanget pr pasient, men er det ingen signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder omfang pr pasient av praktisk trening fysisk trening, sosiale tiltak, hjelp med husarbeid, hjelp med egenomsorg, hjelp med oppfølging, hjelp i hjemmet og besøk ute.

4.4 Medikamentell behandling

Bruk av psykofarmaka ble registrert på skjema B med navn på medikament og døgndose for det tidsrommet pasienten brukte medikamentene innen registreringsperioden på 8 uker. En tabell i vedlegg A viser antallet pasienter som brukte de ulike typer psykofarmaka, samt gjennomsnittelig dose for hver medikamentgruppe. Dosen er omregnet til definest døgndose (DDD), som viser medikamentbruket sammenlignet med anbefalt døgndose.

Ved behandling av psykoiser ble nyere antipsykotiske medikamenter brukt av nesten dobbelt så mange pasienter som de eldre nevroleptika. Dette mønsteret er i varierende grad til stede ved alle DPS-ene med unntak av ett, som også har lavest bruk av antipsykotiske medikamenter. Innen antidepressiva er det klart SSRI-preparater som dominerer, og disse brukes nok også en del for angstlidelser og enkelte andre lidelser. Den nest største gruppen er andre antidepressiva, mens eldre og mer toksiske trisykliske antidepressiva nå er minst brukt. Det er bare noen få pasienter som har fått MAO-hemmere. Når det gjelder stemningsstabiliserende medikamenter, brukes antiepileptika dobbelt så mye som litium ved de ni DPS-ene. Det vises ellers til tabellen i vedlegg A4.

Det er ikke signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder dosering av de ulike psykofarmaka, med unntak av SSRI-preparater, der det ser ut til å være slik at SSRI doseres lavere ved DPS-er med høyere grad av utbygging.

Depotinjeksjoner brukes av et lite utvalg (N=63) av pasientene ved DPS-ene, og da nesten utelukkende som en frivillig ordning. Doseringen varierer litt rundt anbefalt dosering og antas å være individuelt tilpasset. Det er noe skjevfordeling mellom DPS-ene ved at en del av stedene (med ikke alle) med psykose/rehabiliteam har de fleste av disse pasientene. Siden tallene er så lave, gjør vi ikke her noen statistiske analyser av dette. Det kan synes som om det hovedsaklig er DPS-er med bredere tilbud som i større grad har ansvar for depotinjeksjon basert på vedtak om tvangsmedisinering. Dette kan i så fall henge sammen med at de er godkjent (eventuelt med dispensasjon) for bruk av tvang og/eller at de i større grad kan ta behandlingsansvar for pasienter med mer alvorlige sykdomsurforminger.

4.5 Døgntilbud

På skjema B ble behandlerne også bedt om å registrere pasientens bruk av døgntilbud i løpet av registreringsperioden. Resultatet er vist i en tabell i vedlegg A4.

Tabellen viser at døgnbehandlingen ved DPS-ene i hovedsak er frivillig og i åpen avdeling uten låste dører. Men det er en del bruk av ekstravakt eller skjerming for noen pasienter i kortere perioder.

4.6 Pasientenes juridiske status

Behandlerne ble også bedt om å registrere pasientens juridiske status i forhold til psykisk helsevernloven og de muligheter den gir for tvungen observasjon eller behandling i eller utenfor institusjoner. Det var bare 31 pasienter i alt som hadde tvungen observasjon eller

behandling. Av disse hadde 7 og 4 tvungen observasjon henholdsvis utenfor og i institusjon, og 13 og 7 hadde tvungent psykisk helsevern henholdsvis utenfor og i institusjon.

4.7 Behandlernes vurderinger av tilbudet som gis

Behandlerne ble også spurt om de mente pasienten fikk tilbud på riktig kompetansenivå. De mente at 80,8 % ble behandlet på rett nivå, mens 5,5 % av pasientene ble behandlet på unødvendig høyt kompetansenivå og 2,9 % burde ha vært behandlet på høyere kompetansenivå (sentralsykehusavdelinger). Dette var ikke besvart for 10,8 %.

Det ble også stilt tre spørsmål om tilbudet til pasienten var tilstrekkelig når det gjaldt henholdsvis omfang, innhold og kompetansenivå på tilbudet som pasienten fikk. For omtrent en tredel av pasientene ble det svart at tilbudet ikke var tilstrekkelig på en eller flere av disse kriteriene. Det ble så stilt tilleggsspørsmål for å kartlegge hva som lå bak disse vurderingene. For nær to tredeler av pasientene som ikke ble vurdert til å ha et tilstrekkelig tilbud, ble det angitt av det var pasienten som ikke ønsket mer hjelp eller tilbud. For nær en tredel ble det oppgitt at det fantes kompetanse ved DPS-et, men at det var for liten kapasitet. Bare for 69 pasienter (2,1 %) ble det utilstrekkelige tilbudet vurdert til å skyldes manglende kompetanse ved DPS-et. Behandlerne ved DPS-ene mener altså at de har et adekvat tilbud til de fleste pasientene, men at de har for liten kapasitet, eller at pasienten ikke ønsker tilbudet. En tabell over dette finnes i vedlegg A4.

4.8 Oppsummering om tilbudet som gis

Det mest brukte formene for utredning, behandling og rehabilitering er tilgjengelig ved de fleste DPS-ene. Både ved bruk av samtaleterapi og medikamenter finner en tegn til de endringene som har skjedd gjennom seinere år med f.eks. bruk av kognitiv terapi, bruk av gruppepsykoterapi og bruk av nyere grupper psykofarmaka. Det er også et felles mønster at støtteterapi er hyppigste form for samtaleterapi. Det er en forskjell i dosering av SSRI antidepressiva ved DPS-er med ulik grad av utbygging.

Det er videre et felles mønster at det meste av utredning og samtaleterapi foregår ved poliklinikkene, men det skjer også mye utredning og samtaleterapi ved de andre typene kliniske enheter. Rehabilitering skjer primært ved ambulante team og døgnavdelinger. Dagavdelingene er de enhetene som har mest avgrenset og spisset behandlingsprofil.

Det er en del forskjeller mellom DPS-ene på omfang av bruk av noen behandlingsmetoder, men det synes ikke å være noe DPS som er radikalt forskjellig fra de andre. De forskjellene som er registrert synes delvis å henge sammen med sammensetningen av behandlergruppa, hva slag utdanning og videreutdanning behandlerne har, og hvilke kliniske enheter som er etablert ved DPS-et. Det er mulig at en her vil kunne finne tydeligere sammenhenger ved i det videre arbeidet med prosjektet, blant annet ved å trekke inn data om behandlingstenkning (fra spørreskjema til behandlerne) som ikke er brukt i denne rapporten.

Bredden i det samlede behandlingstilbudet synes å være størst ved de DPS-ene som har størst og bredest fagmiljø og som har holdt på lengst som DPS. Disse dimensjonene ved utbyggingsgrad vurderes som viktigst i forhold til bredde på tilbudet. Behandlerne selv vurderer det slik at omtrent hver tredje pasient har et tilbud som ikke er tilstrekkelig, men at dette oftest skyldes manglende kapasitet eller at pasienten ikke ønsker tilbudet, og i liten grad mangel på kompetanse. Behandlernes egen vurdering er derfor at det i hovedsak er en adekvat faglig standard på det tilbudet de har kapasitet til å gi.

5. Samarbeid med andre tjenester

Omfang av ulike former for samarbeid mellom DPS-ene og andre tjenester ble registrert på skjema B av behandlerne ved avslutning av registreringsperioden, eller eventuelt tidligere om kontakten med pasienten ble avsluttet i løpet av registreringsperioden.

5.1 Pasientens kontakt med andre tjenester

Behandlerne ble bedt om å registrere det de kjente til av kontakt som pasienten hadde i registreringsperioden med andre tjenester enn DPS-et. Det dreier seg altså om samtidig kontakt som kan være koordinert, men ikke nødvendigvis er det.

Tabell 5.1 Omfang av kontakt som pasientene ved DPS-ene har hatt med andre i perioden

Hvem pasienten har hatt kontakt med	Antall pasientersom har hatt slik kontakt	Antall ganger kontakt i alt	Gj.snittelig antall ganger kontakt
Fastlege	1207	2164	1,79
Sykepleier / annen fagperson i kommune	356	1923	5,40
Sosionom / saksbehandler sosialkontor	284	621	2,19
Andre utenom psykisk helsevern	210	709	3,38
Psykiater i privatpraksis	20	75	3,75
Psykolog i privatpraksis	41	113	2,76
Noen ved annen psykiatrisk insitusjon	67	216	3,22
Behandlere ved BUP	34	79	2,32
Andre i psykisk helsevern (utenom her)	103	346	3,36
Lege i somatisk sykehusavdeling	178	351	1,97

Tabellen bygger på utvalg B, omtalt i vedlegg A1.

Tabellen viser at fastlegen var den viktigste kontaktpersonen, og at hele 1207 pasienter har hatt i gjennomsnitt nærmere to kontakter med sin fastlege i løpet av de to månedene. Omtrent hver tiende pasient har kontakt med sykepleier eller sosionom i kommunen. Det er relativt få som har hatt kontakt med privatpraktiserende psykiater eller psykolog.

5.2 Samarbeid med andre tjenester

Når det gjelder samarbeidsmøter om den aktuelle pasienten, ble det spurt om dette i forhold til både interne møter, samarbeidsmøter i kommunen, og ellers i andre deler av psykisk helsevern eller andre steder.

Det ble registrert 444 samarbeidsmøter i kommunene om i alt 292 pasienter (1,5 møter pr pasient) i registreringsperioden, mot 140 møter i psykisk helsevern om 87 pasienter (1,6 møter pr pasient) og 137 møter andre steder om 87 pasienter. I samme tidsrom er det registrert i alt 1821 interne behandlingsmøter om 789 pasienter (2,3 møter pr pasient).

Av de samarbeidsmøter som har vært utenfor DPS-ene, har vel 60 % vært i kommunene, og dette gjelder omtrent hver tiende pasient. Snaut 20 % har vært i andre deler av psykisk helsevern, og snaut 20 % andre steder. Enveis variansanalyse viste signifikante forskjeller mellom DPS-er ($F=2,61$ og $p<0,01$) når det gjaldt gjennomsnittlig antall møter i kommunene pr pasient, men ved strengere krav til signifikans ved Bonferronis tilspasning, var det ingen signifikante parvise forskjeller.

Fagfolk fra DPS-ene har registrert 345 samtaler med pårørende uten pasienten tilstede, og dette gjaldt 186 pasienter (1,9 samtaler pr pasient). Veiledning av fagfolk i kommunene har vært gitt i 435 samtaler om 244 pasienter (1,8 samtaler pr pasient). Det er en del variasjon mellom DPS-ene, men det er vanskelig å se noe sikkert mønster i dette.

Behandlere ble også bedt om å krysse av for hvilke samarbeidspartnere og instanser en hadde hatt møte og/eller telefonkontakt med i løpet av de 8 ukene som ble registrert. En tabell i vedlegg A (kap.10.5) gir en oversikt over dette. Hyppigste kontakt er med familie/pårørende når det gjelder møter (gjaldt 8,7 % av pasientene) og med primærhelsetjenesten når det gjelder telefonsamtaler (9,2 % med fastlege, 4,5 % med sykepleier og 3,7 % med sosialkontoret). Telefonkontakt er også hyppig med familie/pårørende (8,7 %). Det er ellers ganske mange instanser der det har vært kontakt emmer møter om et mindre antall pasienter. Det er vanskelig å vite om det rapporterte omfanget av kontakt er adekvat eller om det burde ha vært mer omfattende eller vært gjort i tilknytning til en større andel av pasientene. Det er statistisk signifikante forskjeller mellom DPS-er i omfanget av kontakt med noen av de instansene det er spurt om, men ikke alle. Det er primært pasienter med mer alvorlige og omfattende problemer det samarbeides om.

En side ved kontakt med disse instansene er eventuelt samarbeid om å utforme og følge opp individuelle planer for pasientene. Dette er omtalt i kapitlet om bruk av individuelle planer.

5.3 Pasientenes opplevelse av samarbeidet

I spørreskjemaet til pasientene ble det også stilt spørsmål om hvordan de opplever DPS-enes samarbeid med primærhelsetjenesten og med de andre enhetene ved DPS-et.

Pasientene ble først spurt om hvordan samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og psykisk helsevern var. Av de 841 pasientene der spørsmålet var aktuelt, svarte 392 (46 %) at det skjedde i stor grad eller svært stor grad, mens 212 (25 %) syntes det skjedde i liten eller svært liten grad. På spørsmål om samarbeidet mellom enhetene ved overføring til en annen post/team svarte 207 (52 %) av 396 at det skjedde i stor grad eller svært stor grad, og 78 (20 %) at det skjedde i liten eller svært liten grad. Det var ingen signifikante forskjeller mellom DPS-ene for noen av disse spørsmålene.

5.4 Oppsummering om samarbeidet

DPS-ene hadde først og fremst to store kontaktflater for sitt samarbeid med andre, - det er med den kommunale helse- og sosialtjenesten og med pasientens pårørende. Det samme gjaldt den kontakten pasienten hadde med andre instanser parallelt med behandlingen ved DPS-et, - den var også primært med fastlege og eventuelt andre i kommunale tjenester.

Det er noen statistisk signifikante forskjeller mellom DPS-er når det gjelder samarbeid i forhold til noen av de aktuelle samarbeidspartnerne. Med det varierer hvor disse forskjellene er, og vi har ikke identifisert noe entydig mønster som kan dokumentere at utbygging av DPS-er fører til økt samarbeid.

6. Bruk av individuelle planer

Et av hovedspørsmålene i denne undersøkelsen er om individuelle planer bidrar til et bedre samarbeid og høyere brukertilfredshet. En kan også stille spørsmålet den andre veien og spørre om utbygging av DPS-er bidrar til mer og bedre bruk av individuelle planer.

I den nye psykisk helsevernloven det nedfelt en plikt om at det skal utarbeides en helhetlig og individuell plan for alle pasienter som trenger psykisk helsevern, og i pasientrettighetsloven er det nedfelt at pasienter med langvarig og omfattende behov for hjelp har rett til en individuell plan. Den individuelle planen skal beskrive behov, angi mål og angi hva slags helsetjenester som er aktuelle og omfanget av disse, og beskrive nødvendig samarbeid med andre helse- og sosialtjenester.

DPS-ene har en sentral rolle i behandling og oppfølging av mange pasienter over lang tid, og sentrene har derfor også et ansvar for å ta initiativ og medvirke sammen med kommunene og andre tjenester i utarbeiding av individuelle planer. Det er behov for å undersøke hvordan bruk av individuelle planer fungerer, i hvilken grad og hvordan utbyggingen av DPS-er bidrar til dette, og om brukerne av tjenestene opplever at individuelle planer bidrar til at de får et bedre tilbud.

6.1 Andel pasienter med individuell plan

Behandlerne skulle i utfylling av skjema A svare på en del spørsmål om individuelle planer. Antallet pasienter med skriftlige individuelle planer var i følge disse registreringene i alt 360 (10,7 %) av 3 349 pasienter. Det var 2700 (80,6 %) som ikke hadde individuell plan, og det ble svart "vet ikke" for 54 (1,6 %). 235 skjema (7,0 %) var ubesvart. Andel med individuell plan varierte mye mellom DPS-ene, fra 1,8 % ved et DPS til 41,8 % ved et annet DPS.

I vår kontakt med DPS-ene fikk vi imidlertid inntrykk av at noe av variasjonen kunne skyldes i hvilken grad en krysset av for individuell plan dersom det var laget en behandlingsplan ved poliklinikken, og polikliniske pasienter utgjør jo den største gruppen pasienter ved DPS-ene og i undersøkelsen. Vi har derfor også sett på hvor mange pasienter som hadde en individuell plan der minst en annen instans (utenom poliklinikken og pasienten) hadde vært med på å utforme den. Vi fant da at 132 pasienter (3,9 %) hadde en individuell plan der minst en annen instans utenom DPS-et hadde vært med, med en spredning fra 1,3 % til 6,7 % av pasientene ved det enkelte DPS.

I analysene nedenfor tar vi utgangspunkt i de pasientene der behandlerne har krysset av at pasienten har en individuell plan, uansett om andre instanser har vært med eller ikke.

6.2 Hvilke pasienter som har individuell plan

Tabellen nedenfor viser hvordan pasienter med individuelle planer fordeler seg på ulike diagnostiske grupper. En kunne vente at det først og fremst var pasienter med svært alvorlige psykiske lidelser som fikk individuelle planer.

Tabell 6.1 Fordeling av andel med individuell plan på diagnostiske grupper (hoveddiagnose)

	Har individuell plan		Har ikke plan		Vet ikke		Sum
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall
Organisk lidelse	3	12,0	19	76,0	3	12,0	25
Misbruk alkohol/stoff	13	8,0	143	87,7	7	4,3	163
Schizofreni spektrum	75	17,9	331	78,8	14	3,3	420
Stemningslidelse	102	9,1	1008	89,9	11	1,0	1121
Angstlidelse	74	9,6	691	89,7	5	0,6	770
Spiseforstyrrelse	5	11,1	40	88,9	0	0,0	45
Personlighetsforstyrrelse	57	17,0	276	82,4	2	0,6	335
Psykisk utviklingshemming	2	15,4	11	84,6	0	0,0	13
Lidelse hos barn/unge	6	13,6	36	81,8	2	4,5	44
Annen/uspesifisert lidelse	8	9,4	69	81,2	8	9,4	85
Til sammen	345	11,4	2624	86,9	52	1,7	3021

Utvalg A (N=3349, men uten dem der diagnose eller individuell plan er ubesvart), se vedlegg A1.

Tabellen ovenfor viser at det særlig er pasienter med stemningslidelse, schizofreni eller personlighetsforstyrrelse som har fått utformet en individuell plan. Spredningen ulike på diagnostiske grupper var derfor større enn en kanskje kunne vente.

Sett i forhold til antall pasienter, er det flest polikliniske pasienter som har fått individuell plan, med 275 pasienter (10,2 %). Men i forhold til andel av pasienter, er det ambulante team som har bidratt mest til bruk av individuelle planer, med 25 pasienter (38,5%). Tallene for dagpasienter og døgnpasienter er henholdsvis 14 (12,0 %) og 46 (20,4 %).

Det er 56,7 % kvinner og 41,9 % menn blant dem som har fått individuelle planer, mens kjønn ikke var oppgitt for 1,4 %. Når det gjelder aldersgrupper, fordeler pasientene seg i hovedtrekk i samsvar med aldersfordelingen ellers, med 34,2 % i 30-årene, 22,5 % i 20-årene og 19,7 % i 40-årene som de størst gruppene.

Sett i forhold til tidligere bruk av psykisk helsevern, var det blant dem med individuell plan 39,1 % som bare hadde hatt poliklinisk behandling i kortere tid, 28,3 % som hadde hatt kortere døgnopphold, 26,8 % som hadde hatt lengre døgnopphold og 5,8 % som hadde vært døgnpasient det meste av tiden.

6.3 Innholdet i individuell plan

Tabell 6.2 Typer tiltak inkludert i individuell plan for de 360 med individuell plan.

Typer tiltak	Antall planer med dette	Prosent av planene
Mer undersøkelse og utredning	59	16,4
Medikamentell behandling	189	52,5
Psykoterapi, psykologisk behandling	218	60,6
Familiesamtaler, familiearbeid	57	15,8
Trening i praktiske/sosiale ferdigheter	132	36,7
Hjelp med økonomi/bolig	124	34,4
Hjemmetjenester, hjelp med egenomsorg	76	21,1
Hjelp med arbeid eller utdanning	85	23,6
Hjelp med fritid/aktiviteter	113	31,4
Kriseplan med varseltegn på forverrelse	64	17,8

N=360 (pasientene med individuell plan fra utvalg A, se vedlegg A1)

Når det gjelder behandlingselementer som inngår i planen, viste resultatene at det i gjennomsnitt var krysset av for 3,5 tiltak pr individuell plan. Psykoterapi inngikk de fleste planene, fulgt av medikamenter, og så av trening i praktiske og daglige ferdigheter.

6.4 Hvem som har vært med på å utforme individuell plan

Behandleren ble også bedt om å registrere hvilke instanser som hadde vært med på å utforme en eventuell individuelle plan. For 261 (72,5 %) pasienter med individuell plan er det en fagperson ved DPS-et som har hatt hovedansvaret for utforming av planen, for 55 (15,3 %) er det en fagperson i primærhelsetjenesten, og for 21 (5,8 %) er det en fagperson i en annen del av psykisk helsevern. For de resterende 23 (6,4 %) mangler det informasjon.

Det var i gjennomsnitt hadde 2 personer vært involvert i å lage planene. Pasienten tok del i å lage planen i cirka 87% av tilfellene. Utenfor DPS, var sosialkontoret med på å lage 14% av planene, fastlege 11%, pårørende 9%, og privatpraktiserende <1%.

6.5 Pasientenes kjennskap til individuell plan

Data innsamlet fra pasient spørreskjemaer viste at 17% hadde hørt om retten til å ha en plan, mens bare 8% mente at de selv hadde en plan. Sammenlignet med de 10,7 % av pasientene som i følge behandlerne hadde en plan, tyder det på at omtrent 3% av pasienter har en plan uten å vite være klar om der. Som nevnt under kap. 6.6 er det imidlertid lite manglende samsvar mellom hvilke pasienter som har en plan i følge dem og behandlerne.

Tabell 6.3 Pasientenes erfaringer av å ha en individuell plan (antall med ulike svar)

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Innflytelse på innholdet i planen	14	20	35	53	29
Bedre oversikt over tilbudene	21	27	43	36	18
Fornøyd med innholdet i planen	12	15	44	50	24
Den blir gjennomført som planlagt	10	14	43	50	21
Planen har ført til bedre tilbud	14	20	47	40	17

N=360 (pasientene med individuell plan fra utvalg A, se vedlegg A1)

Det er stor og relativt lik spredning på svarene i alle spørsmålene i tabellen ovenfor. Det er flere som er fornøyd enn misfornøyd, men denne forskyvningen mot høyre er ikke så stor, og den er mindre enn det en ofte finner ved spørsmål om brukertilfredshet.

6.6 Om individuell plan har bidratt til bedre samarbeid

Ved t-test av forskjeller for dem som har en individuell plan eller ikke, finner vi at det for pasienter med individuell plan er signifikant (p fra 0,001 til 0,029) mer omfang av samarbeid i form av veiledning av fagfolk i kommunen, samarbeidsmøter i kommunen, og samarbeidsmøter ved andre i psykisk helsevern. Den samme signifikante forskjellen gjelder avkryssing av hvilke andre instanser en har hatt kontakt med i møter eller via telefon.

Ved t-test av forskjeller i pasientenes opplevelse av samarbeidet mellom ulike instanser, var ingen signifikant forskjell mellom pasienter som i følge behandlerne hadde en individuell plan eller ikke. Men pasienter som i spørreskjemaet hadde krysset av for at de hadde en individuell plan, var signifikant mer fornøyd (p<0,05) med samarbeidet enn dem som ikke hadde det. Det er altså begrenset samsvar mellom avkryssing av hvem som har en individuell plan i følge behandlerne og i følge pasientene selv.

Disse analysene har påvist en viss sammenheng, men det er åpent hva som er årsak til hva.

6.7 Om individuell plan har bidratt til høyere brukertilfredshet

Eventuelle effekt av individuell plan på brukertilfredshet er undersøkt ved å analysere hva pasienter med og uten individuell plan har svart på de tre indeksene (grupper av spørsmål) om brukertilfredshet som gjelder informasjon de har mottatt, hvordan de opplever behandlerne, og hvor mye hjelp de syntes de har fått. Disse indeksene er omtalt i kapittel 8.

På samme måte som ovenfor under punkt 6.6 er det to motstridende resultater. Med utgangspunkt i hvem behandlerne har sagt har en individuell plan var det ingen signifikant forskjell i opplevd brukertilfredshet. Med utgangspunkt i hvilke pasienter som selv mente de hadde en individuell plan, var det signifikant høyere brukertilfredshet ($p < 0,05$) når det gjaldt den informasjon de hadde mottatt og den hjelpen de syntes de hadde fått, men ikke når det gjaldt hvordan de opplevde behandlerne.

6.8 Om DPS-utbygging har bidratt til bruk av individuell plan

Det er store signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder andel av pasientene som har individuell plan. Men dette ser ikke ut til å være relatert til noen av de aktuelle målene for ulike grader av DPS-utbygging. Det er mer nærliggende å oppfatte det slik at bruk av individuelle planer var i startfase våren 2002, og at svært ulike faktorer kan ha påvirket når de ulike DPS-ene kom i gang med å bruke individuelle planer i samsvar med lovverket.

6.9 Oppsummering om individuelle planer

- Individuelle planer var lite utbredt i DPS-er våren 2002. Det var utarbeidet planer for bare vel 10 % av pasientene. Pasientene var også lite kjent med sin rett til å ha individuell plan. Mindre en halvparten av planene var utarbeidet sammen med noen annen instans eller samarbeidspartner. Det var en stor og signifikant forskjell mellom DPS-ene når det gjaldt hvor mange pasienter som hadde individuell plan, men det var ikke mulig å relatere denne forskjellen til noe systematisk mål på DPS-utbygingsgrad. Ulike oppfatninger i om hva som er en individuell plan og kriteriene for hvem som har rett til en plan kan delvis bidra til de store forskjellene mellom DPS-ene når det gjelder andel pasienter med individuell plan.
- De pasientene som har svart at de har en individuell plan og som har svart på spørsmål om hvor fornøyd de er med den, har en overvekt av positive erfaringer, men samtidig en klar spredning og mange som ikke er så fornøyd. Analyser av om individuell plan kan ha bidratt til høyere brukertilfredshet har gitt motstridende resultater avhengig av hvem som har en slik plan i følge henholdsvis behandlere eller pasientene selv.
- Det er registrert signifikant mer samarbeidsmøter for pasienter med individuell plan i forhold til pasienter uten individuell plan, men det er ikke dokumentert hva som er årsak og virkning.

Vi forventer en økning fra 2002 og 2004 i bruk av individuelle planer, samt etter hvert også større felles forståelse mellom pasienter og behandlere om hvem som har en individuell plan, og større samsvar mellom DPS-er deres praksis på å utforme individuelle planer.

7. Pasientenes livskvalitet

En av problemstillingene i prosjektet er om utbygging av DPS-er fører til høyere livskvalitet hos pasientene, Pasientenes livskvalitet har i økende grad blitt brukt som et resultatmål for behandling innen psykisk helsevern er, og økt livskvalitet hos personer med psykiske lidelser er også et prioritert mål for Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.

Det finnes ulike tilnærminger for å måle livskvalitet. Vi har valgt å bruke en tilnærming der en spør etter hvor fornøyd pasientene er med ulike områder i livet. Denne metoden har vært mye brukt i forskning på livskvalitet hos personer med psykiske lidelser (Oliver et al 1996).

Spørreskjemaet som 1340 av pasientene fylte ut, inneholdt Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999). MANSA er et kortere alternativ til Lancashire Quality of Life Profile (LQLP), er utviklet av samme forskergruppe, er høyt korrelert med LCLP, og brukes nå mer enn LQLP (personlig meddelelse, P Huxley, 2003). Vi har gjort en faktoranalyse for å redusere antallet variabler til noen få dimensjoner.

Tabell 7.1 Hvordan pasientene er fornøyd med ulike sider ved livet

	Cronbachs alfa	Besvart	Gj.snitt	St. avvik
18. Psykisk helse		1311	3,05	1,39
2a. Arbeidet eller daglig virksomhet		1097	3,84	1,53
1. Livet samlet sett		1320	3,80	1,30
4. Økonomien		1316	3,43	1,71
2b. Å være arbeidsløs/pensjonert?		680	3,42	1,62
17. Fysisk helse		1314	3,74	1,54
3. Utdanningen		1268	3,83	1,71
9. Fritida		1297	4,04	1,40
12. Personlig trygghet		1302	4,16	1,59
Faktor A. Liv og helse samlet sett	0,84	1334	3,72	1,04
14a Forhold til ektefelle/samboer/partner		764	5,15	1,48
13.a Dem du bor sammen med		987	5,34	1,37
15. Seksuallivet		1234	3,63	1,77
Faktor B. Nærmeste familie	0,72	1283	4,38	1,49
7. Antall venner		1309	4,35	1,64
8. Forholdet til vennene		1304	4,69	1,46
Faktor C. Venner	0,84	1322	4,52	1,45
14b Det å ikke ha ektefelle/samboer/partner		653	3,66	1,75
13b Det å bo alene		526	4,05	1,83
Faktor D. Å bo alene	0,86	744	3,85	1,71
10. Boligen		1309	4,95	1,57
11. Området/nabolaget		1304	5,01	1,47
Faktor E. Bolig og nabolag	0,75	1326	4,98	1,37
16. Forholdet til familien (ikke med i faktor)		1311	4,57	1,55
Livskvalitet samlet sett (alle spørsmål)	0,88	1334	4,15	0,92

*) Spørsmålene er sortert etter indekser basert på en prinsipal komponent faktoranalyse med varimaks rotasjon og faktorer med egenverdi >1 . Forklart varians er 62,8 %. Faktoranalysen grupperte spørsmålene tematisk sett på en konsistent og meningsfylt måte. **) Cronbachs alpha er rapportert i en egen kolonne som mål på intern konsistens for spørsmålene i hver indeks.

Pasientene samlet sett er mest fornøyd med venner og nærmeste familie, dernest med bolig og nabolag, og minst med det å bo alene,- og med liv og helse samlet sett. Skåringene på enkeltspørsmålene viser at pasientene er minst fornøyd med sin psykiske helse.

7.1 Livskvalitet hos undergrupper av pasienter

Vi har analysert hvordan livskvalitet er hos ulike undergrupper av pasienter. Vi har da brukt indeksene som er basert på de fem faktorene i tabellen ovenfor, slik at verdien på en indeks er gjennomsnittsverdien av svarene på alle spørsmålene i den aktuelle faktor.

Disse analysene er gjort for 1068 pasienter (utvalg AP, se tabell i vedlegg kap.10.2) der vi har kunnet koble data fra skjema A og skjema P. Analysene ble gjort som enveis variansanalyse med testing av parvise forskjeller med Bonferronis tilpasning, og de viste:

- Kvinner rapporterte høyere livskvalitet ($p < 0,001$) enn menn for de fire indeksene nærmeste familie, venner, å bo alene, og bolig og nabolag.
- Pasienter over 60 år rapporterte høyere livskvalitet enn pasienter 20-39 gamle for indeksene liv og helse ($p < 0,01$ og $F = 3,60$) og bolig og nabolag ($p < 0,01$ og $F = 3,53$).
- Pasienter med personlighetsforstyrrelse rapporterte lavere livskvalitet for liv og helse ($p < 0,001$ og $F = 5,64$) i forhold til pasienter med angstlidelser, stemningslidelser eller schizofreni.
- Dagpasienter rapporterte lavere livskvalitet ($p < 0,01$ og $F = 4,60$) enn pasienter ved poliklinikker og ambulante team når det gjaldt liv og helse, og polikliniske pasienter rapporterte høyere livskvalitet enn dagpasienter ($p < 0,001$ og $F = 7,72$) når det gjaldt nærmeste familie. Begge forskjellene er i stor grad knyttet til det som er sagt i avsnittet ovenfor om pasienter med personlighetsforstyrrelser som mottar dagbehandling.

7.2 Livskvalitet og grad av utbygging av DPS-er

Et av hovedspørsmålene i denne undersøkelsen er om utbygging av distriktpsikiatriske sentre bidrar til å øke pasientenes livskvalitet. Vi har analysert dette i forhold til de fem indeksene på livskvalitet og livskvalitet samlet sett (gjennomsnitt av alles spørsmålene).

Enveis variansanalyse viste ingen signifikante forskjeller mellom de ni DPS-områdene på noen av de fem indeksene eller på livskvalitet samlet sett, med unntak av forholdet til nærmeste familie ($F = 2,29$, $p = 0,02$). Men testing av parvise forskjeller mellom DPS-ene om forholdet til nærmeste familie viste likevel ingen sikre forskjeller når vi brukte strengere krav til statistisk signifikans ved Bonferronis tilpasning.

7.3 Oppsummering om livskvalitet

Vi har ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom de ni DPS-områdene når det gjelder livskvalitet målt ved spørreskjema om tilfredshet med ulike livsområder. Vi har imidlertid funnet noen forskjeller mellom undergrupper av pasienter ved at kvinner rapporterer bedre livskvalitet enn menn på fire livsområder, at pasienter med personlighetsforstyrrelser er mindre fornøyd med noen livsområder enn flere av de andre større pasientgruppene, og at pasienter over 60 år er noe mer fornøyd innen et par livsområder enn pasienter i 20- og 30-års alderen. Pasientene samlet sett er mest fornøyd med venner og nærmeste familie, dernest med bolig og nabolag, og minst med det å bo alene og med liv og helse. Skåringene på enkeltspørsmålene viser at pasientene er minst fornøyd med sin psykiske helse.

8. Brukernes erfaringer med tilbudet

En av problemstillingene i prosjektet er om utbygging av DPS-er bidrar til høyere *brukertilfredshet* med tjenestene. Med brukere mener vi først og fremst pasientene, men også deres pårørende. Dette kapitlet er imidlertid avgrenset til pasientene og deres erfaringer som brukere av tjenestene ved de ni DPS-ene våren 2002. Pårørendes erfaringer vil bli beskrevet og sammenholdt med pasientenes erfaringer i en annen publikasjon.

Flere tabeller som er grunnlag for og supplerer dette kapitlet finnes i vedlegg A6. Noen spørsmål fra spørreskjemaet til brukere er forøvrig omtalt i andre kapitler.

De samme pasientene som det ble registrert opplysninger om ved de ni DPS-ene i løpet av de 8 ukene fra 15.april til 10.juni 2002, ble spurt om å fylle ut et spørreskjema med spørsmål om hvordan de vurderte de tilbudene de hadde mottatt. Skjemaet er med i vedlegg B bakerst i denne rapporten. Skjemaet ble utlevert sammen med en ferdig adressert og frankert svarkonvolutt, slik at pasienter kunne sende inn utfylte skjema uten at behandlerne fikk lese svarene. Det ble ikke gjort noen form for purring fra prosjektets side.

Spørreskjemaet til pasientene inneholdt to sider med spørsmål om det behandlingstilbudet de hadde mottatt våren 2002. Det var utviklet ut fra tidligere skjema som var brukt i Norge (Ruud og Breimoen, 1996), og dette ble gjort i samarbeid med et nettverk av personer som har arbeidet med slike undersøkelser i Norge. Vi fulgte også de råd og forslag vi fikk fra ledelsen i Mental Helse Norge etter at de hadde sett på utkast.

De 1340 pasientene som fylte ut og sendte inn spørreskjemaet utgjorde ca 41 % av alle pasientene som ble spurt og ca 66 % av de pasientene som har gitt samtykke til å motta skjema. Andelen som fylte ut skjemaet ved det enkelte DPS varierte fra ca 20 % til ca 75 %.

Det var 64% kvinner og 36% menn. Gjennomsnittsalderen var 40,5 år. 10,5 % hadde avsluttet kontakten med DPS-et da de fylte ut skjemaet, og 89,5 % var fortsatt under utredning eller behandling. I alt 957 (71,7 %) sier at de har mottatt polikliniske tilbud, 177 (13,2 %) har mottatt dagtilbud, 131 (9,8 %) har mottatt døgntilbud og 116 (8,7 %) har mottatt tilbud utenfor institusjonen.

8.1 Hvordan informasjonen har vært

Pasientene ble bedt om å gi sin mening om kvaliteten på informasjonen de hadde mottatt fra behandlerne, og de svarte ved å krysse av på en skala fra 1 (svært dårlig) til 5 (svært bra), med 3 (blandet, både og) midt på skalaen. Siden det er høy intern konsistens (Cronbachs $\alpha=0,83$) for disse seks spørsmålene, kan vi bruke gjennomsnittet av svarene som en indeks for hvordan pasientene opplever informasjonen de har fått. Se tabell i vedlegg A6.

Pasientene var mest fornøyd med den informasjonen de fikk om sykdommen, om behandlingsmuligheter og om medisineringen. De var minst fornøyd med informasjon om sine rettigheter til journalinnsyn, journalføring og klagerett. Dette svarmønsteret var det samme for alle DPS-ene.

Det var noen signifikant forskjell mellom DPS-ene når det gjaldt pasientenes samlede opplevelse av informasjon ($F=2,48$ og $p<0,05$), og delvis i retning av større tilfredshet ved mer utbygde DPS-er.

8.2 Kontakten med behandlerne

Pasientene ble også bedt om å gi sin mening om behandlerne ved bruk av en skala fra 1 (svært dårlig) til 5 (svært bra), mens 3 var "blandet, både og". Tabellen finnes i vedlegg A6.

Pasientene var mest fornøyd med behandlernes evne til å lytte og forstå, at behandlerne viste respekt for pasientenes synspunkter og meninger, og at behandlerne gav seg tid til samtaler og kontakt. De var klart minst tilfreds med i hvilken grad de selv kunne påvirke hvem de fikk som behandler.

Det var noen signifikant forskjell mellom et par av DPS-ene når det gjaldt pasientenes samlede opplevelse av behandlerne ($F=3,02$ og $p<0,01$), men idet samlede bildet er ikke slik at det viser større tilfredshet ved mer utbygde DPS-er.

Det ble også stilt noen spørsmål om i hvilken grad pasienten eller pårørende hadde opplevd bebreidelser eller krenkende atferd eller uttalelser fra behandlerne eller annet personale. Av pasientene svarte 115 (9,1 %) at de hadde vært utsatt for krenkende uttalelser fra behandlerne eller personale, mens 77 (6,1 %) svarte at de hadde vært utsatt for krenkende handlinger. Av de pårørende svarte 34 (7,9 %) at de hadde møtt bebreidelser fra behandlerne eller personalet, og 25 (5,8 %) at de hadde vært utsatt for krenkende uttalelser. Det var ingen signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder pasientens opplevelse av krenkende uttalelser eller krenkende handlinger.

8.3 Hjelp med ulike problemer

Åtte spørsmål om hvor mye hjelp pasienten har fått med ulike behandlingsmetoder ble besvart på en femtrinns skala fra 1=svært lite til 5=svært mye. Tabell er i vedlegg A6.

Pasientene syntes de hadde fått mest hjelp med sitt forhold til seg selv og sitt selvbilde, reduksjon av plagene sine, kunnskap om sykdommen og det å lære å mestre symptomene og plagene.

Det var ingen sikre signifikant forskjell mellom et par av DPS-ene når det gjaldt pasientenes samlede opplevelse av å ha fått hjelp med ulike problemer.

8.4 Utbytte av ulike behandlingsformer

Pasientens utbytte av ulike behandlingsformer ble besvart ved bruk av en 5-trinns Likert skala fra 1 = svært lite til 5 = svært mye, og der 3 = hverken lite eller mye hjelp.

Psykoterapi, råd, medisiner, og utredning/og undersøkelse de behandlingsformene som pasienter fikk mest utbytte av. Disse fire behandlingsformene synes også å være de som ønskes mest.

Omtrent halvparten av pasientene rapporterte at de ikke var interessert i de andre formene for behandling og hjelp som var listet opp. Dette henger trolig sammen med at det store flertallet av polikliniske pasienter fungerer relativt bra og føler ikke behov for f.eks. trening i ferdigheter, og ønsker heller ikke gruppeterapi eller familierterapi.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder utbytte av ulike behandlingsformer.

8.5 Ventetid

Faktisk ventetid for pasientene (tiden mellom henvisning og mottak) var gjennomsnittlig 43 dager ($SD = 71,8$), med variasjon fra 27 dager til 66,9 dager. Det synes å være en moderat sammenheng mellom den objektive gjennomsnittlige ventetid og pasientenes og pårørendes subjektive vurderinger.

Det var en del variasjon mellom DPS-ene i hvor stor andel av pasientene som syntes av ventetiden var akseptabel, - fra 72 % ved ett DPS til 87 % ved et annet, med gjennomsnitt 81 % for alle DPS. Gjennomsnittelig ventetid fra mottatt henvisning til inntak av pasienten varierte fra 27 dager ved ett DPS til 67 dager ved et annet, med 43 dager som gjennomsnitt for alle.

8.6 Opplevelse av kontinuitet i kontakten

I spørreskjemaet til pasientene ble det stilt to spørsmål som gjelder i hvilken grad pasientene opplever at kontinuitet i kontakt med hovedbehandler eller terapeut ivaretas, henholdsvis over lengre tid og ved overføring fra en behandlingsenhet (post/team) til en annen. Fordeling av svarene er vist i tabellen nedenfor.

Av pasientene svarte 739 (55,1 %) at de i stor grad eller svært stor grad hadde fått beholde samme hovedbehandler eller terapeut over lengre tid. I alt 81 (6,1 %) svarte at de hadde det i liten eller svært liten grad, mens 100 (7,5 %) svarte i noen grad. Spørsmålet var besvart som uaktuelt av 249 (18,6 %) og var ikke besvart av 171 (12,8 %).

Tilsvarende svarte 373 (27,9 %) at de i stor grad eller svært stor grad hadde fått beholde behandler ved overføring til en annen post eller et annet team. I alt 104 (7,8 %) svarte at de hadde det i liten eller svært liten grad, mens 47 (3,5 %) svarte i noen grad. Spørsmålet var besvart som uaktuelt av 729 (54,4 %) og var ikke besvart av 262 (19,6 %).

Enveis variansanalyse med parvis testing av forskjeller med Bonferronis tilpasning viste ingen signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjelder pasientenes vurdering av kontinuitet av kontakt med behandlere over lengre tid eller kontinuitet i kontakt med behandler ved overføring av pasienten til en annen klinisk enhet (post/team). Det er derfor heller ikke gjort videre analyser av noen forskjeller på dette.

8.7 Erfaringer med døgnbehandling

De pasientene som hadde vært innlagt som døgnpasient, ble også spurt om å besvare fem spørsmål om ulike sider ved dene erfaringen. Resultatene vises i en tabell i vedlegg 6A.

Pasientene var mest fornøyd med muligheten til å snakke med andre pasienter og med å ha bevegelsesfrihet i avdelingen. De var minst fornøyd med muligheten for meningsfylt aktivitet i avdelingen.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjaldt det å være døgnpasient.

8.8 Oppsummering om brukertilfredshet

Det som kjennetegner pasientenes svar på skjemaet om hvordan de har opplevd tilbudene de har fått våren 2002, er framfor alt at det for det meste svarer at de er fornøyd. Det er bare noen få spørsmål som avviker fra dette mønsteret, og det er spørsmål om forhold som ville gi dem mer innflytelse. Dette gjelder informasjon om retten till journalinnsyn, retten til å få journalført egne ønsker og synspunkter, informasjon om hvor og hvordan en kan klage på tilbudet en får, og mulighet til å påvirke hvem en får som behandler.

For de fleste forhold det spørres etter er det ingen sikre signifikante forskjeller mellom DPS-ene målt ved enveis variansanalyse med testing av parvise forskjeller med Bonferronis tilpasning. De få forskjellene en finner ser bare delvis ut til å kunne ha sammenheng med grad av utbygging av DPS-er.

9. Litteraturreferanser

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

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

Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Statens helsetilsyns utredningsserie 2-2001. IK-2739. Statens helsetilsyn.

Kompetansebehov i psykisk helsevern. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-2001. IK-2740. Statens helsetilsyn.

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

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

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

Ruud T, Breimoen M (1996). Praktisk veiledning i bruk av noen evalueringmetoder. Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, delutredning 8. IK-2547 Statens helsetilsyn.

Ruud T (1996). Erfaringer og resultat fra en utprøving av noen metoder. Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, delutredning 7. IK-2546 Statens helsetilsyn.

Sitter M (red) (2003). Samdata psykisk helsevern. Tabeller. Sammenligningsdata fra psykisk helsevern for 2002. SINTEF Unimed rapport 1/03. SINTEF Unimed, Trondheim.

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

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

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

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

Vedlegg A: Datamateriale og tilleggstabeller

A1	Datamaterialet, utvalg og holdbarhet	3
A2	Tabeller om utbyggingsgrad	5
A3	Tabeller om pasientene	12
A4	Tabeller om tjenestetilbudet.....	14
A5	Tabeller om samarbeid	17
A6	Tabeller om brukernes erfaringer	18

Tabell 1	Antall personer en har data om eller fra etter klargjøring av datafiler	3
Tabell 2	Oversikt over ulike utvalg som er brukt i tabeller og analyser	4
Tabell 3	Fordeling av de registrerte pasientene på typer tjenestetilbud	5
Tabell 4	Befolkningmessige karakteristika for opptaksområdene til de ni DPS-ene	6
Tabell 5	Brutto budsjett for 2001 i reelle tall og i forhold til befolkningen	6
Tabell 6	Ulike typer kliniske enheter ved de ni DPS-ene	6
Tabell 7	Personalressurser ved de ni DPS-ene i undersøkelsen.....	7
Tabell 8	Personalressurser justert for antall innbyggere i opptaksområdet.....	7
Tabell 9	Fagutdanning og spesialisering for de ni DPS-ene samlet	8
Tabell 10	Fordeling av fagpersoner på ulike typer kliniske enheter	8
Tabell 11	Omfang av videreutdanning innen ulike områder samlet for alle DPS-ene	9
Tabell 12	Hvordan veiledning er fordelt på ulike typer kliniske enheter	10
Tabell 13	Forholdet mellom tidligere bruk av psykisk helsevern og nåværende tilbud.....	12
Tabell 14	Fordeling (prosent) etter diagnostiske grupper og ulike typer kliniske enheter ..	12
Tabell 15	Fordeling av pasienter med psykose mellom typer av kliniske enheter	12
Tabell 16	Skåring av GAF (symptomnivå og funksjonssvikt) for ulike pasientgrupper.....	13

Tabell 17	Bruk av ulike utredningsformer for pasientene ved DPS-ene	14
Tabell 18	Bruk av ulike behandlingsformer for pasientene ved DPS-ene	14
Tabell 19	Bruk av ulike former for rehabilitering for pasientene ved DPS-ene	15
Tabell 20	Antall pasienter med ulike medikamenter og DDD (definerte døgndoser)	15
Tabell 21	Utbredelse av ulike grader av skjerming og tvang for døgnpasientene	16
Tabell 22	Hvordan behandlere vurderer tilbudet til pasienten	16
Tabell 23	Antall pasienter der behandlerne hadde hatt kontakt med ulike instanser	17
Tabell 24	Pasientenes vurdering av den informasjon de har fått	18
Tabell 25	Pasientenes opplevelse av behandlerne	18
Tabell 26	Pasientenes opplevelse av å ha fått hjelp med ulike typer problemer	18
Tabell 27	Pasientenes utbytte av behandlingen	19
Tabell 28	Døgnpasientenes erfaringer med å være innlagt	19

A1 Datamaterialet, utvalg og holdbarhet

Datamateriale

Tabellen nedenfor viser antallet personer som en har opplysninger om etter at datafilene er vasket og kvalitetssikret så langt dette er mulig.

Tabell 1 Antall personer en har data om eller fra etter klargjøring av datafiler

DPS	Opplysninger fra behandlere om pasienter og tilbud		Opplysninger fra pasienter og pårørende om deres syn		Opplysninger fra behandlere om kompetanse og tenkning	
	Skjema A	Skjema B	Skjema P	Skjema F	Skjema C	Skjema D
Moss	170	168	128	53	7	7
Indre Østfold	266	261	119	64	46	46
Lillestrøm	447	439	158	46	63	60
Sinsen	460	463	169	44	47	47
Lillehammer	515	512	192	69	74	74
Ringerike	273	275	119	39	52	52
Nordre Vestfold	618	636	172	45	35	35
Betanien	406	414	191	55	54	71
Vesterålen	194	196	40	25	24	28
Uten merket DPS	-	-	52	34	-	-
Til sammen	3349	3364	1340	474	402	420

Utvalg som brukes i tabeller og analyser

For å kunne koble data fra de ulike skjema, er prosjektet avhengig av at det er brukt samme kode på de skjema som gjelder samme person.

De fleste pasientene gav samtykke til at det kunne føres et anonymt kodennummer på de skjema som gjaldt dem, slik at prosjektet kunne koble disse opplysningene uten å kjenne pasientens identitet. Institusjonen valgte selv hvilke kodennummere de ville bruke.

For pasienter uten slikt kodennummer, opprettet prosjektet et felles kodennummer for skjema A og B som åpenbart gjaldt samme pasient ved at de var heftet sammen med binders eller ved at skjema B var lagt inn i skjema A, som var et brettet dobbelt ark. For disse pasientene er det ikke mulig å koble opplysninger fra behandlere, pasient og pårørende.

For skjema uten kodennummer der skjema A og B ikke var festet sammen, er det ikke mulig å sammenholde kliniske opplysninger om pasienten (skjema A) og med opplysninger om det tilbudet akkurat denne pasienten har fått (skjema B). Her er det bare mulig å analysere data på gruppenivå knyttet til det enkelte DPS eller enheter innen dette.

Tabellen nedenfor viser de utvalg som er tilgjengelig for det enkelte skjema og kombinasjoner av skjema som er koblet.

Tabell 2 Oversikt over ulike utvalg som er brukt i tabeller og analyser

Utvalg	Beskrivelse av utvalget	Antall personer
A	Antall pasienter med skjema om opplysninger ved behandlerne (skjema A)	3349
B	Antall pasienter med skjema med opplysninger om tilbud mottatt i 8 uker	3364
P	Antall spørreskjema utfylt av pasientene (skjema P)	1340
F	Antall spørreskjema utfylt av pårørende (skjema F)	474
AB	Koblede skjema for kliniske opplysninger og mottatte tjenester (skjema A og B)	2531
AP	Koblede skjema for kliniske opplysninger og	1068
C	Antall fagpersonale som har svart på skjema om faglig bakgrunn og utdanning	402
D	Antall personale som har svart på skjema om behandlingstenkning	420

Ved bearbeidingen av data fra undersøkelsen har vi fulgt prinsippet om at vi for en bestemt analyse bruker det maksimale antall skjema som er tilgjengelige med de aktuelle variablene. Ulempen med dette er at det vil være ulike antall pasienter i ulike analyser. Et alternativ ville være å bare ta med de pasientene der en har komplette datasett. Dette ville være mer oversiktlig, men en ville samtidig miste data og ikke utnytte alle opplysningene.

Holdbarhet og pålitelighet av data

En må forvente noe manglende data og feilregistreringer i en undersøkelse der mange skal gi opplysninger, og der dette må i tillegg til det vanlige kliniske arbeidet. Det er vanligvis vanskelig for prosjektet å oppdage feilskrivning på skjemaene. Under optisk innlesning av data er det rutiner på å sjekke manuelt skjema der noe virker usikkert. Der vi ved bearbeiding har blitt usikre på om det er noe som er lest inn feil, har vi bedt om om å få undersøkt av dem som har lest inn data. Vi må likevel regne med at det finnes en del feil. I et stort datamateriale vil enkelte feilregistreringer vanligvis ikke få noen større innvirkning på hovedmønstrene i resultatene. Klare resultater eller funn bør derfor være til å stole på.

Prosjektleder gjorde en feil ved utsending av instruksjon før starten av registreringsperioden våren 2002 ved at han ved en teksbehandlingsfeil gav samme kodennummer for institusjonen til henholdsvis Betanien DPS og Vesterålen DPS. Denne feilen ble først oppdaget da første utgave av datafilene forelå høsten 2002. Feilen kunne heldigvis rettes for skjemaene A, B, C og D. Dette kunne gjøres fordi de to DPS-ene hadde brukt ulike serier med koder for pasientene, og fordi den optiske innlesingen var gjort samlet for hvert DPS slik at data fra samme DPS lå hver for seg i datafila. For spørreskjema utfylt av pasienter og pårørende, som for en stor del ble sendt inn direkte til prosjektet av disse, kan vi derfor bare skille sikkert mellom Betanien DPS og Vesterålen DPS der pasientkode er påført skjemaet.

Antallet manglende data kan variere, mend opptil noen prosent på enkelte variabler. Ved et par DPS-er er det opptil 20% manglende data på noen vurderinger. Hovedgrunnen til dette er at enkelte behandlere ikke ville eller ikke kunne delta og gjøre vurderinger av sine pasienter, og at vi derfor bare har data kontorpersonalet kunne fylle ut om disse pasientene.

Siden mange behandlere har gitt opplysninger, er det ønskelig å vite noe om påliteligheten (reliabiliteten) av de kliniske skåringene på HoNOS og GAF, altså om de skårer likt slik at de opplysningene fra ulike DPS-er er sammenlignbare. Påliteligheten av skåringene på HoNOS og GAF ble testet ved to av DPS-ene ved at de i tidsrommet etter datainsamlingen skåret 20 kliniske pasientbeskrivelser som var blitt utarbeidet av prosjektleder. Intra-rater reliabilitet (ICC) er blitt beregnet ved hjelp av prosedyren VARCOMP i SPSS etter en modell anvist av professor Odd Aalen ved Universitetet i Oslo for beregning av ICC under de forhold med blandet antall skårere som var tilfelle ved skåring av vignetter. Denne testingen tyder på at det er brukbar og til dels god reliabilitet for skalaene HoNOS med unntak av skala 8 og delvis skala 12. Med unntak av skala 8, vurderer vi det slik at vi kan bruke skåringene fra HoNOS med rimelig grad av trygghet.

Tilsvarende testing av skåringene på GAF ut fra de samme pasientbeskrivelsene tyder på at GAF-F (funksjonsnivå) kan brukes med rimelig grad av sikkerhet i undersøkelsen, mens en bør være noe mer forsiktig med bruk av skåringene av GAF-S (symptomnivå).

A2 Tabeller om utbyggingsgrad

Tabell 3 Fordeling av de registrerte pasientene på typer tjenestetilbud

Klinisk enhet	Poliklinikk	Dagavdeling	Psykoseteam	Døgnavdeling	Rusteam	Sum
Moss poliklinikk	163					163
Moss døgnavdeling				7		7
Indre Østfold poliklinikk	247					247
Indre Østfold dagenhet		8				8
Indre Østfold døgnenhet				11		11
Lillestrøm poliklinikk	160					160
Lillestrøm dagavdeling		80				80
Lillestrøm psykoseteam			32			32
Lillestrøm PUT					121	121
Lillestrøm Moenga				26		26
Lillestrøm Fjerdingby				28		28
Sinsen poliklinikk	310					310
Sinsen dagavdeling		64				64
Sinsen rehab			86			86
Lillehammer poliklinikk	362					362
Otta poliklinikk	41					41
Lillehammer Kløverhagen				30		30
Lillehammer Bredebygden				55		55
Lillehammer rusteam					27	27
Ringerike poliklinikk	233					233
Ringerike dagavdeling		9				9
Ringerike døgnavdeling				31		31
Nordre Vestfold poliklinikk	389					389
Nordre Vestfold gruppeteam		46				46
Nordre Vestfold rusteam					80	80
Nordre Vestfold PUT					26	26
Nordre Vestfold psykoseteam			35			35
Nordre Vestfold hus 3				8		8
Nordre Vestfold hus 4				14		14
Nordre Vestfold hus 5				20		20
Betanien Laksevåg	183					183
Betanien Fyllingsdalen	110					110
Betanien dagavdeling		10				10
Betanien rehabiliteringsteam			74			74
Betanien døgnavdeling				29		29
Vesterålen poliklinikk	181					181
Vesterålen døgnavdeling				6		6
Vesterålen Andenes				7		7
Til sammen	2379	217	227	272	254	3349

Tabell 4 Befolkningsmessige karakteristika for opptaksområdene til de ni DPS-ene

DPS-område	Folketall 01.01.2002 *	Antall kommuner eller bydelers i området	Befolkning pr kommune i gjennomsnitt (avrundet)
Moss	51391	4	13 000
Indre Østfold	44903	8	6 000
Lillestrøm	138394	7	20 000
Sinsen	63152	3	21 000
Lillehammer	69806	12	6 000
Ringerike	33029	2	17 000
Nordre Vestfold	50730	5	10 000
Betanien	63881	2	32 000
Vesterålen	30934	5	6 000
Samlet	546220	48	11 000

* Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 5 Brutto budsjett for 2001 i reelle tall og i forhold til befolkningen

DPS område	Brutto driftsutgifter (1000 kr)	Brutto utgifter pr innbygger
Moss	21 640	421
Indre Østfold	23 060	514
Lillestrøm	45 800	331
Sinsen	28 560	452
Lillehammer	37 830	542
Ringerike	19 130	579
Nordre Vestfold	37 570	741
Betanien	29 960	469
Vesterålen	21 900	708
Gjennomsnitt	24 490	529

Der det lokale døgntilbudet helt eller delvis gis ved en annen institusjon som er ført opp med egne kostnadsdata i Samdata (Moss og Ringerike), er det tatt med den andel av kostnadene fra disse som svarer til den andelen av institusjonens døgnkapasiteten som i 2001 ble brukt på DPS-ets opptaksområde.

Tabell 6 Ulike typer kliniske enheter ved de ni DPS-ene

DPS område	Dagavdeling *	Psykoseteam *	Døgnavdeling *	Rusteam *	Antall ulike type enheter
Moss	Nei	Nei	Ja	Nei	2
Indre Østfold	Ja	Nei	Ja	Nei	3
Lillestrøm	Ja	Ja	Ja	Ja	5
Sinsen	Ja	Ja	Ja	Nei	3
Lillehammer	Nei	Nei	Ja	Ja	3
Ringerike	Ja	Nei	Ja	Nei	3
Nordre Vestfold	Ja	Ja	Ja	Ja	5
Betanien	Ja	Ja	Ja	Nei	4
Vesterålen	Nei	Nei	Ja	Nei	2

Tabell 7 Personalressurser ved de ni DPS-ene i undersøkelsen

DPS	Bemanning			
	Samlet bemanning	Leger/psykologer	Spesialister (leger/psykologer)	Høyskolepersonell
Moss	40	9	5	11
Indre Østfold	41	8	3	16
Lillestrøm	90	27	8	29
Sinsen	72	20	12	40
Lillehammer	80	13	7	29
Ringerike	48	9	6	20
Nordre Vestfold	73	9	6	35
Betanien	61	13	9	30
Vesterålen	60	9	6	32
Snitt	63	13	7	27

Kilde: Samdata psykisk helsevern (Bjørngaard 2002). Der døgntilbudet er helt eller delvis gis ved en annen institusjon som er ført opp med egne bemanningsdata i Samdata (Moss og Ringerike), er det tatt med den andel av bemanningen som svarer til den andelen av institusjonens døgnkapasiteten som i 2001 ble brukt på DPS-ets opptaksområde.

Tabell 8 Personalressurser justert for antall innbyggere i opptaksområdet

DPS	Bemanning pr 100 000 innbyggere			
	Samlet bemanning	Leger/psykologer	Spesialister (leger/psykologer)	Høyskoleutdannet personale
Moss	78	18	9	21
Indre Østfold	91	17	6	36
Lillestrøm	65	20	5	21
Sinsen	114	32	19	63
Lillehammer	114	19	10	41
Ringerike	144	27	19	60
Holmestrand	144	19	11	69
Betanien	95	20	14	46
Vesterålen	194	29	18	103
Snitt	115	22	12	51

Kilde: Samdata psykisk helsevern (Bjørngaard 2002), omregnet ut fra folketall fra Statistisk sentralbyrå. Der døgntilbudet er helt eller delvis gis ved en annen institusjon som er ført opp med egne bemanningsdata i Samdata (Moss og Ringerike), er det tatt med den andel av bemanningen som svarer til den andelen av institusjonens døgnkapasiteten som i 2001 ble brukt på DPS-ets opptaksområde.

Behandlernes bakgrunn og kompetanse

Under registreringsperioden våren 2002 ble fagpersonalet ved de ni DPS-ene bedt om å fylle ut et spørreskjema om deres utdanning og kompetanse. Dette spørreskjemaet C er med som vedlegg bak i denne rapporten. Hensikten med spørreskjemaet var å få en del relevante data om behandlerne og deres kompetanse, slik at dette kunne brukes som ledd i å evaluere grad av kompetanse og hvilken betydning denne kompetansen synes å ha for tilbudet som gis.

Svarprosenten på skjema C var ganske høy for leger og psykologer, relativt høy for høyskoleutdannet fagpersonale, og noe mer varierende for personale med mindre utdanning. Det er altså tilfredsstillende svarprosent blant de faggrupper som har mest utdanning og kompetanse, og som er viktigst for kvaliteten på utredning og behandling.

Av de 402 som fylte ut spørreskjemaet var 79 % kvinner og 21 % menn. Et DPS hadde signifikant lavere gjennomsnittsalder for fagpersonalet enn tre av de andre. Ellers var det ikke signifikante forskjeller mellom DPS-ene når det gjaldt kjønn og alder. I alt 89,6 % var fast ansatt mens 10,4 % hadde midlertidig tilsetning. Det var 57,2 % som arbeidet bare på dagtid, 28,9 % var i turnus på dag og kveld, og bare 9,0 % og 5,0 % arbeidet henholdsvis i døgnturnus eller med nattarbeid.

Fagpersonene ble også spurt om hva de hadde av mer omfattende videreutdanning. Utdanning i psykodynamisk psykoterapi og gruppeanalytisk terapi var mest utbredt, - terapiformer som har stått sentralt innen psykisk helsevern i Norge. De fleste DPS-ene hadde flere som har tatt en eller flere slike videregående utdanninger. Det var få som hadde tatt videreutdanning i kognitiv terapi.

Tabell 9 Fagutdanning og spesialisering for de ni DPS-ene samlet

Fagutdanning	Fagpersoner		Med spesialutdanning for sin faggruppe*	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Lege	45	11,3	30	68,2
Psykolog	63	15,8	24	43,6
Sosionom	23	5,8	12	54,5
Sykepleier	140	35,0	113	81,9
Hjelpepleier	81	20,3	59	75,6
Vernepleier	10	2,5	6	60,0
Fysioterapeut	4	1,0	1	33,3
Ergoterapeut	11	2,8	2	18,2
Aktivitør	1	0,3	-	-
Pedagog	2	0,5	-	-
Annen	8	2,0	3	42,9
Ingen	12	3,0	-	-
Til sammen	400	100,0	250	65,6

Tabellen bygger på utvalg C (N=402), se kapittel 4 for mer detaljer.

* Gjelder relevant spesialutdanning for arbeid i psykisk helsevern for de enkelte faggrupper.

Nær 70 % av legene og litt over 40 % av psykologene var spesialister. Blant sykepleiere og hjelpepleiere hadde henholdsvis vel 80 % og vel 75 % tatt spesialutdanning innen psykiatri.

Tabell 10 Fordeling av fagpersoner på ulike typer kliniske enheter

	Type enhet					Til sammen
	Poliklinikk	Dagavdeling	Psykoseteam	Døgnavdeling	Rusteam	
Lege	37	2	2	3	1	45
Psykolog	42	2	8	5	6	63
Sosionom	11	2	1	6	3	23
Sykepleier	24	14	22	71	2	133
Hjelpepleier			13	53		66
Vernepleier			1	9		10
Fysioterapeut	2			2		4
Ergoterapeut	1	6	2	2		11
Aktivitør				1		1

Pedagog				1	1	2
Annen	4			3		7
Ingen fagutdanning		3		9		12
Til sammen	121	26	52	165	13	377

Tabellen bygger på utvalg C (N=402), se vedlegg for mer detaljer.

Legene var i hovedsak i polikliniske team og arbeidet eventuelt deltid ved et annet team eller en post. De fleste psykologene var også ved poliklinikker, men psykologene arbeidet i større grad på heltid også i psykoseteam, døgnavdelinger og rusteam. Sykepleiere er den faggruppen som er mest jevnt fordelt på alle typer kliniske enheter.

Andelen fagressurser som brukes på poliklinikker og ambulante team kan være av interesse som et mål for i hvor stor grad DPS-ene bruker ressursene på tjenester utenfor døgnavdelinger. Siden en del fagpersonale i poliklinikker også har oppgaver på deltid i døgnavdelinger, er det usikkert å sammenligne direkte hvor stor andel av fagressursene som brukes på heholdvis polikliniske/ambulante tjenester og døgntjenester.

Videreutdanning

Tabellen nedenfor viser hvor mange det samlet sett er som har tatt ulike typer videreutdanning, og hvor mange år de har tatt i gjennomsnitt innen hver type utdanning. Psykodynamisk psykoterapi og gruppeanalytisk terapi er de største gruppene, som jo også representerer utdanningsprogrammer som har stor kapasitet og som har gått over mange år. Men det viser også at fagpersonene ved DPS-ene i hovedsak har tatt disse utdanningene i terapiformer som har stått sentralt innen psykisk helsevern i Norge.

Tabell 11 Omfang av videreutdanning innen ulike områder samlet for alle DPS-ene

	Antall personer	År i gj.snitt
Psykoanalytisk	5	2,6
Psykodynamisk	28	2,8
Kognitiv terapi	6	1,8
Annen individualterapi	11	3,5
Analytisk gruppeterapi	18	3,3
Annen gruppeterapi	8	2,8
Psykisk helsearbeid	29	1,6
Familieterapi	15	1,9
Familiearbeid	1	1,0
Sepreps psykoterapiutd	4	1,8
Sepreps tverrfaglige utd	8	2,0
Utdanning ved voksne for barn	2	1,0
Annen omfattende utdanning	32	2,5

Tabellen bygger på utvalg C (N=402), se kapittel 4 for mer detaljer.

Det er både variasjon i antallet behandlere som har videreutdanning, i hva slags kompetanse som er representert ved de ulike DPS-er, og i bredden på kompetanse ved DPS-er. Det er særlig de spesifikke videreutdanningene i ulike terapiformer (individualterapi, gruppeterapi og familieterapi) som sikrest sier noe om spesifikk kompetanse utover det de mer generelle spesialist- og spesialutdanningene for ulike faggrupper gir.

Det var både variasjon i antallet behandlere som har videreutdanning, i hva slags kompetanse som var representert ved de ulike DPS-ene, og i bredden på kompetanse ved det enkelte DPS.

Omfanget av de spesifikke videreutdanningene i ulike terapiformer (individualterapi, gruppeterapi og familierapi) vil trolig være det beste målet på videreutdanning utover de mer generelle spesialist- og spesialutdanningene for ulike faggrupper. Enveis variansanalyse med Bonferronis tilpasning viste ingen signifikant forskjell mellom DPS-ene når det gjaldt omfang av videreutdanning i slike terapiformer samlet sett, men det var noe ulik profil av typer utdanning ved de ulike DPS-ene.

Pågående kompetansebygging

I spørreskjemaet om kompetanse ble det spurt om veilederkompetanse, undervisning og veiledning i løpet av de siste tre månedene. Det er valgt et tidsrom på tre måneder for at en skal kunne huske det som er relativt ferskt, samtidig som tre måneder er lang nok tid til å fange opp faste opplegg som skjer med opptil noen ukers interval. Enveis variansanalyse med Bonferronis tilpasning viste ingen signifikant forskjell mellom DPS-ene når det gjelder gjennomsnittelig deltagelse i kurs andre steder ($F=0,90$, p =ikke signifikant), men en forskjell når det gjelder deltagelse omfang av intern undervisning ($F=3,80$, $p<0,001$).

Regelmessig veiledning regnes som en viktig del av kompetansebygging og av det å sikre kvaliteten på det kliniske arbeidet. Siden veiledning skjer i forhold til det arbeidet enkelte står oppe i, vil den ofte kunne ha større innvirkning på det kliniske arbeidet enn vanlig undervisning. Vekten på veiledning og andelen av personalet som får regelmessig veiledning, er kanskje det beste mål for pågående kompetansebygging. Enveis variansanalyse med Bonferronis tilpasning viste ingen signifikant forskjell mellom DPS-ene når det gjelder gjennomsnittelig deltagelse i individuell veiledning ($F=1,62$ og p =ikke signifikant) eller veiledning i gruppe ($F=1,20$ og p =ikke signifikant).

Tabell 12 Hvordan veiledning er fordelt på ulike typer kliniske enheter

	Gitt veiledning internt		Fått individuell veiledning		Veiledning i gruppe	
	Personer	Snitt timer	Antall	Snitt timer	Personer	Snitt timer
Poliklinikk	31	17,1	54	9,4	52	8,6
Dagavdeling	1	12,0	8	3,8	26	9,4
Psykoseteam	10	13,4	13	6,8	30	6,8
Døgnavdeling	10	11,8	21	5,2	55	6,0
Rusteam	1	12,0	5	7,0	0	0
Til sammen	53	15,2	101	7,7	163	7,5

Tabellen bygger på utvalg C (N=402), se vedlegg for mer detaljer. Det er i hovedsak leger, psykoloer og sykepleiere som gir veiledning internt og som mottar individuell veiledning. Sykepleiere, hjelpepleiere og en del av de faggruppene som det er få av i DSP-ene mottar i hovedsak veiledning i gruppe. Men også for leger og psykologer er dette en like mye brukt form for veiledning som individuell veiledning.

Det ble også spurt om veilederkompetanse, og om deltagelse i undervisning og veiledning i løpet av de siste tre månedene. Det er valgt et tidsrom på tre måneder for at en skal kunne huske det som er relativt ferskt, samtidig som tre måneder er lang nok tid til å fange opp faste opplegg som skjer med opptil noen ukers interval. Enveis variansanalyse med Bonferronis tilpasning viste ingen signifikant forskjell mellom DPS-ene i gjennomsnittelig deltagelse i kurs andre steder, men en forskjell i deltagelse og omfang av intern undervisning ($F=3,80$, $p<0,001$). Det var heller ingen signifikant forskjell mellom DPS-ene når det gjelder gjennomsnittelig deltagelse i individuell veiledning eller veiledning i gruppe.

Det var mange som har veilederkompetanse for sin faggruppe, både innen de ulike faggruppene og ved de ulike DPS-ene. Forskjellene mellom DPS-ene var små og så delvis ut til å henge sammen med størrelsen på fagmiljøet. Det var i hovedsak leger, psykoloer og sykepleiere som gav veiledning internt og som mottok individuell veiledning. Sykepleiere, hjelpepleiere og en del av de faggruppene som det var få av i DSP-ene, mottok i hovedsak veiledning i gruppe. Men også for leger og psykologer var dette en like mye brukt form for veiledning som individuell veiledning.

Selv om ikke så mye forskjeller kan dokumenteres ved statistiske analyser når antallet personer er lavt, synes det likevel å være noe forskjell i omfang og bredde på videreutdanning ved de ni DPS-ene. Det er særlig de større DPS-ene som har mer kompetanse og mer bredde i kompetansen.

A3 Tabeller om pasientene

Tabell 13 Forholdet mellom tidligere bruk av psykisk helsevern og nåværende tilbud

	Nåværende tilbud				Til sammen
	Poliklinisk	Dagtilbud	Ambulant team	Døgnopphold	
Kort tid poliklinisk	1561	41	3	14	1619
Poliklinisk, korte døgnopphold	784	46	24	59	913
Poliklinisk, lengre døgnopphold	313	24	26	86	449
Døgnpasient meste av tiden	13	4	8	51	76
Til sammen	2671	115	61	210	3057

Tabellen bygger på utvalg A (N=3349) slik det er omtalt i vedlegg.

Tabell 14 Fordeling (prosent) etter diagnostiske grupper og ulike typer kliniske enheter

	Poliklinikk	Dagavdeling	Psykoseteam	Døgnavdeling	Rusteam	Samlet
Organisk lidelse	0,5	0,0	0,0	6,2	0,0	0,8
Misbruk alkohol/stoff	2,1	3,3	0,0	4,5	49,1	5,6
Schizofreni spektrum	9,2	1,4	65,5	28,4	2,7	13,8
Stemningslidelse	41,4	41,4	19,5	34,2	8,9	36,9
Angstlidelse	30,0	27,6	3,5	11,5	19,6	25,7
Spiseforstyrrelse	1,9	0,5	0,0	0,0	1,8	1,5
Personlighetsforstyrrelse	9,9	25,7	6,6	10,7	12,5	11,0
Psykisk utviklingshemming	0,3	0,0	1,3	1,2	0,0	0,4
Lidelse hos barn/unge	1,6	0,0	2,7	0,0	0,9	1,4
Annen/uspesifisert lidelse	3,1	0,0	0,9	3,3	4,5	2,9
Til sammen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Utvalg A som er omtalt i vedlegg A1.

Tabell 15 Fordeling av pasienter med psykose mellom typer av kliniske enheter

	Ikke psykosedidiagnose		Psykosedidiagnose	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Poliklinikk	1865	83,5	368	16,5
Dagavdeling	196	93,3	14	6,7
Psykoseteam	45	19,9	181	80,1
Døgnavdeling	145	59,7	98	40,3
Rusteam	217	96,9	7	3,1

Utvalg A som er omtalt i vedlegg A.

Tabell 16 Skåring av GAF (symptomnivå og funksjonssvikt) for ulike pasientgrupper

	GAF symptomnivå			GAF funksjonsnivå		
	Antall	Gj.snitt	St.avvik	Antall	Gj.snitt	St.avvik
Organisk lidelse	25	33,3	17,5	25	30,3	19,5
Misbruk alkohol/stoff	157	50,2	16,0	157	49,0	15,6
Schizofreni spektrum	417	43,3	13,2	416	43,7	12,9
Stemningslidelse	1105	55,5	11,2	1106	54,5	12,6
Angstlidelse	765	55,7	10,6	763	55,5	13,3
Spiseforstyrrelse	45	53,6	10,9	45	57,2	14,1
Personlighetsforstyrrelse	327	52,1	10,6	328	50,9	12,2
Psykisk utviklingshemming	13	46,6	18,9	13	39,5	13,8
Lidelse hos barn/unge	42	52,4	12,8	42	47,8	12,6
Annen/uspesifisert lidelse	81	56,3	15,7	81	56,2	14,7

Lav skåring er høyt symptomnivå og stor funksjonssvikt. Utvalg A som er omtalt i vedlegg A1.

Tabellen ovenfor viser at det er en del forskjeller mellom ulike diagnostiske grupper når det gjelder gjennomsnittelig GAF-skårer. Retningen på disse forskjellene er som en kunne vente:

A4 Tabeller om tjenestetilbudet

Tabell 17 Bruk av ulike utredningsformer for pasientene ved DPS-ene

Utredningsformer	Pasienter	Utredningssamtaler	Utredningssamtaler pr pasient
Psykiatrisk utredning	1217	2308	1,90
Psykologisk testing	169	259	1,53
Somatisk undersøkelse	132	186	1,41
Undersøkelse trygdesak	85	135	1,59
Utredning samlet	1336	2888	2,16

Tabellen bygger på utvalg B som er omtalt i vedlegg A1.

Tabell 18 Bruk av ulike behandlingsformer for pasientene ved DPS-ene

Behandlingsformer	Pasienter som mottok slik behandling	Samlet antall behandlingssesjoner	Behandlingssesjoner pr pasient
Individuell behandling			
Samtaler ved medikamentell behandling	1056	2333	2,21
Kriseintervensjon	251	511	2,04
Rådgivning	423	1131	2,67
Psykodynamisk psykoterapi	334	1530	4,58
Kognitiv atferdsterapi	371	1673	4,51
Interpersonlig psykoterapi (IPT)	102	376	3,69
Støttende psykoterapi	1394	4947	3,55
Annen individuell psykoterapi	276	1230	4,46
Behandling i gruppe			
Kognitiv terapi i gruppe	57	381	6,68
Analytisk gruppe	185	1669	9,02
Annen gruppeterapi	170	1384	8,14
Behandling med familie			
Familiesamtaler	187	346	1,85
Flerfamiliegruppe	18	42	2,33
Andre behandlingsformer			
Billed/musikkterapi	88	609	6,92
Fysioterapi	35	154	4,40
ECT	17	50	2,94
Lysbehandling	15	38	2,53
Ulike behandlingsformer samlet sett			
Behandling individuelt samlet	2630	13731	5,22
Behandling i grupper samlet	346	3434	9,92
Behandling med familie samlet	197	388	1,97
Behandling annet samlet	131	851	6,50
All behandling til sammen	2809	18404	6,55

Tabellen bygger på utvalg B, se omtale i vedlegg A1.

Tabell 19 Bruk av ulike former for rehabilitering for pasientene ved DPS-ene

Former for rehabilitering	Pasienter med slik for rehabilitering	Samlet antall sesjoner	Rehabiliterings-sesjoner pr pasient
Praktisk trening	146	1491	10,21
Sosial trening	223	1734	7,78
Fysisk trening	223	2316	10,39
Sosial tiltak	168	559	3,33
Hjelp husarbeid	78	457	5,86
Hjelp egenomsorg	86	885	10,29
Hjelp oppfølging	119	403	3,39
Besøk i hjemmet	186	722	3,88
Aktiviteter ute i samfunnet	167	761	4,56
Rehabilitering samlet	570	9328	16,36

Tabellen bygger på utvalg B se omtale i vedlegg A1.

DPS-enes virksomhet i dette området konsentrerer seg mer om trening i sosial og praktisk fungering enn om sosiale tiltak og praktisk hjelp, som i hovedsak er oppgaver for kommunale tjenester. Antallet pasienter som mottar ulike tilbud innen rehabilitering, er generelt mye mindre enn de som mottar f eks individualterapi. Det er signifikante forskjeller i gjennomsnitt mellom DPS-er ($F=2,65$ og $p=0,007$) ved enveis variansanalyse. Hyppigheten i kontakt er mye høyere i dette arbeidet enn i de i hovedsak polikliniske behandlingsformene som er vist i tabellene ovenfor om behandling.

Tabell 20 Antall pasienter med ulike medikamenter og DDD (definerte døgndoser)

	Antall pasienter	Definerte døgndoser (DDD)
		Snitt
Antipsykotiske eldre	257	0,41
Antipsykotiske nyere	478	1,27
Antipsykotiske samlet	66	1,00
Antidepressiva trisykliske	127	0,99
Antidepressiva SSRI	694	1,55
Antidepressiva MAOH	4	1,25
Antidepressive andre	455	1,39
Antidepressiva samlet	115	1,50
Stemningsstabiliserende litium	92	1,05
Stemningsstabiliserende antiepileptika	220	0,64
Stemningsstabiliserende samlet	291	0,80
Angstdempende	248	1,00
Sovemedisiner	230	1,39
Antikolinerge midler (mot bivirkninger)	30	0,46
Psykostimulerende	6	1,19
Midler ved alkoholavhengighet	5	1,00
Midler ved opioidavhengighet	9	4,13
Midler mot demens	5	0,67

Tabellen bygger på utvalg B (se A1). Alle medikamenter er blitt kodet med ATC-koder (kjemisk klassifiseringssystem for medikamenter) for å koble like kjemiske stoffer sammen på tvers av ulike merker, og definerte døgndoser (DDD) ble koblet til disse kodene igjen ut fra tabeller som var innhentet fra Norsk medisinaldepot. Grupperingen av medikamenter er gjort på bakgrunn av inndeling ved ATC-koder.

Tabell 21 Utbredelse av ulike grader av skjerming og tvang for døgnpasientene

Situasjoner innen døgnavdelingen	Antall pasienter	Døgn til sammen	Gj.snitt antall døgn
Fri utgang	228	6879	30
Ekstravakt	20	63	3
Skjerming på eget rom	16	94	6
Skjerming i avsnitt	17	408	24
Bruk fysiske tvangsmidler	8	8	1
Dager med permisjon	134	1242	9
Dager som dagpasient	45	554	12

Tabellen bygger på utvalg B, se omtale i vedlegg A1.

Tabellen viser at døgnbehandlingen ved DPS-ene i hovedsak er frivillig og i åpen avdeling uten låste dører. Men det er en del bruk av ekstravakt eller skjerming i kortere perioder.

Tabell 22 Hvordan behandlene vurderer tilbudet til pasienten

	Tilstrekkelig omfang?		Adekvat innhold?		Adekvat kompetanse?	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	2112	63,1	2309	68,9	2175	64,9
Nei	1235	36,9	1038	31,0	1172	35,0
Ubesvart	2	0,1	2	0,1	2	0,1
Til sammen	3349	100,0	3349	100,0	3349	100,0

Tabellen bygger på utvalg A, se omtale i vedlegg A1.

A5 Tabeller om samarbeid

Tabell 23 Antall pasienter der behandlerne hadde hatt kontakt med ulike instanser

	Ingen kontakt		Telefonkontakt		Møte		Møte og telefon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Familie og venner								
Familie/pårørende	2708	80,5	206	6,1	291	8,7	159	4,7
Venner av pasienten	3301	98,1	17	0,5	37	1,1	9	0,3
Verge/hjelpeverge	3348	99,5	2	0,1	11	0,3	3	0,1
Støttekontakt	3320	98,7	14	0,4	26	0,8	4	0,1
Kommunale tjenester								
Fastlege/primærlege	2911	86,5	310	9,2	102	3,0	41	1,2
Sykepleier /fagpers. I kommunen	2964	88,1	153	4,5	143	4,3	104	3,1
Sosialkontor	3100	92,2	126	3,7	73	2,2	65	1,9
Dagsenter i kommunen	3248	96,6	45	1,3	50	1,5	21	0,6
Kommunalt sykehjem /insituisjon	3323	98,8	12	0,4	16	0,5	13	0,4
Barnevernet	3328	98,9	10	0,3	18	0,5	8	0,2
Spesialisthelsetjenester								
Privatpraktiserende psykiater	3345	99,4	9	0,3	7	0,2	3	0,1
Privatpraktiserende psykolog	3335	99,1	16	0,5	7	0,2	6	0,2
Psykiatrisk sykehusavdeling	3265	97,1	61	1,8	13	0,4	25	0,7
Distriktpsykiatrisk senter	3267	97,1	29	0,9	47	1,4	21	0,6
BUP	3338	99,2	12	0,4	9	0,3	5	0,1
Somatisk sykehusavd./poliklinikk	3286	97,7	39	1,2	30	0,9	9	0,3
Rusteam, rusavdeling	3294	97,9	28	0,8	24	0,7	18	0,5
Andre instanser								
Arbeidsgiver	3294	97,9	41	1,2	19	0,6	10	0,3
Skole/utdanningssted	3317	98,6	23	0,7	17	0,5	7	0,2
Aetat	3247	96,5	62	1,8	41	1,2	14	0,4
Trygdekontor	3089	91,8	196	5,8	68	2,0	11	0,3
Politi	3329	99,0	18	0,5	12	0,4	5	0,1
Fengsel, kriminalomsorg	3348	99,5	9	0,3	4	0,1	3	0,1
Annen instans	3248	96,6	67	2,0	34	1,0	15	0,4

Tabellen bygger på utvalg B (N=3364), se omtale i kapittel 4.

A6 Tabeller om brukernes erfaringer

Tabell 24 Pasientenes vurdering av den informasjon de har fått

	Antall	Gj.snitt	St. avvik
Om diagnose og plager	1293	3,58	1,07
Om behandlingsmuligheter	1282	3,50	1,08
Om medikamenter	1150	3,34	1,18
Om rett til å få innsyn i journalen	1166	3,08	1,38
Om rett til å få journalført egne ønsker/synspunkt	1159	2,89	1,35
Om hvor en kan klage på tilbudet en får	1143	2,68	1,34
Informasjon til pasientene (snitt av alle spørsmålene)	1304	3,22	0,93

Utvalg P (se vedlegg A1) Intern konsistens (Cronbachs alpha) er 0,83 for de seks spørsmålene.

Tabell 25 Pasientenes opplevelse av behandlerne

	Antall	Gj.snitt	St.avvik
Å gi seg nok tid til samtaler og kontakt	1311	4,17	0,93
Evne til å lytte og forstå	1312	4,32	0,84
Oppfølging av tiltak som er planlagt eller avtalt	1227	4,10	0,95
Respekt for pasientens synspunkter og meninger	1302	4,30	0,87
Behandlernes innbyrdes samarbeid	1230	4,11	0,89
Mulighet til å påvirke hvem en får som behandler	1164	3,11	1,43
Opplevelse av behandlerne (snitt av alle spørsmålene)	1322	4,05	0,78

Utvalg P (se vedlegg A1) Intern konsistens (Cronbachs alpha) er 0,85 for de seks spørsmålene.

Tabell 26 Pasientenes opplevelse av å ha fått hjelp med ulike typer problemer

	Antall	Gj.snitt	St.avvik
Hvordan du ser på deg selv	1197	3,40	1,13
Kunnskap om sykdommen din	1180	3,28	1,22
Å redusere symptomer og plager	1209	3,31	1,13
Å lære å mestre symptomer og plager	1214	3,27	1,15
Forholdet til dine nærmeste	1110	3,21	1,17
Forholdet til andre mennesker	1152	3,18	1,11
Å fungere bedre praktisk i det daglie	1142	3,18	1,11
Å bedre din arbeidsevne	1065	2,97	1,16
Hjelp med ulike problemer (snitt av alle spørsmålene)	1197	3,40	1,13

Utvalg P (se vedlegg A1) Intern konsistens (Cronbachs alpha) er 0,92 for de åtte spørsmålene.

Tabell 27 Pasientenes utbytte av behandlingen (korrigert tabell *)

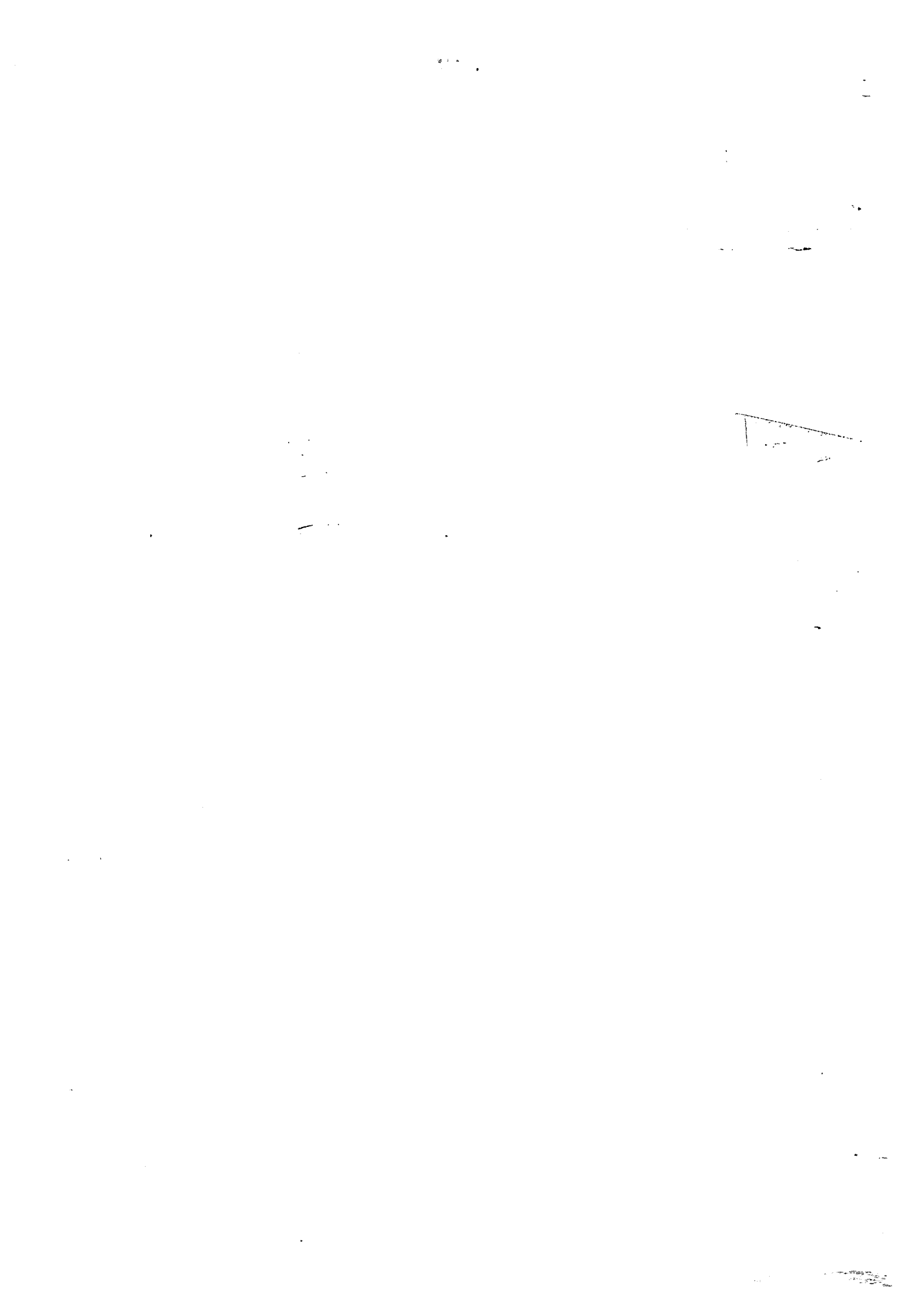
	Om en fikk slik behandling				Om ikke slik behandling	
	Ikke noe utbytte	Lite utbytte	Stort utbytte	Svært stort utbytte	Hadde ikke ønsket å få det	Hadde ønsket å få det
Undersøkelse og utredning	59	270	411	99	170	129
Råd om spørsmål	34	281	547	190	67	50
Behandling med medikamenter	77	226	432	172	270	36
Samtaler med terapeut	37	193	503	309	92	76
Gruppesamtaler	74	109	177	83	605	108
Familiesamtaler	66	103	104	36	675	162
Krisehjelp, akutt hjelp	57	96	174	138	551	120
Trening i å omgås andre mennesker	42	159	228	63	551	105
Trening i å klare meg selv praktisk	53	154	177	52	620	80
Delta i fysiske aktiviteter	51	146	167	68	584	130
Musikkterapi	87	71	85	37	674	177
Hjelp og støtte til pårørende	70	103	111	33	605	222

Utvalg P (se vedlegg A1) . *)Skala for utbytte er 1 – 4, ikke 1 – 5 slik det står i kap.8.4 i rapporten.

Tabell 28 Døgnpasientenes erfaringer med å være innlagt

	Antall	Gj.snitt	St.avvik
Mulighet til å være for seg selv	357	3,58	1,34
Bevegelsefrihet i posten eller avdelingen	345	3,90	1,20
Dine mulighet for meningsfylte aktiviteter	344	3,14	1,27
Tilstrekkelig mulighet for samtaler med personalet	343	3,48	1,26
Mulighet til å ha kontakt med andre pasienter	344	4,02	0,94

Døgnpasientene innen utvalg P (se vedlegg A1) .

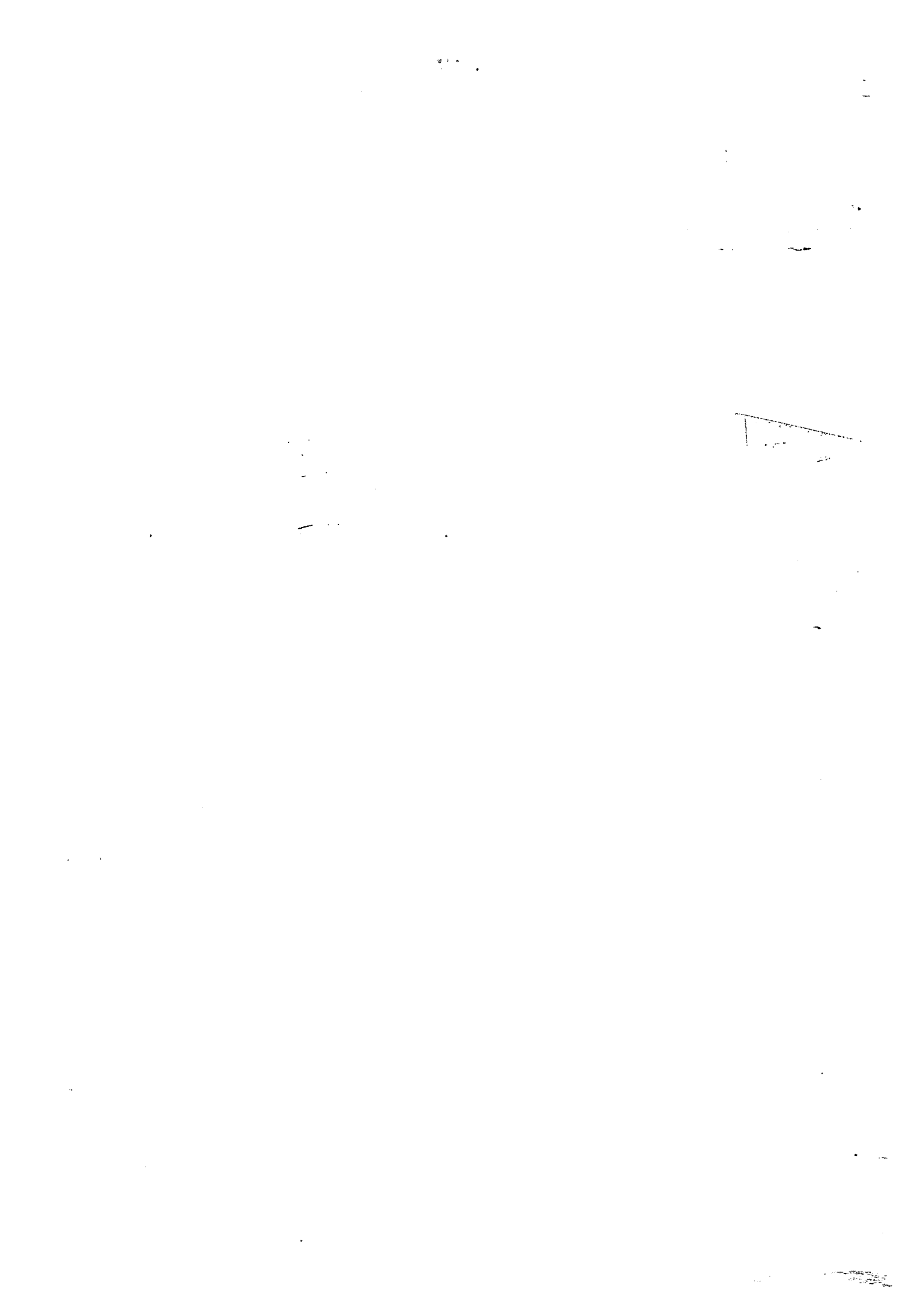


Vedlegg B: Registrerings- og spørreskjema

Vedleggene viser spørreskjema og registreringsskjema som er brukt i undersøkelsen og som resultatene i denne rapporten er hentet fra. Vedleggene kommer i samme rekkefølge som i tabellen nedenfor. I høyre kolonne er antallet sider oppgitt for å bidra til oversikten.

Registreringsskjema som rapporten viser til		Sider
Skjema A	Skjema for behandlernes registrering av pasienter (veiledning side 4)	4
Skjema B	Skjema om tilbud i registreringsperioden (veiledning på skjema A side 4)	2
Skjema C	Spørreskjema til personale om utdanning og kompetanse	1
Skjema P	Spørreskjema til pasienter	4
<i>Skåringskalaer for behandlernes ved utfylling av skjema A:</i>		
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales: Skåring av psykiatriske problem	2
GAF-S og GAF-F	Skåringsmanual for GAF symptomskala og GAF funksjonsskala	2

Av plasshensyn har vi valgt å ikke lage trykte vedlegg av brev og samtykkeerklæring som pasientene og behandlere mottok om undersøkelsen og spørreskjemaet.



Institusjon	Klin.enhet	Utfylt dato (ddmm)	Kodenr. pasient	Skj.nr	Fra (ddmm)	Til (ddmm)

Registreringsperioden er fra 15/4 kl.08 til 10/6 kl.08
Se veiledning på side 4.

Henvisningsdato (ddmmåå)

Inntaksdato (ddmmåå)

Avslutning/utskrivning (ev.)

Bostedskommune / bydel (nummer)

Fødselsår

Kjønn Kvinne Mann

Pasientens etniske / kulturelle bakgrunn

- Norsk
- Vestlig (vest-europeisk og vestlige verden)
- Annen (utenom den vestlige verden)

Nødvendig med tolk i samtaler med pasienten

- Ja Nei

Hjelp til barn som pasienten har omsorg for

- Pasienten har ikke omsorg for barn
- Barna har ikke behov for hjelp
- Barna får hjelp
- Kjenner ikke til om barna trenger hjelp

Bolig

- Vanlig leilighet / bolig
- Omsorgsbolig uten tilsyn
- Omsorgsbolig med tilsyn, ca. timer pr. uke:
- Bor i institusjon
- Ingen bolig, hjemløs

Lengste arbeidssituasjon siste to år

- Heltidsarbeid / deltidsarbeid
- Sykemeldt helt / delvis
- Utdanning/skolegang
- Hjemmearbeidende
- Rehabilitering / attføring
- Vernet arbeid (Aetat)
- Dagsenter / sysselsetting i kommunen

Høyeste fullført utdanning

- Grunnskole (7-10 år)
- Videregående skole / yrkesrettet utdanning
- Høyskole eller universitet

T

Årstall da psykisk lidelse debuterte

Årstall første kontakt psykisk helsev.

Forløp av sykdom eller lidelse siden debut

- Lite plaget, eller plaget i korte perioder
- En del plaget og/eller i noe lengre perioder
- Mye plaget og/eller mye av tiden
- Svært mye plaget det meste av tiden / hele tiden

Bruk av psykisk helsevern siden debut

- Korte polikliniske perioder, ingen døgnopphold
- Polikliniske perioder / kortere døgnopphold
- Polikliniske perioder og lengre døgnopphold
- Døgnpasient det meste av tiden eller hele tiden

Omfang av sosialt nettverk (slekt / venner)

- Ikke noe kjent nettverk, ingen personer
- Lite nettverk, få eller eventuelt en person
- Moderat nettverk, flere personer
- Stort nettverk, mange personer

Grad av støtte og kontakt fra slekt / venner

- Ikke noe støtte og kontakt
- Litt støtte og kontakt
- En god del støtte og kontakt
- Mye støtte og kontakt

Deltagelse i lokalmiljø sammen med andre

- Har bare kontakt med familie/hjelpeapparatet
- Litt kontakt utenom familie/hjelpeapparat
- Deltar i flere sammenhenger
- Deltar aktivt i lokalsamfunnet

Pasienten mottar tilbud på følgende omsorgsnivå

- Poliklinisk utredning/behandling
- Dagbehandling
- Oppsøkende tilbud fra ambulant team
- Døgnopphold

Nåværende juridisk status

- Frivillig
- Tvungen observasjon utenfor institusjon
- Tvungen observasjon i institusjon
- Tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon
- Tvungent psykisk helsevern i institusjon

Pasientens første kontakt med psykisk helsevern?

- Ja Nei Vet ikke

Om døgnpasient og er innlagt på nytt innen ett år fra forrige utskrivning fra døgnopphold: Var denne nye innleggelsen planlagt ved forrige utskrivning?

- Ja. Forrige utskrivningsdato:
- Nei

T

L

Skåring av HoNOS

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Overaktiv eller aggressiv atferd | <input type="checkbox"/> |
| 2. Selvskade som ikke skyldes uhell | <input type="checkbox"/> |
| 3. Drikking eller bruk av stoff | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kognitive problem | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fysisk sykdom eller funksjonshemming | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hallusinasjoner og vrangforestillinger | <input type="checkbox"/> |
| 7. Senket stemningsleie | <input type="checkbox"/> |
| 8.1. Andre mentale/atferdsmessige problem | <input type="checkbox"/> |
| 8.2. Andre mentale/atferdsmessige problem | <input type="checkbox"/> |
| 8.3. Andre mentale/atferdsmessige problem | <input type="checkbox"/> |
| 9. Problem med forhold til andre | <input type="checkbox"/> |
| 10. Problem med dagliglivets aktiviteter | <input type="checkbox"/> |
| 11. Problem med boligforhold | <input type="checkbox"/> |
| 12. Problem med yrke og aktiviteter | <input type="checkbox"/> |

Skalaer om psykologiske problemer

- | | |
|---|--------------------------|
| P1. Problemer etter traumer eller tap | <input type="checkbox"/> |
| P2. Problemer med selvbylde eller identitet | <input type="checkbox"/> |
| P3. Personlige eller indre konflikter | <input type="checkbox"/> |
| P4. Problem med parforhold / nære forhold | <input type="checkbox"/> |

Skalaer om bruk av alkohol og stoff

- | | |
|--|--------------------------|
| Bruk av alkohol (1-5) | <input type="checkbox"/> |
| Bruk av medikamenter (1-5) | <input type="checkbox"/> |
| Bruk av narkotika / illegale stoffer (1-5) | <input type="checkbox"/> |

Skåring av GAF

- | | Symp | Funk |
|---|--------------------------|--------------------------|
| GAF <u>siste uke</u> (alvorligste) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GAF for <u>beste</u> funksjonsnivå over noen måneder <u>de siste 12 måneder</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diagnoser etter ICD-10 (ev. foreløpige diagnoser)

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoveddiagnose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen diagnose (bidiagnose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen diagnose (bidiagnose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L

Er det gjort noe strukturert diagnostisk intervju?

- | | Her | Annet sted |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja, SCID-I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, SCID-II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, annet: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Delmål for nåværende kontakt eller opphold slik behandler ser det (sett kryss på alle definerte mål)

- Diagnostikk og utredning
- Etablering av behandlingsrelasjon
- Reduksjon av symptomer
- Bearbeiding av psykologiske problemer
- Kontroll over destruktiv atferd
- Avlastning av familie/nettverk
- Skjerming fra vanskelig situasjon
- Hjelp med problemer i familien
- Bedring av sosial fungering
- Bedring av arbeidsevne
- Bedring av praktisk fungering / egenomsorg
- Bedring av fysisk / somatisk helse

Pasienten har en skriftlig individuell plan

- Ja Nei Vet ikke

Hvem har hatt hovedansvaret for å lage planen?

- Fagperson i primærhelsetjenesten
- Fagperson ved DPS-et
- Fagperson i annen del av psykisk helsevern
- Vet ikke

Hvem har vært med på å lage planen?

- Pasienten
- Pasientens pårørende
- Fastlege / primærlege
- Pleie/omsorg / psykiatriteam i kommunen
- Sosialkontoret
- Aetat
- Lege ved DPS-et
- Annen fagperson ved DPS-et
- Privatpraktiserende spesialist
- Vet ikke

Innhold i den individuelle planen (ev. flere kryss)

- Mer undersøkelse og utredning
- Medikamentell behandling
- Psykoterapi, annen psykologisk behandling
- Familiesamtaler, familiearbeid
- Trening i praktiske og/eller sosiale ferdigheter
- Hjelp med økonomi og/eller bolig
- Hjemmetjenester, hjelp med egenomsorg
- Hjelp med arbeid eller utdanning
- Hjelp med fritid og aktiviteter
- Kriseplan ved varseltegn på forverrelse
- Vet ikke

Har pasienten en ansvarsgruppe i kommunen?

- Ja Nei Vet ikke

T

T

Hvem som er koordinator for de samlede tilbud til denne pasienten

- Ikke behov for noen koordinator
 Behov for koordinator, men har ingen ennå
 Behandler / primærkontakt her
 Annen fagperson i psykisk helsevern
 Primærlege
 Annen fagperson i primærhelsetjenesten
 Vet ikke

Bruk av ulike behandlingstilbud siste 12 måneder

O = antall opphold/perioder E = antall ulike kliniske enheter Uker = antall uker i alt	O	E	Uker
Poliklinisk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagbehandling ved DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Døgnopphold ved DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opphold ved sykehusavd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Måneder i kontakt med denne institusjonen

Faggruppe for nåværende hovedbehandler

- Spesialist i psykiatri Lege, ikke spesialist
 Psykologspesialist Psykolog, ikke spesialist
 Sosionom Psykiatrisk sykepleier
 Annen:

Kontakten med nåværende hovedbehandler

Måneder med nåværende hovedbehandler
 Antall uønskede avbrudd i denne tida
 Antall andre behandlere i slike avbrudd
 Antall tidligere hovedbehandlere i alt (ca.)

Skifte av hovedbehandler i perioden? Ja Nei

Hvis ja, grunn til skifte av hovedbehandler?

- Behandler sluttet/kunne ikke fortsette
 Pasienten ønsket å skifte behandler
 Behov for endret tilbud til pasienten
 Vanskelig samarbeid

Behandles pasienten på feil kompetansenivå?

- Unødvendig høyt kompetansenivå
 Passe kompetansenivå
 For lavt kompetansenivå

Tilbudet til pasienten har (ev. flere kryss)

- Tilstrekkelig omfang
 Adekvat innhold
 Adekvat kompetanse

T

L

Om tilbudet ikke er tilstrekkelig

- Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud
 Mangler kompetanse her
 Har kompetanse, for liten kapasitet

Situasjonen ukene før ev. innleggelse i perioden

- Pasienten hadde oppfølging fra psykisk helsevern
 Pasienten hadde oppfølging fra primærhelsetjen.
 Pasienten hadde ingen systematisk oppfølging
 Pasienten hadde brutt kontakten
 Pasienten hadde seponert medisiner

Om pasienten skal følges opp ved annen instans, hva har vært gjennomført i tida før overføringen?

- Møte med dem som skal følge opp
 Pasienten har fått time ved ny enhet
 Pasienten besøkt den nye enheten
 Pasienten har fått tildelt ny behandler (navngitt)
 Pasienten har startet opp i nytt opplegg
 Møte med pårørende

Bruk skalaen til høyre på for å skåre innsikt og samarbeidsallianse de siste to ukene	1	2	3	4	5
	Svært dårlig	Dårlig	Både og	God	Svært god

Pasientens grad av innsikt i ...

- at han/hun har problemer eller er syk
 - hva slags problemer eller sykdom det er
 - hva han/hun kan gjøre eller bidra med selv
 - hva slags hjelp han/hun trenger fra andre

Pasientens forhold til behandlere og behandling

- viser interesse for kontakt m/ behandlerne
 - viser tillit til behandlerne
 - følger opp de tiltak som settes i verk
 - tar aktivt del i og ansvar for egne bidrag

Grad av bedring siden inntaksdato. Bruk skala:

1 Mye dårligere	2 Noe dårligere	3 Ingen endring	4 Litt bedre	5 En del bedre	6 Mye bedre	7 Svært mye bedre
1	2	3	4	5	6	7
Psykiatriske symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologiske problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nære relasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosial fungering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktisk fungering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atferdsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L

Veiledning for utfylling av skjema DPS-A

Skjemaet fylles ut av hovedbehandler (eventuelt i samarbeid med andre) i løpet av perioden (eller når pasienten slutter).

Det fylles bare ut ett skjema for hver pasient innen institusjonen, men et nytt skjema dersom pasienten avsluttes og tas inn på nytt i løpet av perioden. Det fylles ikke ut noe nytt skjema ved intern overflytting innen institusjonen.

De fleste spørsmål anses å være selvforklarende. Nedenfor kommenteres de spørsmål som kan trenge noen kommentarer.

Utfylling av felt øverst på første side

Institusjon og klinisk enhet: Se liste (eget ark) fra prosjektet med koder for dette.

Kodenummer fås på den måten koordinator gir beskjed om.

Skjemanummer brukes bare dersom det ved innsamling er flere skjema om samme pasient. Det påføres derfor til slutt.

Datofeltene Fra og Til brukes om det tidsrommet pasienten er til utredning eller behandling ved institusjonen innen registreringsperioden. Fra kan derfor være 15.04 (eller seinere om inntak i perioden) og til kan være 10.06 (eller tidligere om avslutning i perioden).

Side 2 spalte 1

Bruk av alkohol og stoff skåres ut fra utlevert skala for dette (gradert 1-5). Men det skåres separat for illegale stoffer og for misbruk av medisiner.

Side 2 spalte 2

Med diagnostisk intervju menes et strukturert intervju-skjema som skal føre fram til en diagnose, men ikke skåringsskalaer som f.eks. BPRS, MADRS, PANSS og andre.

Side 3 spalte 1

Betegnelsen E over en kolonne for bruk av behandlingstilbud siste 12 måneder betyr antall ulike kliniske enheter pasienten har vært ved for utredning eller behandling i løpet av de siste 12 månedene. Dette angis separat for ulike tjenestenivå.

Ved avkryssing sett kryss i ruten
Krysser du i feil rute skravér ruten helt



Veiledning for utfylling av skjema DPS-B

Skjemaet fylles ut av behandler (eventuelt i samarbeid med andre) i løpet av perioden (eller når pas. slutter).

Det fylles ut ett skjema fra hver klinisk enhet i institusjonen som gir egne tilbud til pasienten i løpet av registreringsperioden.

Det fylles ut et nytt skjema dersom pasienten avsluttes og tas inn på nytt i løpet av perioden.

De fleste spørsmål anses å være selvforklarende. Nedenfor kommenteres de spørsmål som kan trenge noen kommentarer.

Utfylling av felt øverst på første side

Institusjon og klinisk enhet: Se liste (eget ark) fra prosjektet med koder for dette.

Kodenummer fås på den måten koordinator gir beskjed om.

Skjemanummer brukes bare dersom det ved enheten registreres for flere ulike perioder innen registreringsperioden, enten fordi pasienten er overført fram og tilbake, eller fordi en ønsker å synliggjøre flere ulike perioder det tilbudene var svært ulike.

Datofeltene Fra og Til brukes om det tidsrommet pasienten mottar tilbud fra denne enheten innen registreringsperioden. Fra kan derfor være 15.04 (eller seinere om inntak i perioden) og til kan være 10.06 (eller tidligere om avslutning i perioden).

Lister med grå skygge bak overskriftene

Disse delene skal det bare være ett svar på. Det er derfor unødvendig at de fylles ut ved flere enheter. De skal derfor fylles ut av den enheten som har hovedansvaret for pasienten i perioden.

Døgndose angis som den mest brukte døgndosen for det aktuelle medikamentet i registreringsperioden. Det skal ikke finregnes på et gjennomsnitt, men bare gjøres en skjønnsmessig vurdering.

Under medikamenter brukes datofeltene på samme måte som angitt ovenfor, altså bare hva som er gitt innen registreringsperioden.

Vær nøyaktig ved utfylling av tall

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Institusjon	Klin.enhet	Utfylt dato (ddmm)	Kodenr pasient	Skjnr	Fra (ddmm)	Til (ddmm)

Instruksjon: Skjemaet fylles ut retrospektivt ved slutten av registreringsperioden (som er 15.04 kl.08 – 10.06 kl.08). Dersom en vil differensiere ulike faser med svært ulik utredning/behandling, kan en fylle ut ett skjema for hver fase. Det fylles ut ett skjema fra hver enhet pasienten har kontakt med, og enheten fyller primært ut det de selv har gjort. De listene som har en overskrift med grå bakgrunn fylles bare ut av den enheten som har hovedansvaret for pasienten. Skjemaet leses maskinelt så vær nøyaktig med innfylling av tall og avkryssing. Ved feilkryss skraver ruten helt og sett kryss i riktig rute

1. Utredning og diagnostikk (ganger)

Psykiatrisk undersøkelse / utredning	
Psykologisk testing	
Somatisk undersøkelse / utredning	

2. Poliklinisk og annen behandling (ganger)

Vurdering/oppfølging medikamentell behandling	
Kriseintervensjon	
Rådgivning	
Psykodynamisk psykoterapi	
Kognitiv atferdsterapi, kognitiv terapi	
Interpersonlig psykoterapi (IPT)	
Støttende psykoterapi	
Annen individuell psykoterapi	
Kognitiv terapi i gruppe	
Analytisk gruppepsykoterapi	
Annen gruppeterapi	
Parsamtaler / familiesamtaler (pasienten med)	
Flerfamiliegruppe	
Billedterapi, musikkterapi m.m.	
Fysioterapi, psykomotorisk behandling	
ECT	
Lysbehandling	
Undersøkelse for trygdesak / forsikringssak	

3. Annet (ganger)

Innleid tolk	
Pasienten ikke møtt	

4. Rehabilitering (ganger)

Treningsopplegg i praktiske ferdigheter	
Treningsopplegg i sosiale ferdigheter	
Fysisk trening eller trim	
Sosiale tiltak ang. bolig og/eller økonomi	
Hjelp med husarbeid og annet praktisk	
Hjelp med grunnleggende egenomsorg	
Oppfølging ang. arbeid eller skolegang/utdanning	
Besøk / aktiviteter i hjemmet	
Følge /aktiviteter ute i samfunnet	

5. Tiltak i døgnavdeling (dager)

Åpen avdeling, fri utgang	
Ekstravakt eller "fofølgning"	
Skjerming på eget rom	
Skjerming i skjermingsavsnitt	
Bruk av fysiske tvangsmidler	
Dager i permisjon (borte fra avdelingen)	
Dager som dagpasient	

6. Arbeid og aktiviteter i perioden dager a tim

Vanlig jobb/arbeid (heltid/deltid)		
Sykemeldt fra vanlig jobb		
Skole / utdanning		
Vernet arbeid, arbeidssamvirke o.l.		
Arbeid med bistand		
Dagsenter (kommunalt)		
Samvær med støttekontakt		

T

T

7. Pasientens samtaler med andre (ganger)

Fastlege / annen primærlege	<input type="checkbox"/>
Sykepleier / annen fagperson i kommune	<input type="checkbox"/>
Sosionom / saksbehandler ved sosialkontor	<input type="checkbox"/>
Andre utenom psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykiater	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykolog	<input type="checkbox"/>
Annen psykiatrisk institusjon	<input type="checkbox"/>
Behandlere ved BUP	<input type="checkbox"/>
Andre innen psykisk helsevern (utenom her)	<input type="checkbox"/>
Lege ved somatisk sykehusavdeling	<input type="checkbox"/>

8. Behandlernes samtaler med andre (ganger)

Samtaler med pårørende uten pasienten	<input type="checkbox"/>
Veiledning av fagfolk i kommunen	<input type="checkbox"/>

9. Samarbeidsmøter om pasienten (ganger)

Interne behandlingsmøter i institusjonen	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsmøter i kommunen	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsmøter ved andre psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsmøter andre steder	<input type="checkbox"/>

10. Hvem behandlerne har hatt kontakt med (kryss)

	I møte	Tlf.
Pasientens familie / pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner av pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verge / hjelpeverge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlege / annen primærlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleier / annen fagpers. i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosialkontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagsenter i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunalt sykehjem / institusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnevernet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykehusavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distriktpsikiatrisk senter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatisk sykehusavdeling / poliklinikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteam, rusavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsgiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skole / utdanningssted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aetat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygdekontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fengsel, kriminalomsorg i frihet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen instans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

L

11. Psykofarmaka (med mest vanlige døgndose) som er gitt innen registreringsperioden

Medikament (blokkbokstaver)	Døgndose (mg)	Fra (ddmm)	Til (ddmm)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Depotmedikament (injeksjon)	Interval (dager)	Dose (mg)	Fra (ddmm)	Til (ddmm)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Depotmedikasjon er: Frivillig I kraft av vedtak om tvangsmedisinerer

Institusjon Klin.enhet (nummer oppgis av koordinator)

--	--	--	--

Utfylt dato (ddmm)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 0 2

Spørreskjema til personale våren 2002 om utdanning og kompetanse

Kjønn
 Kvinne Mann

Aldersgruppe:

- Under 20
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 eller mer

Ansettelsesforhold

- Fast ansatt
- Midlertidig ansatt

Hvor stor stillingsandel (%) du har ved denne institusjonen (kan være over 100% om fast overtid)

 Stillingsandel (%)

Hvordan er denne stillingsandel fordelt på ulike kliniske enheter ved institusjonen? Koordinator gir deg liste med kodennummer for de ulike enhetene. Ta med enheter der du arbeider minst 10% av full stilling. Summen skal være lik den ovenfor.

 Enhet nr.

 andel:

 Enhet nr.

 andel:

 Enhet nr.

 andel:

Arbeidstid

- Bare dag
- Dag og kveld
- Døgnturnus
- Bare natt

Fagutdanning

- Lege
- Psykolog
- Sosionom
- Sykepleier
- Hjelpepleier
- Vernepleier
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Aktivitør
- Pedagog

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Ingen/ufaglært

Har du tatt spesialistutdanning i psykiatri for din faggruppe?
 Ja Nei

Hva du har fullført av systematisk videreutdanning (antall år med fullverdig utdanningsopplegg)

 Psykoanalytisk utdanning

 Psykodynamisk psykoterapi

 Kognitiv psykoterapi

 Annen individualterapi

 Analytisk gruppepsykoterapi

 Annen gruppeterapi

 Psykisk helsearbeid (høgskole)

 Familierapi (systemisk, annet)

 Familiearbeid (psyko-educativ)

 SEPREPs psykoterapi v/psykose

 SEPREPs tverrfaglige utdanning

 Utdanning ved Voksne for barn

 Annen omfattende utdanning

Spesifiser (blokkbokstaver) med stikkord om avkryssing "annen":

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Annens videreutdanning:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Er du godkjent veileder for din faggruppe?
 Ja Nei

Hvor mange timer har du de siste tre månedene gitt slik veiledning

 1. Ved denne institusjonen

 2. Utenom institusjonen

Hvor mange timer har du i løpet av de siste tre månedene

 1. Fått intern undervisning

 2. Fått individuell veiledning

 3. Fått veiledning i gruppe

 4. Vært på kurs andre steder

Har du en konkret plan for din faglige utvikling?
 Ja Nei

Hvor godt opplever du at du får ivare tatt din egen faglige utvikling?

- svært dårlig
- dårlig
- middels godt
- godt
- svært godt

Hvordan samsvarer dine ønsker om faglig utvikling med det som er ønsket ved den enheten der du arbeider?

- svært dårlig
- dårlig
- middels godt
- godt
- svært godt

Din arbeidserfaring (antall år)

 1. Samlet (alt arbeid)

 2. Innen psykisk helsevern

 3. Ved denne institusjonen

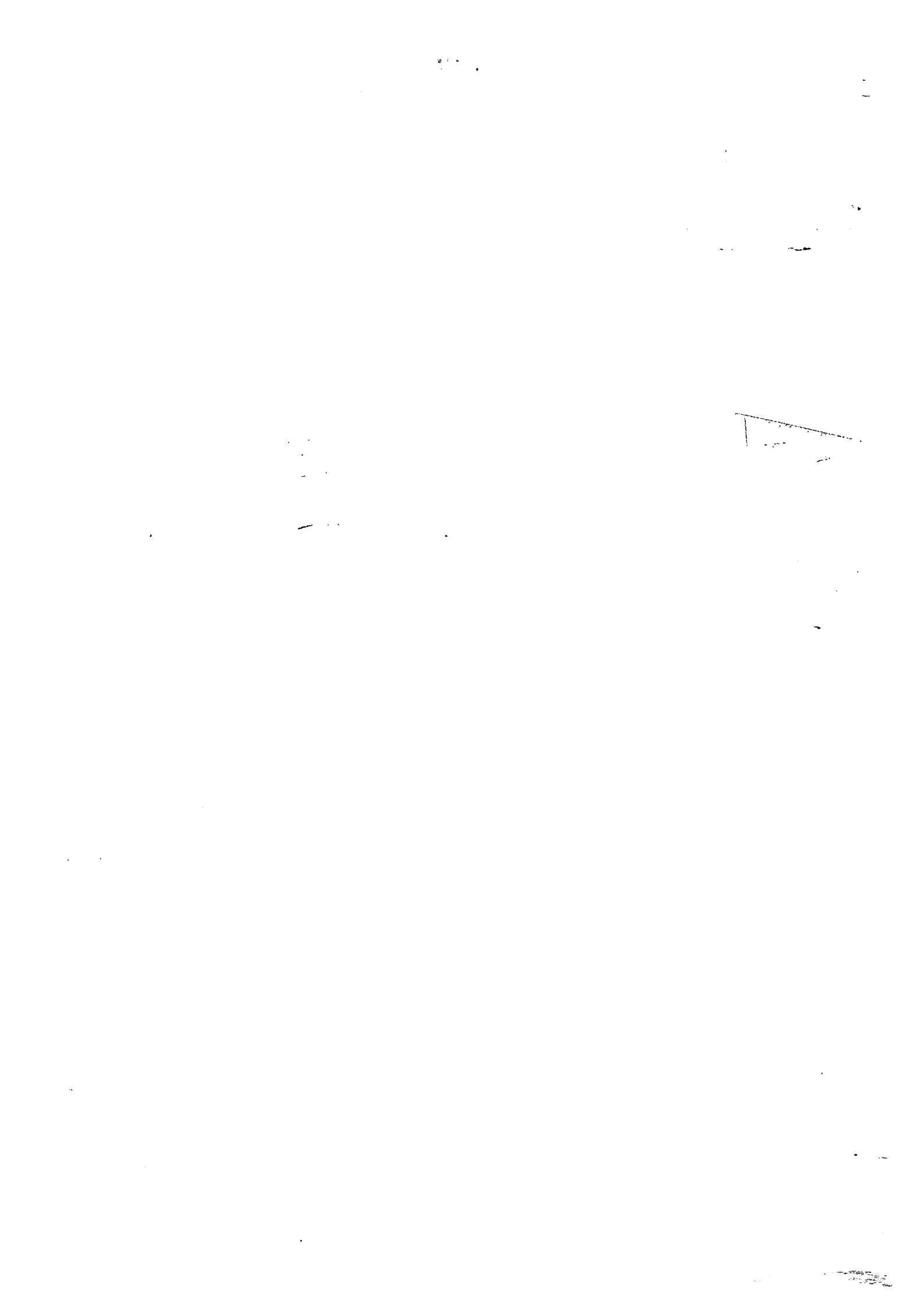
 4. Ved denne enheten

Hvor mange år regner du fortsatt med å arbeide i...

 1. Denne jobben

 2. Denne institusjonen

 3. Psykisk helsevern



**SINTEF**

Evaluering av utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre
SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning

Skjema DPS-P

Institusjon

Klin.enhet

Utfylt dato (dag/måned)

2 0 0 2

Kodenummer bare
om samtykke til det

Kodenr. pasient

Spørreskjema til pasienter våren 2002

Ved å svare på spørreskjemaet bidrar du til en evaluering av tilbudene til mennesker med psykiske plager. Valg av spørsmål er gjort i samråd med ledere i organisasjonen Mental helse. Resultatene vil bli brukt både av Helsedepartementet og av institusjonene lokalt for å forbedre tilbudene om behandling og hjelp.

Kjønn Kvinne Mann

Fødselsår

Hvilke tilbud har du hatt våren 2002?

 Poliklinisk tilbud Dagtilbud Døgntilbud Utenfor institusjonen1. Er kontakten avsluttet? Ja Nei2. Har du vært tvangsinnlagt? Ja Nei3. Har du fått medisiner etter
tvangsmedisineringsvedtak? Ja Nei**Nedenfor finner du en oppstilling av plager og problemer som man av og til har**

Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dagene. Sett ett kryss på hver linje.	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1 Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Skjelving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hjertebank, hjerteslag som løper avgårde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Følelse av å være anspent, oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Anfall av angst eller panikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Rastløs - vanskelig å sitte stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Mangel på energi, alt går langsomt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Lett å klandre seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Lett for å gråte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Tanker om å ta sitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Dårlig matlyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Føle håpløshet med tanke på framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Følelse av ensomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Tap av seksuell lyst og interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Følelse av å være lur i en felle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Uten interesse for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Følelse av å være unyttig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L

Spørsmål om hvor fornøyd du er med ulike områder i livet slik det er nå

For hvert område i livet som er nevnt nedenfor setter du kryss i den boksen som best beskriver hvordan du har det nå med denne delen av livet. Skalaen for hver av de sju ulike svarene (boksene) står øverst under tallene.

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

T L

Din vurdering av de tilbud du har fått ved denne institusjonen våren 2002

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

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

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

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

T

L

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

Noen spørsmål om individuell plan	Ja	Nei	Noen andre spørsmål	Ja	Nei
1. Har du hørt om retten til å ha en individuell plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Var det akseptabel ventetid for å få tilbud her?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du gitt samtykke til å ha en plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Har du vært utsatt for krenkende uttalelser fra behandlere / personale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du en skriftlig individuell plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Har du vært utsatt for krenkende handlinger fra behandlere / personale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

L

HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales

Norsk versjon april 2002 (korrigert desember 2002)

Oppsummering av instruksjon for skåring

- 1) Skår hver skala (problemområde) i rekkefølge fra 1 til 12.
- 2) Ikke ta med informasjon som er skåret på et tidligere punkt, med unntak av punkt 10 som skåres ut fra en samlet vurdering.
- 3) Skår det MEST ALVORLIGE problem som har forekommet i løpet av perioden som skåres (de siste to ukene, om ikke annet er bestemt)
- 4) Alle skalaene har denne graderingen:
0= Ingen problem
1= Lite problem som ikke krever tiltak
2= Mildt problem, men avgjort tilstede
3= Moderat alvorlig problem
4= Alvorlig til svært alvorlig problem
Skriv 9 hvis ukjent

1. Overaktiv, aggressiv, forstyrrende eller agitert atferd

- Inkluder slik atferd uansett årsak (f.eks. rusmiddel, alkohol, demens, psykose, depresjon etc.)
- Inkluder ikke bisarr atferd som skal skåres på skala 6.

- 0 Ingen slike problemer i perioden som skåres.
- 1 Irritabilitet, krangler, rastløshet etc. som ikke krever noe tiltak.
- 2 Inkluder aggressive fakter, dytting eller plaging av andre, trusler eller verbal aggresjon, mindre skade på gjenstander (f.eks. knust kopp eller vindu); atferd som er markert overaktiv eller agitert.
- 3 Fysisk aggressiv mot andre eller dyr (mindre enn ved 4), truende atferd, mer alvorlig overaktiv atferd eller ødeleggelse av ting.
- 4 Minst ett alvorlig fysisk angrep på andre eller på dyr, ødeleggelse av ting (f.eks. ildspåsetting), alvorlig skremmende eller uanstendig atferd.

2. Selvskade som ikke skyldes uhell

- Inkluder ikke selvskade ved uhell (f.eks. på grunn av demens eller psykisk utviklingshemning). Det kognitive problemet skal skåres på skala 4 og skaden på skala 5.
- Inkluder ikke sykdom eller skade som er en direkte konsekvens av stoff/alkohol-bruk skåret på skala 3 (f.eks. leverkirrose eller skade på grunn av fyllekjøring skal skåres på skala 5).

- 0 Ingen slike problemer i perioden som skåres.
- 1 Flyktige tanker om å gjøre slutt på alt, men liten risiko; ingen selvskade.
- 2 Mild risiko i perioden; inkluderer ufarlig selvskade (f.eks. risping på håndledet).
- 3 Moderat til alvorlig fare for forsettelig selvskade i perioden; inkluderer forberedelser (f.eks. samle opp tabletter).
- 4 Alvorlig selvmordsforsøk og/eller alvorlig forsettelig selvskade i perioden.

3. Problemdriking eller bruk av rusmiddel

- Inkluder ikke aggressiv/destruktiv atferd som skyldes alkohol eller rusmiddel, skåret på skala 1.
- Inkluder ikke fysisk sykdom eller handikap som skyldes bruk av alkohol eller rusmiddel, som skal skåres på skala 5.

- 0 Ingen slike problemer i perioden som skåres.
- 1 Noe overdreven bruk, men innen sosiale normer.
- 2 Tap av kontroll over driking eller bruk av rusmiddel, men ikke alvorlig tilvenning.
- 3 Markert trang til eller avhengighet av alkohol eller rusmiddel med hyppig tap av kontroll, tar risikoer når påvirket.
- 4 Ufør på grunn av alkohol/rusmiddelproblem.

4. Kognitive problemer

- Inkluder problem med hukommelse, orienteringsevne og forståelse uansett hva slags lidelse de er forbundet med: psykisk utviklingshemning, demens, schizofreni etc.
- Inkluder ikke forbigående problem (f.eks. bakrus) fra bruk av alkohol/rusmiddel, som skal skåres på skala 3.

- 0 Ingen slike problemer i perioden som skåres.
- 1 Mindre problem med hukommelse eller forståelse (f.eks. glemmer navn av og til).
- 2 Milde men klare problem (f.eks. har gått seg bort på et kjent sted eller ikke kjent igjen en person en kjenner); i blant forvirret overfor enkle beslutninger.
- 3 Betydelig desorientert for tid, sted eller person; forvirret av dagligdage hendelser; talen er noen ganger usammenhengende.
- 4 Alvorlig desorientert (f.eks. ikke i stand til å kjenne igjen slektninger); risiko for ulykker; uforståelig tale; tåkete eller stuporøs.

5. Problemer med fysisk sykdom eller funksjonshemming

- Inkluder sykdom eller funksjonshemming uansett grunn som begrenser eller hindrer bevegelse, svekker syn eller hørsel, eller på annen måte forstyrrer personlig fungering.
- Inkluder bivirkninger av medikamenter; virkninger fra bruk av stoff/alkohol; fysiske handikap som resultat av ulykker eller selvskade i forbindelse med kognitive problemer, promillekjøring etc.
- Inkluder ikke mentale eller atferdsmessige problem, skåret på skala 4.

- 0 Ingen fysiske helseproblemer av betydning i perioden som skåres.
- 1 Mindre helseproblemer i perioden (f.eks. forkjølelse, ufarlig fall etc.)
- 2 Fysisk helseproblem som medfører mild innskrenking i bevegelse og aktivitet.
- 3 Moderat grad av innskrenket aktivitet på grunn av fysiske helseproblemer.
- 4 Fullstendig eller alvorlig grad av uførhet på grunn av fysiske helseproblemer.

6. Problemer forbundet med hallusinasjoner og vrangforestillinger

- hallusinasjoner og vrangforestillinger uansett diagnose.
 - Inkluder merkelig og bisarr atferd forbundet med hallusinasjoner eller vrangforestillinger.
 - Inkluder ikke aggressiv, destruktiv eller overaktiv atferd som skyldes hallusinasjoner eller vrangforestillinger, skåret på skala 1.
- 0 Ingen tegn til hallusinasjoner eller vrangforestillinger i perioden.
 - 1 Noe merkelige eller besynderlige overbevisninger som ikke er i samsvar med kulturelle normer.
 - 2 Vrangforestillinger eller hallusinasjoner (f.eks. stemmer, syner) er tilstede, men er i liten grad plagsomme for pasienten eller manifestert i bisarr atferd, dvs. klinisk tilstede men mildt.
 - 3 Markert opptatt av vrangforestillinger eller hallusinasjoner, forårsaker mye plager og/eller viser seg i åpenbar bisarr atferd. dvs. moderat alvorlig klinisk problem.
 - 4 Mental tilstand og atferd er på en alvorlig og negativ måte påvirket av vrangforestillinger eller hallusinasjoner, med alvorlig innvirkning på pasienten.

7. Problem med senket stemningsleie

- Inkluder ikke overaktivitet og agitasjon, skåret på skala 1.
- Inkluder ikke selvmordstanker eller selvmordsforsøk, skåret på skala 2.
- Inkluder ikke vrangforestillinger eller hallusinasjoner, skåret på skala 6.

0 Ingen problemer forbundet med senket stemningsleie i perioden som skåres.

- 1 Tungsinndig; eller mindre endringer i stemningsleie.
- 2 Mildt men avgjort deprimert og plaget (f.eks. skyldfølelse, tap av selvfølelse).
- 3 Depresjon med urimelig selvbebreidelse, opptatt av følelse av skyld.
- 4 Alvorlig eller svært alvorlig depresjon, med skyldfølelse eller anklager mot seg selv.

8. Andre mentale eller atferdsmessige problem

- Skår bare det mest alvorlige kliniske problemet som ikke er vurdert på skalaene 6 og 7:
- Spesifiser type problem ved å skrive rett bokstav: A fobi, B angst, C tvangslidelse, D mentalt stress/spenning, E dissosiativ, F somatoform, G spiseproblemer, H søvnvansker, I seksuelt problem, J annet problem (spesifiser)

0 Ingen tegn til noen av disse problemene i perioden som skåres.

- 1 Bare mindre problemer.
- 2 Et problem er klinisk tilstede i mild grad (f.eks. pasienten har en grad av kontroll).
- 3 Av og til alvorlige anfall eller plager, med tap av kontroll (f.eks. må unngå helt angstskapende situasjoner, tilkalle en nabo for hjelp etc.), dvs. moderat alvorlig grad av problem.
- 4 Alvorlig problem som dominerer de fleste aktiviteter.

9. Problemer med forhold til andre

- Skår pasientens mest alvorlige problem forbundet med aktiv eller passiv tilbaketrekning fra sosiale relasjoner, og/eller ikke-støttende, destruktive eller selv-ødeleggende relasjoner.

0 Ingen slike problemer av betydning i perioden som skåres.

- 1 Mindre ikke-kliniske problemer.
- 2 Klare problemer med å etablere eller opprettholde støttende relasjoner: pasienten klager og/eller problemene er åpenbare for andre.
- 3 Vedvarende store problem på grunn av aktiv eller passiv tilbaketrekning fra sosiale relasjoner, og/eller på grunn av relasjoner som gir liten eller ingen trøst eller støtte.
- 4 Alvorlig og plagsom sosial isolasjon på grunn av manglende evne til å kommunisere sosialt og/eller tilbaketrekning fra sosiale relasjoner.

10. Problemer med dagliglivets aktiviteter

- Skår funksjonsnivået innen dagliglivets aktiviteter (ADL) samlet sett (f.eks. problemer med grunnleggende aktiviteter innen egenomsorg som spising, vasking, kle på seg, bruk av toalett; og komplekse ferdigheter som budsjettering, organisere hvor en skal bo, arbeid/beskjeftigelse og rekreasjon, bevegelighet og bruk av transportmidler, handling, egenutvikling etc).
- Inkluder eventuell manglende motivasjon for å bruke muligheter for egenhjelp, siden dette bidrar til et generelt lavere funksjonsnivå.
- Inkluder ikke manglene muligheter for å gjøre bruk av intakte evner og ferdigheter, som skal skåres på skalaene 11-12.

0 Ingen problemer i perioden som skåres; god evne til å fungere på alle områder.

- 1 Kun mindre problemer (f.eks. ustelt, uryddig).
- 2 Adekvat egenomsorg, men større mangel på evnen til å utføre en eller flere komplekse ferdigheter (se ovenfor).

- 3 Store problem innen ett eller flere områder av egenomsorg (spising, vasking, kle på seg, bruk av toalett) så vel som stor mangel på evner til å utføre flere komplekse ferdigheter.
- 4 Alvorlig svikt eller manglende funksjonsevne på alle eller nesten alle områder for egenomsorg og komplekse ferdigheter.

11. Problemer med boligforhold

- Skår det generelle nivået av problemer med kvaliteten på boligforhold og daglig husholdningsrutine.
- Er de grunnleggende nødvendigheter tilfredsstillende (varme, lys hygiene)? Finnes det hjelp til å mestre handikap og muligheter til å bruke ferdigheter og utvikle nye?
- Skår ikke selve funksjonsnivået, som er skåret på skala 10.
- **N.B: Skår pasientens vanlige boligforhold. Hvis pasienten er i en akuttavdeling, skal en skåre den boligen pasienten har utenfor institusjonen. Hvis en ikke har informasjon om dette, skårer en 9 (ukjent).**

0 Bolig og boligforhold er akseptable; er til hjelp for å holde eventuelt handikap skåret på skala 10 på et lavest mulig nivå, og gir støtte for selvhjelp.

- 1 Boligen er rimelig akseptabel selv om det er mindre eller forbigående problemer (f.eks. ikke ideell beliggenhet, ikke den boligtype en foretrekker, liker ikke maten).
- 2 Problemer av betydning med ett eller flere aspekter ved boligen og/eller systemet (f.eks. begrenset utvalg; personale eller de en bor sammen med har liten forståelse for hvordan en kan begrense handikap eller hvordan en kan hjelpe til å bruke og utvikle nye eller intakte ferdigheter).
- 3 Plagsomt mange alvorlige problem med boligen (f.eks. noen grunnleggende nødvendigheter mangler); boligen har minimale eller ingen hjelpemidler for å bedre pasientens uavhengighet.
- 4 Boligen er uakseptabel (f.eks. mangel på grunnleggende nødvendigheter, pasienten er i fare for å bli kastet ut, "uten tak over hodet", eller boligforholdene er på andre måter utålelige) og gjør pasientens problem verre.

12. Problemer med yrke og aktiviteter

- Skår det generelle nivået av problemer med kvalitet på omgivelsene på dagtid. Finnes det hjelp til å mestre handikap, og muligheter for å vedlikeholde og forbedre ferdigheter i forhold til arbeid og fritidssystemer? Vurder faktorer som stigma, mangel på kvalifisert personale, tilgang på støttende tilbud (f.eks. bemanning og utstyr på dagsentre, arbeidssentre, sosiale klubber o.l.)
- Skår ikke selve funksjonsnivået, som er skåret på skala 10.
- **N.B: Skår pasientens vanlige situasjon. Hvis på akuttavdeling, skåres aktivitetene i perioden før innleggelsen. Hvis informasjon ikke er tilgjengelig, skårer en 9.**

0 Pasientens omgivelser på dagtid er akseptable: til hjelp for å holde handikap skåret på skala 10 på et lavest mulig nivå, og med støtte for selvhjelp.

- 1 Mindre eller forbigående problemer (f.eks. sen utbetaling av penger); gode hjelpemidler er tilgjengelige men ikke alltid på ønskelig tidspunkt etc.
- 2 Begrenset utvalg av aktiviteter, f.eks. mangel på rimelig toleranse (f.eks. urettferdig nekting av adgang til offentlige bibliotek eller svømmehall etc.); handikap i form av mangel på fast adresse; utilstrekkelig støtte fra omsorgspersoner eller fagfolk; eller nyttig dagtilbud som bare er tilgjengelig i noen få timer.
- 3 Markert mangel på tilgjengelige gode tjenester som kan bidra til å begrense nivået av eksisterende handikap; ingen muligheter for å bruke intakte ferdigheter eller legge til nye; ufaglært pleie som er vanskelig å vurdere.
- 4 Mangel på noen som helst muligheter for aktiviteter på dagtid gjør pasientens problemer verre.

Manual for GAF-S - Symptomer

Vurder psykisk symptombelastning på en hypotetisk kontinuerlig skala for mental helse/sykdom.
Ta ikke i betraktning symptomer som skyldes somatiske (eller miljømessige) begrensninger.

100
91
90
81
80
71
70
61
60
51
50
41
40
31
30
21
20
11
10
1

Ingen symptomer.

Ingen eller minimale symptomer
(f.eks. lett angst foran en eksamen).

Hvis symptomer foreligger er de forbigående og forståelige reaksjoner på psykososiale påkjenninger (f.eks. konsentrasjonsvansker etter en krangel i familien).

Noen lette symptomer
(f.eks. deprimeret sinnstemning og lettere søvnløshet).

Moderate symptomer
(f.eks. avflatede følelser og omstendelig språk, sporadiske panikkanfall).

Alvorlige symptomer
(f.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangsrutiner, hyppige butiktkyveri).

Endel forstyrrelse i realitetstesting, kommunikasjon, dømmekraft, tankevirksomhet eller stemningsleie (f.eks. talen er iblant ulogisk, uklar eller irrelevant).

Adferden er betydelig påvirket av vrangforestillinger eller hallusinasjoner, eller alvorlig svikt i kommunikasjon eller dømmekraft (f.eks. av og til usammenhengende tale, svært upassende adferd, stadige selvmordstanker).
☞ Se også GAF-F (funksjoner)

En viss fare for å kunne skade seg selv eller andre (f.eks. selvmordsforsøk uten klar forventning om å dø; ofte voldelig; manisk oppstemthet), eller grov svikt i kommunikasjon (f.eks. stort sett usammenhengende eller stum).
☞ Se også GAF-F (funksjoner)

Vedvarende fare for å skade seg selv eller andre alvorlig (f.eks. gjentatte voldshandlinger), eller alvorlig selvmordshandling med klar forventning om å dø.
☞ Se også GAF-F (funksjoner)

Utfyllende stikkord*:

Glede, kreativitet, livsgnist.

Jevnt og godt humør.
Lettere stresssymptomer.

Moderate stresssymptomer.

Her begynner mer avgrensede symptomer av lengre varighet.

Symptomene begynner nå å bli tydelig for andre.

Alvorsgraden tiltar. Klart behandlingstrengende.

Psykosegrense, men rommer også andre svært alvorlige symptomer.

Psykotiske *atferdsforstyrrelser* og beslektede tilstander.

Utilregnelighet og utageringsfare.
Skadebegrensende tiltak er nødvendig.

Alvorligste psykopatologiske tilstander. Trenger konstant hjelp, tilsyn og beskyttelse over tid.

*) De utfyllende stikkord står ikke i den opprinnelige GAF-manual.

Manual for GAF-F - Funksjoner

Vurder sosial og yrkesmessig fungering på en hypotetisk kontinuerlig skala for mental helse/sykdom.
Ta ikke i betraktning funksjonsvikt som skyldes somatiske (eller miljømessige) begrensninger.

100

Førsteklasses fungering innen et vidt spekter av aktiviteter, livsproblemer blir aldri uhåndterlige, andre søker seg til personen på grunn av hans eller hennes mange positive kvaliteter.

Utfyllende stikkord:*

Usedvanlige kvaliteter.

91

90

God fungering på alle områder, interessert i og engasjert i et bredt spekter av aktiviteter, sosialt velfungerende, generelt sett tilfreds med livet, kun dagligdagse problemer og bekymringer (f.eks. en gang i blant en krangel med noen i familien).

Svært godt fungerende.

81

80

Ikke mer enn lett reduksjon i sosial, yrkesmessig eller skolemessig fungering (f.eks. midlertidig komme på etterskudd med skolearbeid).

Fortsatt godt fungerende.

71

70

Noen vansker med å fungere sosialt, yrkesmessig eller i utdanning (f.eks. sporadisk skulking, tyveri innenfor hjemmet), men fungerer generelt sett ganske bra, har noen meningsfulle mellommenneskelige forhold.

Her begynner funksjonssvikt som er mer enn normalt situasjonsbetenget.

61

60

Moderate vansker sosialt, i yrke eller utdanning (f.eks. få venner, konflikter med arbeidskolleger).

Økende vanskeligheter med å følge opp jobb / skolegang. Sporadiske sykmeldinger.

51

50

Alvorlige vansker med å fungere sosialt, i yrke eller utdanning (f.eks. ingen venner, klarer ikke å holde på en jobb).

Klarer ikke oppfylle vanlige krav fra jobb eller skole. Hyppige sykmeldinger.

41

40

Større funksjonssvikt innen flere områder, så som i arbeid, utdanning og familieforhold (f.eks. deprimert mann som unngår venner, forsømmer familien, og ute av stand til å arbeide; barn som ofte juler opp yngre barn, er trassig hjemme, og mislykkes på skolen).

Svikter på flere områder. Er bl.a. sykmeldt.

31

30

Ute av stand til å fungere på nesten alle områder (f.eks. holder sengen hele dagen; ingen jobb, venner eller hjem).

Med atferdsforstyrrelsen går symptomer og funksjoner over i hverandre.

21

☞ Se også GAF-S (symptomer)

20

Av og til svikt i å sørge for et minimum av personlig hygiene (f.eks. griser med avføring).

Trenger en del hjelp, beskyttelse og tilsyn for å opprettholde et minimum av funksjoner.

11

☞ Se også GAF-S (symptomer)

10

Vedvarende ute av stand til å skjette et minimum av personlig hygiene.

Trenger stadig og vedvarende hjelp, tilsyn og pleie.

1

☞ Se også GAF-S (symptomer)

*) De utfyllende stikkord står ikke i den opprinnelige GAF-manual.