

Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003

Helge Hagen
Torleif Ruud

SINTEF Helse
7465 Trondheim
Telefon 40 00 25 90
Telefaks 73 59 63 61

Rapport 3/04

ISBN 82-446-1001-8
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Trykk: TAPIR Trykkeri AS, Trondheim

**SINTEF Helse**Postadresse:
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
7465 TrondheimTelefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Pasienter i psykisk helsevern for voksne
20 november 2003**

FORFATTER(E)

Helge Hagen og Torleif Ruud

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A045026	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Mari Trommald	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-446-1001-8	PROSJEKTNR. 78I016	ANTALL SIDER OG BILAG 92 inkl bilag
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\psykisk helse\prosjekt\78i016\		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helge Hagen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-01-19	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningssjef Torleif Ruud	

SAMMENDRAG

I rapporten oppsummeres resultatene av en landsomfattende registrering av døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne. Tilsvarende registreringer er foretatt med fem års mellomrom siden 1979.

De fire første årene av planperioden for Opptappingsplanen for psykisk helse har det skjedd en markert omstilling av døgntilbudet. Likevel tar døgninstitusjonene fremdeles hånd om mange pasienter som burde hatt tilbud på lavere omsorgsnivå. Det er særlig plasser i kommunale omsorgsboliger og egen bolig med tilsyn som etterspørres av behandlerne på vegne av pasientene.

Mange pasienter kunne i henhold til behandlerne også klart seg i egen bolig uten tilsyn, med oppfølgende poliklinisk eller dagbasert tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Disse resultatene tyder på at det fremdeles er behov for en betydelig omstillingsprosess i det psykiske helsevern for voksne, samt å øke kapasiteten i kommunenes døgnbaserte omsorgstilbud for pasienter som nå befinner seg i institusjoner innen det psykiske helsevern.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehus	Hospital
EGENVALGTE	Psykisk helsevern	Mental Health Care
	Institusjoner	Institutions
	Endringer	Variations

Forord

Denne rapporten gir en oversikt over hovedresultatene fra en punktregistrering av alle døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne på et gitt tidspunkt. Rapporten viser hva som karakteriserer pasientene og det tilbudet de får, samt hvilke tilbud behandlerne mener pasientene *burde* hatt på registreringstidspunktet.

Dette er viktige opplysninger, som blant annet kan brukes som grunnlag for å evaluere situasjonen midtveis i planperioden for Opptrappingsplanen. Tallene fra en slik undersøkelse sier imidlertid lite om kvaliteten på tilbudet, eller effekten av institusjonsopphold sett fra pasientens ståsted. For å fange opp dette må helt andre, mer kvalitativt orienterte metoder anvendes. En slik metode er å spørre pasientene om hva de selv mener om tilbudet de mottar.

I tilknytning til denne registreringen har vi derfor også bedt pasientene gi uttrykk for sine erfaringer og synspunkter på institusjonsoppholdet i et eget 4-siders skjema – utfylt av pasientene og returnert i egen, lukket konvolutt, uavhengig av behandlerne. Resultatene derfra vil bli publisert i egen rapport.

Registreringen er finansiert av Sosial- og Helsedirektoratet. De viktigste medarbeiderne har vært behandlerne ved institusjonene, som har fylt ut registrerings-skjema. Vi er ellers takk skyldig til Johan Håkon Bjørngaard og Per Bernhard Pedersen ved SINTEF Helse som har kommet med innspill og kommentarer underveis, samt Sentio AS ved Roar Håskjold som har stått for optisk innlesing av registreringsskjema.

Hanne Kvam har hatt ansvaret for innhenting av data fra institusjonene, og stått for ferdigstilling av rapporten.

Trondheim, januar 2005

Helge Hagen

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	6
Figuroversikt	9
Sammendrag	11
1 Innledning	17
2 Utviklingen av psykiatriske institusjoner	19
2.1 Psykiatriske sykehus	19
2.2 Psykiatriske klinikkavdelinger	21
2.3 Nedbygging av psykiatriske sykehus	23
2.4 Psykiatriske sykehusavdelinger i vår tid	24
2.5 Psykiatriske sykehjem	25
2.6 Distriktpsikiatriske sentre (DPS)	27
2.7 Privatpleie	28
3 Metode og gjennomføring.....	31
3.1 Formål og metode	31
3.2 Datainnsamlingen.....	31
3.3 Kvaliteten på vurderingene om ønskelig tilbud	32
4 Sosiodemografiske opplysninger.....	33
4.1 Kjønn	33
4.2 Alder	34

4.3	Sivilstatus	35
5	Psykiske lidelser og andre problemer	39
5.1	Diagnose.....	39
5.2	Selvmondsfare.....	41
5.3	Rusmiddelmisbruk	42
5.4	Spiseforstyrrelser	43
6	Nåværende behandlingssituasjon	45
6.1	Varighet av aktuelle opphold	45
6.2	Somatisk pleiebehov i psykiatriske institusjoner	47
7	Lovanvendelse.....	51
7.1	Innledning	51
7.2	Henvisningsformalitet.....	51
7.3	Henvisningsformalitet og spesialistvedtak	52
7.4	Spesialistvedtak og nåværende status	53
7.5	Tilleggs-kriterier	56
7.6	Bruk av tvangsmidler siste tre måneder.....	58
	Lovgrunnlag og definisjoner	58
7.7	Vedtak om tvangsbehandling siste tre måneder	59
8	Ønskelig bosted og behandlingssted	61
8.1	Innledning og problemstillinger.....	61
8.2	Ønskelig bo/behandlingssted for døgnpasienter i sykehus.....	62
8.3	Døgnpasienter ved akuttavdelinger i sykehus	64
8.4	Ønskelig bo/behandlingssted blant døgnpasienter ved DPS.....	66
8.5	Ønskelig bo/behandlingssted i psykisk helsevern totalt.....	67
8.6	Ønskelig tilbud sett i forhold til egenskaper ved pasientene	71
8.7	Geografiske variasjoner av ønskelige tilbud	71
8.8	Oppsummering om ønskelig tilbud	72
9	Bruk av behandlingsformer.....	73

9.1	Spørsmålene om behandlingstilbud	73
9.2	Omfang av ulike behandlingsformer	74
9.3	Behandlingsformer ved ulike typer institusjoner og avdelinger	74
9.4	Behandlingsformer sett i forhold til oppholdslengde	75
9.5	Behandlingsformer og ulike pasientgrupper	76
9.6	Oppsummering om bruk av behandlingsformer	77
10	Samarbeid og koordinering.....	79
10.1	Samarbeid med andre instanser	79
10.2	Koordinering av det samlede tjenestetilbudet	80
10.3	Oppsummering om samarbeid og koordinering	80
11	Klinisk bedring siden innleggelsen	81
11.1	Spørsmål om klinisk bedring	81
11.2	Grad av klinisk bedring siden innleggelsen	82
11.3	Bedring i forhold til lengde på opphold.....	82
11.4	Bedring for ulike pasientgrupper	82
11.5	Bedring ved ulike typer institusjoner	83
11.6	Bedring i forhold til ulike behandlingsformer	83
11.7	Bedring sett i forhold til om pasienten er på rett sted.....	84
11.8	Oppsummering om klinisk bedring siden innleggelsen	84
	Referanser	85
	Vedlegg	87

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Heldøgns pasienter i voksenpsykiatrien ¹ 1950-99. Gjennomsnittlig belegg ² etter driftsform.	22
Tabell 4.1	Pasienter i psykiatriske institusjoner i 1999 og 2003 etter kjønn. Prosent.	33
Tabell 4.2	Antall døgnpasienter per 100 000 innbyggere 18 år og eldre etter diagnose (ICD-10) og kjønn. 2003.	33
Tabell 4.3	Aldersfordeling blant døgnpasienter i 1999 og 2003. Prosent.	34
Tabell 4.4	Sivilstatus blant pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.	36
Tabell 4.5	Hva slags permanent bolig har pasienten. Prosent etter institusjonstype. 2003.	36
Tabell 4.6	Viktigste kilde til livsopphold ved innleggelse blant pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.	37
Tabell 4.7	Høyeste fullførte utdanning blant pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.	38
Tabell 5.1	Diagnosefordeling i døgninstitusjoner for voksne. 1999 og 2003. Hovedkapitler ICD-10. Prosent.	40
Tabell 5.2	Suicidale problemer under nåværende opphold. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.	41
Tabell 5.3	Rusmiddelmisbruk de siste uker før innleggelse. 2003. Antall og prosent.	42
Tabell 6.1	Andel førstegangsinleggelse. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.	45
Tabell 6.2	Varighet av aktuelle opphold for pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003 (fram til registreringstidspunktene). Prosent.	46
Tabell 6.3	Behov for hjelp hos pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.	48

Tabell 6.4	Antall og prosentandel av pasientene som har behov for hjelp til personlig stell på minst ett av de tre områdene etter kjønn, alder, diagnose, oppholdets varighet. Og ønsket døgntilbud. Gjennomsnitt alle pasienter: 29 prosent.....	49
Tabell 7.1	Henvissingsformalitet ved innleggelse. Antall og prosent.....	51
Tabell 7.2	Lovanvendelse ved henvisning og spesialistvedtak ved innleggelse. 2003 etter institusjonstype. Prosent.....	52
Tabell 7.3	Spesialistvedtak ved innleggelse og nåværende status. 1999 og 2003 etter institusjonstype. Prosent.....	53
Tabell 7.4	Andel av pasientene som henholdsvis er innlagt og tilbakeholdes under tvang etter kjønn, alder, diagnose og oppholdets varighet. Gjennomsnitt innlagt under tvang ¹⁾ : 32 prosent, tilbakeholdt under tvang ¹⁾ : 23 prosent.....	54
Tabell 7.5	Nåværende status etter spesialistvedtak ved innleggelse. Antall og prosent.....	55
Tabell 7.6	Tilleggs-kriterier ved bruk av tvungent psykisk helsevern. 2003. Antall og prosent.....	56
Tabell 7.7	Tilleggs-kriterier ved bruk av tvungent psykisk helsevern. 1999 og 2003. Prosent.	56
Tabell 7.8	Bruk av tvangsmidler siste 3 måneder.....	58
Tabell 7.9	Antall og prosentandel av pasientene som det har blitt anvendt tvangsmidler på siste tre måneder før registreringstidspunktet etter lovanvendelse ved innleggelse.	59
Tabell 7.10	Vedtak om tvangsbehandling siste 3 måneder.	59
Tabell 8.1	Faktisk og ønsket døgntilbud blant pasienter i sykehusavdelinger 20 november 2003. Antall og prosent.	63
Tabell 8.2	Behandlernes vurdering av hvor døgnpasienter i akuttavdelinger burde befunnet seg på registreringstidspunktet 20 november 2003. Type institusjon og kommunale døgntilbud. Antall og prosent.	64
Tabell 8.3	Behandlernes vurdering av hvor døgnpasienter i akuttavdelinger i sykehus (N=512) burde vært på registreringstidspunktet 20 november 2003. Type institusjon, avdeling og type kommunalt tilbud. Antall og prosent.	65
Tabell 8.4	Pasienter i akuttavdelinger som burde vært ved DPS'er fordelt etter type avdeling/post som etterspørres.	66

Tabell 8.5	Faktisk og ønsket døgntilbud blant døgnpasienter ved DPS. 20 november 2003. Antall og prosent.	66
Tabell 8.6	Faktisk og ønsket døgntilbud blant døgnpasienter i psykisk helsevern. 20 november 2003. Antall og prosent.	68
Tabell 9.1	Antall og andel (prosent) av pasienter med ulike behandlingsformer.	74
Tabell 10.1	Hvor stor andel (prosent) av pasientene der en har kontakt/samarbeid med andre.	79
Tabell 10.2	Andel pasienter (prosent) som har en koordinator for de samlede tilbudene.....	80
Tabell 11.1	Grad av klinisk bedring siden innleggelsen.	82
Tabell 11.2	Grad av bedring siden innleggelsen for ulike pasientgrupper.....	82
Tabell 11.3	Grad av bedring siden innleggelsen ved ulike institusjonstyper.....	83

Figuroversikt

Figur 2.1	Antall pasienter i ulike institusjonstyper fra 1950 til 2003. Middelbelegg.	23
Figur 2.2	Gjennomsnittlig daglig belegg (middelbelegg) ved psykiatriske sykehusavdelinger 1950-2003 ¹⁾ Eksklusive dagpasienter.	23
Figur 2.3	Antall døgnpasienter psykiatriske sykehjem 1950-2003.	26
Figur 5.1	Diagnosefordeling ved DPS og psykiatriske sykehjem. 2003. Noen hovedkapitler i ICD-10. Prosent.	41
Figur 7.1	Andel pasienter innlagt og tilbakeholdt under tvang. Døgnpasienter i psykisk helsevern. 1979–2003. Prosent.	55
Figur 7.2	Bruk av tilleggskriterier. Pasienter i psykiatriske døgninstitusjoner 1979–2003. Prosent.	57
Figur 8.1	Antall og andel døgnpasienter i psykiatriske institusjoner totalt som burde hatt andre døgntilbud.	67

Sammendrag

Utviklingen av de ulike typene psykiatriske institusjoner for voksne er beskrevet i kapitel 2. Det omtaler de ulike fasene med oppbygging og nedbygging av ulike typer institusjoner, og viser også utviklingen ved tabeller og diagram. Det meste av dette kapitlet er gjengitt omtrent uendret fra rapporten om forrige tilsvarende pasientregistrering, men siste del om utviklingen av DPS-er oppdatert.

Metode og gjennomføring

Siden 1979 har det etter oppdrag fra statlige myndigheter med fem års mellomrom vært gjennomført en landsomfattende registrering av pasienter i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne. Denne gangen er undersøkelsen fremskyndet med ett år og gjennomført fire år etter forrige registrering i 1999, noe som er gjort fordi statlige myndigheter ønsket å kunne bruke resultatene i evaluering og eventuell justering av Opptappingsplan for psykisk helse.

Pasientregistreringen ble gjennomført ved at behandlerne fylte ut et skjema for hver pasient som var døgnpasient innen psykisk helsevern for voksne 20 november 2003. Den ble koordinert med en lignende undersøkelse for klienter i rustiltak den samme dagen, slik at disse resultatene også kan sammenholdes og utfylle hverandre. Registreringen er gjennomført omtrent på samme måte som ved tidligere tilsvarende registreringer, slik at en også kan følge utviklingen over tid. Det ble ikke registrert navn, personnummer eller andre personidentifiserbare opplysninger.

Ved tidligere registreringer har det særlig vært stor interesse for behandlernes vurdering av hvor mange pasienter som skulle hatt et annet tilbud enn det de hadde. Siden slike resultater er lagt til grunn for dimensjonering av tilbud og dermed kan ha stor innflytelse på videre utvikling av tjenestetilbudet, ønsker myndighetene denne gangen at det ble gjort en undersøkelse av påliteligheten av de vurderingene som gjøres av behandlerne. Det ble derfor gjennomført dobbelt-skåring for et utvalg pasienter ved to sykehus og to DPS-er når det gjelder ønskelig tilbud, og denne viste brukbar tilfredsstillende pålitelighet (reliabilitet).

På registreringstidspunktet var antall registrerte døgnpasienter ved sykehusavdelinger 2 371, ved DPS-er 1 440, og ved sykehjem 389, i alt 4 200 døgnpasienter.

Sosiodemografiske opplysninger

Gjennomsnittsalderen har gått ytterligere ned, en utvikling som har skjedd siden pasientregistreringen for 20 år siden. Sett under ett har andelen pasienter i yngre aldersgrupper (under 50 år) økt betraktelig i første del av planperioden for Opptrappingsplanen. Det er særlig ved institusjoner utenfor sykehus at pasientene er yngre enn før. I 2003 var gjennomsnittsalderen ved sykehus 41 år, ved DPS-er 44 år og ved sykehjem 52 år. Skjevfordelingen i forhold til sivilstand har holdt seg, ved at de som er gift eller samboere i mindre grad blir innlagt enn de som er enslige. I all hovedsak mottok døgnpasientene i psykiatriske institusjoner ulike sosiale støtteordninger på innleggelsestidspunktet. Bare fire prosent var aktiv i inntektsgivende arbeid. Halvparten av pasientene i psykiatriske institusjoner mottar uførepensjon. Pasienter i døgninstitusjoner har betydelig lavere utdanningsbakgrunn enn den norske befolkning 16 år og eldre. Dette har imidlertid bedret seg betydelig de siste fire år.

Psykiske lidelser og andre problemer

De siste fire år er det blitt relativt flere døgnpasienter med psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol, stoff og medikamenter, samt affektive lidelser. Andelen pasienter med schizofreni er derimot betydelig redusert de siste fire år ved begge institusjonstyper, men utgjør fortsatt nesten halvparten av døgnpasientene samlet sett. Hver fjerde døgnpasient har en affektiv lidelse. Andelen pasienter med nevrotiske lidelser er fordoblet ved døgninstitusjoner utenfor sykehus.

Når det ses bort fra selvskadetendens, som vedrører omlag ti prosent av pasientene, fremgår det at selvmordsproblematikk vedrører en av fem pasienter. Dette er relativt sett flere enn fire år tidligere. Selvmordsproblematikk er hyppigst ved sykehusavdelingene, både når det gjelder trusler og forsøk. Andelen av pasientene som faktisk har forsøkt suicid i forbindelse med nåværende opphold er økt fra sju til åtte prosent, i alt 328 pasienter.

Til sammen 369 pasienter hadde en eller flere former for rusmiddelmissbruk. 280 pasienter ble vurdert å ha stort alkoholmissbruk, 205 stort medikamentmissbruk, og 221 stort narkotikamisbruk. Mange av pasientene som hadde stort rusmiddelmissbruk på ett felt, hadde det imidlertid også på et annet.

I alt fire prosent av pasientene hadde anoreksi og 3 prosent hadde bulimi, i følge registrering av alvorlige spiseforstyrrelser. Både for anoreksi og bulimi var det nesten ti ganger så mange kvinner som menn. Andelen av døgnpasientene som har betydelige spiseforstyrrelser har økt noe i tiårsperioden fra 1994.

Nåværende behandlingssituasjon

Ved sykehusavdelingene er omlag hver femte pasient innlagt for første gang. Ved institusjoner utenfor sykehus er andelen førstegangsinleggelse nesten fordoblet de siste fire år, fra sju til 13 prosent.

Ved sykehusavdelingene er andelen pasienter med mer enn to års sammenhengende oppholdstid betydelig redusert, mens andelen korttidspasienter (oppholdstid under en måned) nærmest er uendret. Endringene i pasientsirkulasjon ved sykehusavdelingene vedrører altså hovedsakelig langtidspasientene.

Det har funnet sted større endringer i pasientsirkulasjon ved døgninstitusjoner utenfor sykehus, der andelen korttidspasienter (0-2 mnd) er nær fordoblet, til 42 prosent av pasientene. Samtidig er andelen pasienter med oppholdstid over ett år

reduisert fra omlag halvparten til en tredel av pasientene. Det har altså funnet sted en betydelig endring i pasientsirkulasjonen ved disse institusjonene i løpet av de fire første årene i planperioden for Opptappingsplanen. Det er særlig de lengste oppholdene det har blitt relativt færre av.

Behovet for fysisk pleie er som ventet høyest ved døgninstitusjoner utenfor sykehus, men også ved sykehusavdelingene er det en relativt stor andel som trenger hjelp; 30 prosent trenger her hjelp til personlig hygiene, 12 prosent til av/ påkledning, og 14 prosent til spising.

Lovanvendelse og tilleggskriterier

Bruk av tvungent psykisk helsevern målt som andel av innleggelseser er redusert betydelig i løpet av de første fire år av planperioden; fra 35 prosent til 26 prosent ved innleggelse, og fra 31 til 22 prosent nåværende status. 66 prosent av døgnpasientene ble henvist til institusjonen på frivillig grunnlag. Henvisning til tvungen observasjon/undersøkelse skjer i all hovedsak til sykehusavdelinger. Ved DPS-er var andelen henvisninger på frivillig grunnlag 83 prosent, – til tvungen observasjon/undersøkelse to prosent, og til tvungent psykisk helsevern 14 prosent.

Blant dem som ble innlagt til tvungen undersøkelse var nær halvparten overført til frivillig opphold på registreringstidspunktet, mens en av tre var overført til tvungent psykisk helsevern. Blant pasientene som ble innlagt under tvungent psykisk helsevern var en av fire overført til frivillighet.

I alt 39 pasienter var dømt til psykisk helsevern. Av disse er 38 menn, hovedsakelig i 30-årene, med schizofreni-diagnoser og med relativt lang sammenhengende oppholdstid bak seg.

Det vanskelig definerbare kriteriet «utsikt til helbredelse/vesentlig bedring forspilles» anvendes stadig hyppigere; fra å gjelde 15 prosent av tilleggskriteriene i 1979, til 37 prosent i 1994, 42 prosent i 1999, og halvparten av tilfellene i 2003. At pasienten er farlig for seg selv eller andre ble anvendt i en tredel av tilfellene. Dette er relativt hyppigere enn ved tidligere pasientregistreringer. Av disse ble 139 pasienter (13 prosent av samtlige som ble innlagt under tvungent psykisk helsevern) ansett som farlige for andre. Ikke uventet er det hovedsakelig menn (104 pasienter), særlig i alderen 30–50 år (83 pasienter) med schizofreni-diagnoser (107 pasienter) som anses som farlige for andre.

Mekaniske tvangsmidler, isolasjon og korttidsvirkende legemidler ble hver anvendt som tvangsmidler på tre prosent av pasientene i løpet av de siste tre månedene. Dette skjedde i hovedsak ved sykehus. Vedtak om tvangsbehandling ble gjort for 27 prosent av pasientene som var under tvungent psykisk helsevern, og tre av fire gjaldt behandling med medikamenter.

Ønskelig bosted og behandlingssted

52 prosent av døgnpasientene i psykiatriske sykehusavdelinger burde etter behandlernes vurdering ha vært på et lavere omsorgsnivå på registreringsdagen. Av disse burde 13 prosent hatt tilbud ved DPS, mens 20 prosent burde hatt ulike typer kommunale døgntilbud og 15 prosent kunne ha bodd i egen bolig uten tilsyn.

Andel sykehuspasienter som blir vurdert til å kunne klare seg på et lavere omsorgsnivå er betydelig høyere enn ved tidligere pasientregistreringer. Andelen som burde ha hatt et tilbud utenfor sykehus har økt fra 21 prosent i 1994 og 30 prosent i 1999 til 52 prosent i 2003, altså med et særlig stort sprang siste fire år.

Andelen av sykehuspasientene som burde hatt kommunale døgntilbud/egen bolig har økt fra 12 til 36 prosent de siste fire år. Det er særlig kommunale omsorgsboliger med døgnbemanning og mulighet for å bo hjemme som etterspørres av behandlerne på vegne av pasientene. Flertallet av disse pasientene burde også ha ulike former for oppfølgende tilbud (poliklinisk, dagtilbud eller ambulant).

Blant døgnpasienter ved DPS-er burde omlag halvparten hatt andre døgntilbud, hvorav de fleste (45 prosent) døgntilbud i kommunal regi eller i egen bolig. Bare to prosent av døgnpasientene ved DPS-er ble vurdert til å trenge tilbud på et høyere omsorgsnivå i form av opphold i sykehusavdeling.

Andre data som er tilgjengelige gjennom undersøkelsen er analysert for å se hvilke faktorer som synes å ha størst betydning for at en større andel av pasientene er på et høyere omsorgsnivå enn behandlerne vurderer at pasientene har behov for. Disse analysene viser at variabler som kjønn, alder, sivilstand og utdanning har ingen eller liten sammenheng med å kunne klare seg på et lavere omsorgsnivå. Type psykisk lidelse (hoveddiagnose) og tvangsinnleggelse betyr noe for andelen som kunne klare seg med lavere omsorgsnivå.

Det som imidlertid synes å bety klart mest for variasjonen i andel som kunne klare seg på et lavere omsorgsnivå, er hvilket DPS-område pasienten hører til. Det er nærliggende å tenke at dette har mye å gjøre med hvilke tilbud kommunene har, men vi har ikke kunnet analysere dette ut fra de data vi har tilgang på i denne undersøkelsen.

Selv med forbehold om noen feilvurderinger og om at det neppe er realistisk at alle pasienter skal ha en ønskelig plassering i de samlede helse- og omsorgstjenester på et gitt tidspunkt, må konklusjonen være at en god del av døgnpasientene i psykisk helsevern for voksne kunne ha klart seg på et lavere omsorgsnivå dersom dette hadde vært tilgjengelig.

Bruk av ulike behandlingsformer

Registreringsskjemaet inneholdt spørsmål om seks ulike typer behandlingsformer som brukes innen psykisk helsevern. Disse spørsmålene har ikke vært brukt i de tidligere pasientregistreringene og kan derfor ikke sammenlignes med disse.

Medikamentell behandling er mest utbredt og med minst udekket behov. Individualsamtaler var nest hyppigst brukt og ble gjennomført for flertallet av pasienter. Gruppesamtaler og samtaler der pårørende var med ble bare brukt for 15-25 prosent av pasientene. De tre formene for samtalebehandling var mer brukt ved sykehus enn ved DPS-er, og mer ved DPS-er enn ved psykiatriske sykehjem. Disse systematiske forskjellene kan ha sammenheng både med bemanning og dermed tilgjengelighet på slike tilbud, og med andelen av pasienter som er i mer aktive behandlingsfaser i sitt sykdomsforløp. Den største variasjonen i bruk av de ulike metodene kunne en se innen de ulike diagnostiske grupper.

For 5-10 prosent av pasientene ble det vurdert som ønskelig å ta i bruk de ulike formene for samtalebehandling (individualsamtaler, gruppesamtaler, samtaler der pårørende er med), og dette behovet var generelt litt høyere ved DPS-er enn ved sykehus, - noe som trolig kan ha sammenheng med de forhold som er nevnt i forrige avsnitt.

Generelt er de ulike formene for samtalebehandling mest brukt i løpet av de første ukene og månedene, og omfanget av slik behandling avtar med årene ved lengre opphold. Bruk av treningsopplegg fulgte et annet mønster enn samtalebehandling

ved at slike treningsopplegg var mest i bruk ved psykiatriske sykehjem, der rehabilitering og langtidsbehandling ofte er hovedoppgaver.

Rusmisbrukeres behov for behandling for sitt rusproblem var ett av de områdene der det ble registrert størst behov for at dette var ønskelig for pasienter som ikke mottok tilbudet.

Samarbeid og koordinering

Samarbeidsmønsteret er overraskende likt for pasienter ved de ulike typene døgninstitusjoner, med fastlege, kommunale pleie/omsorgs/psykiatritjenester og psykiatrisk poliklinikk som de hyppigste samarbeidspartnerne. Vel halvparten av pasientene har en koordinator for de samlede tjenester.

Klinisk bedring siden innleggelsen slik behandlerne vurderer det

Registreringsskjemaet hadde et spørsmål om grad av klinisk bedring siden innleggelsen. Dette skulle skåres på en 7-trinns skala, og skåringene fulgte en normalfordelingskurve med midtpunktet mellom litt bedre og en del bedre. Siden det er en retrospektiv vurdering, kan vi ikke utelukke at andre faktorer kan spille inn og svekke påliteligheten av vurderingene.

Det er en signifikant moderat høy korrelasjon mellom grad av bedring og lengde på oppholdet. Denne korrelasjonen skyldes i hovedsak at bedringen de første par ukene etter innleggelsen er lavere enn ved lengre opphold. Men i en slik tverrsnittundersøkelse vil de som blir bedre bli skrevet ut, og de som er i lengre tid er der fordi de ikke har oppnådd nok bedring.

Det er liten forskjell i grad av bedring mellom pasientgrupper, med unntak av mindre grad av bedring for hjerneorganiske lidelser enn stoffrelaterte lidelser. Det var også en tendens til noe mer bedring for pasienter med psykose enn for andre lidelser.

Det er signifikant lavere bedring siden innleggelse ved DPS-er sammenlignet med både sykehus og psykiatriske sykehjem.

Det var ingen signifikant forskjell i bedring mellom de pasientene behandlerne mente fikk behandling på rett sted og de som behandlerne mente burde hatt tilbud et annet sted.

1 Innledning

Siden 1979 er det med fem års mellomrom foretatt landsomfattende registreringer av voksne pasienter i det psykiske helsevern. Registreringene har omfattet samtlige pasienter i døgninstitusjoner på registreringstidspunktene. Fra og med 1989 er dessuten pasienter under behandling ved poliklinikker for voksne og hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer registrert.

Kartleggingene er utført av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

Registreringene ved døgninstitusjonene er gjennomført ved at behandlerne har fylt ut et skjema for hver pasient som var innlagt på en bestemt dag. Skjemaet har inneholdt opplysninger om vesentlige sosiodemografiske forhold, tidligere pasienthistorie, forhold vedrørende nåværende bo- og behandlingssituasjon, samt hvilke tilbud pasientene etter behandlernes vurderinger burde hatt på registreringstidspunktet.

Takket være stor interesse og god oppslutning har registreringene gitt verdifull informasjon om styrker og svakheter i behandlingstilbudet, og har medvirket som grunnlag for sentrale helsepolitiske beslutninger.

Den foreliggende punktregistrering av døgnpasienter i institusjoner innen psykisk helsevern for voksne ble gjennomført 20 november 2003, omtrent halvveis i planperioden for Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. Registreringen er denne gang særlig innrettet på å gi grunnlag for å evaluere effekten av tiltakene som er gjennomført så langt i planperioden, og eventuelt kunne justere bruk av virkemidler.

I denne rapporten presenteres resultater fra registreringen ved døgninstitusjonene på nasjonalt nivå. Det er lagt stor vekt på å belyse endringene siden 1999, altså i de første fire år av planperioden for opptrappingsplanen. Nytt i forhold til tidligere registreringer er blant annet at vi denne gang også har forsøkt å fange opp og presentere opplysninger om omfang av de ulike behandlingsformer, grad av samarbeid med andre instanser, samt behandlernes vurdering av klinisk bedring siden innleggelse.

I kapittel to gis en oppdatert oversikt over utviklingen av institusjoner i det psykiske helsevern. Kapittel tre beskriver hvordan denne punktregistreringen ble satt ut i praksis. Kapittel fire omhandler pasientenes sosiodemografiske og sosioøkonomiske bakgrunn i forhold til den norske befolkning. Kapittel fem belyser art av psykisk lidelse (diagnose) og andre lidelser. Kapittel seks omhandler nåværende behandlingssituasjon, kapittel sju omhandler lovanvendelse og bruk av tvang, kapittel åtte omhandler behandlernes vurdering av ønsket bosted og behandlingssted. I kapittel 9-11 omtales de tre tema som er nevnt i forrige avsnitt.

2 Utviklingen av psykiatriske institusjoner

Det meste av dette kapitlet er gjengitt omtrent uendret fra rapporten om forrige tilsvarende pasientregistrering, men siste del om utviklingen av DPS-er er oppdatert.

2.1 Psykiatriske sykehus

Fram til midten av 1800-tallet ble de «gale» behandlet på lik linje med andre grupper som falt utenfor den samfunnsmessige produksjonen; de arbeidsløse, de ubemidlede, de uføre, de åndssvake, de sosialt funksjonshemmede, løsgjengere, foreldreløse barn etc. Der familien ikke strakk til ble disse gruppene tatt hånd om som en integrert del av fattigomsorgen, eller de overlevde som omstreifende tiggere på landeveien. Hovedtilbudet innen fattigomsorgen var å bli «satt bort på legd», som innebar at de syke eller fattige fikk kost og losji hos bønder og andre mot en viss betaling fra fattigkassa, pluss at bonden fikk benytte deres arbeidskraft.

Foruten legdsystemet, som innebar at de sinnssyke ble forsørget med minst mulig belastning for fattigkassa, var i en viss utstrekning også fattighus, arbeidsanstalter etc alternativ for folk som ble ansett som sinnssyke. Oslo Hospital og Dollhus var den første institusjon som ble bygd spesielt for «sinnssyke» her i landet. Det ble åpnet i 1779.

«Lov om sinnssykes behandling og forpleining» av 1848 (sinnsykeloven) fastslo det offentliges ansvar for å gi omsorg til de sinnssyke. Med denne loven kom den medisinske disiplin sterkere inn på arenaen, og behandlingen ble etter hvert lagt i legenes hender. Loven ga klare bestemmelser for driften av asyler og den definerte kriterier for frihetsberøvelse. Med mindre endringer ble denne loven stående til ny lov om psykisk helsevern kom i 1961. Galskap ble ikke lenger betraktet som en mystisk besettelse, men som sykdom som kunne behandles. Klassifiseringen av symptomer, som i de første tellingene av sinnssyke her i landet på midten av 1800-tallet besto av to kategorier: rasende og fjantede, ble utviklet i retning av «vitenskapelige» psykiatriske inndelinger. Det første store statlige asyl ble åpnet i 1855 (Gaustad). Asyltanken bygde på strømninger som var kjent fra Europa og Amerika. Prinsippet var å opprette landlige og lukkede institusjoner - asyler, hvor de sinnssyke dels ble avskjermet fra omgivelsenes trakassering, og dels ble fjernet fra alt som minnet dem om deres vrangforestillinger. I et fremmed miljø preget av lydighet og orden, samt menneskeverdig omsorg og behandling, skulle pasientene bringes på rett kjøll i naturskjønne omgivelser som ga fred for sinnet.

I årene fram til århundreskiftet ble det bygget ytterligere 4 større statlige sinnssykehus, Rotvoll, Eg, Nevengaarden og Rønvik, alle med et belegg på ca 250 pasienter. I tillegg ble det åpnet 5 mindre asyler, slik at gjennomsnittsbelegget i 1900 var ca 1700 pasienter fordelt på 11 institusjoner (inklusive privatpleie under sykehusene). I de neste 20 årene skjedde det en eksplosjonsartet utbygging av asyler;

ytterligere 10 sinnssykehus ble åpnet, slik at man i 1920 hadde 21 sinnssykehus/asyl med et samlet gjennomsnittlig belegg på ca 4300 pasienter, se tabell 2.1. Dette antall asyl holdt seg stabilt helt fram til 1970-tallet.

De nye statsasylene var «totale institusjoner» i egentlig forstand; både beliggenhetsmessig og sosialt var de isolerte fra omverdenen, og pasientene hadde liten mulighet for å opprettholde kontakt med familie og sitt egentlige sosiale miljø.

Bygningsmessig var de dystre og fengselslignende, og skjermet fra omgivelsene med høye gjerder. Virksomheten innenfor gjerdene ble av lokalbefolkningen derfor oppfattet som skremmende og mystisk, og i folks forestillingsverden var nok disse store asylenes nærmere assosiert med straff og frihetsberøvelse enn behandling og rehabilitering; de var et sted man kom hvis man ikke «passet seg».

At asylenes på denne måten fremsto som noe fryktinngytende og negativt var også knyttet til selve behandlingsideologien. Psykiske «sykdommer» ble stort sett oppfattet som arvelige og legemlig betinget, og derfor uhelbredelige. Personalets oppgave var derfor like mye knyttet til det å vokte pasientene som til det å pleie/ behandle dem. Legenes oppgave var hovedsakelig å ta hånd om pasientenes somatiske plager.

Pasientenes livssituasjon i disse institusjonene gjorde at de fleste av dem aldri senere klarte å tilvenne seg livet utenfor; de ble kroniske, livsvarige institusjonspasienter. Asylene hadde ofte flere typer avdelinger, med varierende grad av kontroll og kvalitet på forpleiningen.

Den intense utbyggingen av institusjonene i perioden 1900-1920 må ses i sammenheng med den industrielle utviklingen i Norge, som skjøt fart nettopp i disse åra. Industrialiseringen fjernet gradvis selve grunnlaget for legdsystemet, nemlig de gamle bondesamfunnene som med sin enkle, allsidige produksjon gjorde at de sinnslidende kunne delta i daglig gårdsarbeid, om enn i perifere roller. Dette kunne skje under tilsyn av folk som likevel var i nærheten (blant annet ungdom), og uten ekstra administrasjon.

Med økende urbanisering, og framveksten av industri og lønnsarbeid ble det rundt århundreskiftet vanskelig å finne folk som var tjent med eller hadde muligheten til å ha sinnssyke i legd/familiepleie. Trange boforhold i byene og lønnsarbeid utenfor hjemmet lot seg vanskelig forene med å ha «sinnssyke» boende hjemme. Samtidig førte flukten fra landsbygda til en generell utarming av de menneskelige ressursene i bondesamfunnene, noe som gjorde at heller ikke bøndene hadde kapasitet til å ta seg av de fattige, selv mot betaling. I det nye industrisamfunnet som vokste fram hadde altså ikke lenger avvikerne noen plass. Løsningen ble institusjoner, og formålet var oppbevaring og «medisinsk» behandling (se Ericsson, 1974).

Fra midt på 1920-tallet til etter krigen var det praktisk talt stopp i utbyggingen av institusjoner. Med unntak av Reitgjerdet, som ble innredet som asyl for kriminelle sinnslidende i 1923, ble ingen nye asyl bygget. I 1950 var antall sinnssykehus således 22, med et samlet belegg på 7900. Den uforholdsmessige store veksten i pasienttallet i forhold til antall institusjoner i denne perioden skyldes for det første at det skjedde en drastisk økning i sengetallet ved de eksisterende asyl; noen hadde på det meste nær 900 sengeplasser, og dels et stort, vedvarende overbelegg ved asylenes. Overbelegget var gjennomgående 13-14 prosent i perioden 1930-45.

Sinnssykehusene var blitt sterkt nedslitt under krigen på grunn av manglende vedlikehold. I årene etter krigen var det et betydelig overbelegg og uverdige boforhold for pasientene.

Overbelegget nådde en topp i 1950, da det var på 25 prosent (belegg = daglig gjennomsnittlig belegg/antall plasser). Noe måtte gjøres. Problemet med overbe-

legget ble delvis løst ved at mange av langtidspasientene ble overført til de 120 «pleiehjem for sinnslidende» som ble bygd ut i løpet av 1950-tallet, se kapittel 2.3. Samtidig ble de nye medikamentene til å beherske psykose, angst, uro og aggressivitet tatt i bruk, noe som førte til en radikal endring av atmosfæren på avdelingene. Pasientene ble mer tilgjengelige for konstruktiv kontakt og aktivitet.

Sammen med den generelle økonomiske veksten i samfunnet førte dette til at rehabiliteringstiltak ble aktuelle for mange av de tidligere kroniske sykehuspasientene, og mange kunne etter hvert tilbakeføres til familie og arbeid, eller overføres til pleiehjem på lavere omsorgsnivå. Denne endring i utskrivningsmønster, der sykehusene «ble kvitt» en del av sine tidligere langtidspasienter, førte til ytterligere forbedring av de terapeutiske mulighetene i sykehusavdelingene; mange avdelinger kunne åpne sine dører, og kontakten med omverdenen ble bedret.

Faglig og ideologisk fikk denne utviklingen støtte fra sosialvitenskapelig forskning som på 1950- og 1960-tallet kartla mange negative effekter av langvarige institusjonsopphold; blant annet hvordan pasienten gjennom sosiale prosesser i sykehusmiljøet blir stadig mindre i stand til, og motivert for, å vende tilbake til det sosiale liv utenfor (Goffmann, 1961; Scheff, 1966; Barton, 1959).

I 1961 ble sinnsykeloven fra 1848 avløst av Lov om psykisk helsevern. Landet ble delt inn i regioner, - oftest svarende til det enkelte fylke. Innen hver region skulle det være minst ett psykiatrisk sykehus og en psykiatrisk klinikkavdeling, fortrinnsvis knyttet til et sentralsykehus. De tidligere statseide sinnssykehus ble vederlagsfritt overdratt til det fylke det lå i, og det kom fart i planlegging og utbygging av klinikkavdelinger.

Utbyggingen av kapasiteten ved de psykiatriske sykehus fortsatte fram til omlag 1960, da man hadde et middelbelegg på ca 9 000 pasienter. I tiårsperioden fra 1960 til 1970 holdt belegget seg stabilt på dette høye nivået.

2.2 Psykiatriske klinikkavdelinger

De psykiatriske klinikkavdelingene ble opprettet som medisinske spesialiteter ved somatiske sykehus (oftest sentralsykehus) i perioden etter 1960, og tok i henhold til egne seleksjonskriterier hånd om pasienter med lettere psykiske vansker; i hovedsak ikke-psykotiske lidelser med god prognose og kort forventet innleggelsestid. Klinikkavdelingene har tradisjonelt vært vesentlig mindre enn sykehusene, og vesentlig bedre bemannet med hensyn til fagstab.

Etter at klinikkavdelingene i løpet av 1980-tallet fikk sektoransvar på lik linje med sykehusene, har de to institusjonstypene gradvis blitt likestilt i behandlingsapparatet. Fordi en rekke tidligere psykiatriske sykehus i løpet av 1980-tallet ble innlemmet som psykiatriske avdelinger i de respektive fylkers sentralsykehus, er skillelinjene mellom de to institusjonstyper ytterligere utvisket. Et av hovedfunnene fra tidligere pasientregistreringer var da også at de psykiatriske sykehus og klinikkavdelinger lignet hverandre mer og mer når det gjaldt funksjon og pasientsammensetning, selv om det ennå er en del forskjeller. I tabell 2.1 er derfor sykehus og klinikkavdelinger slått sammen til en kategori.

Tabell 2.1 Heldøgns pasienter i voksenpsykiatrien¹ 1950-99. Gjennomsnittlig belegg² etter driftsform.

	Psyk sykehusavd ³	Psyk sykehjem ⁴	BOB/DPS	Andre inst ⁵	Inst totalt	Privat pleie ⁶	Totalt
1950	8 198	1 350			9 548	7 399	16 947
1955	8 692	2 039			10 731	6 742	17 473
1960	8 970	3 070			12 040	5 759	17 799
1965	9 274	3 179			12 453	4 850	17 303
1970	9 161	3 287			12 448	3 894	16 342
1975	8 092	4 189		144	12 425	2 653	15 078
1980	6 296	4 176		139	10 611	1 709	12 320
1985	4 270	4 137		168	8 574	1 002	9 576
1990	3 050	3 612		218	6 880	623	7 503
1992	2 806	2 891	451	180	6 327	507	6 834
1994	2 670	2 013	863	235	5 780	414	6 194
1996	2 671	1 815	880	207	5 572	337	5 909
1998	2 827	1 141	1 216	110	5 294	271	5 565
1999	2 864	972	1 288	104	5 228	239	5 467
2001	2 714	675	1 398	64	4 851	(8)	4 851
2003	2 626	495	1 463	⁷	4 584	(8)	4 584

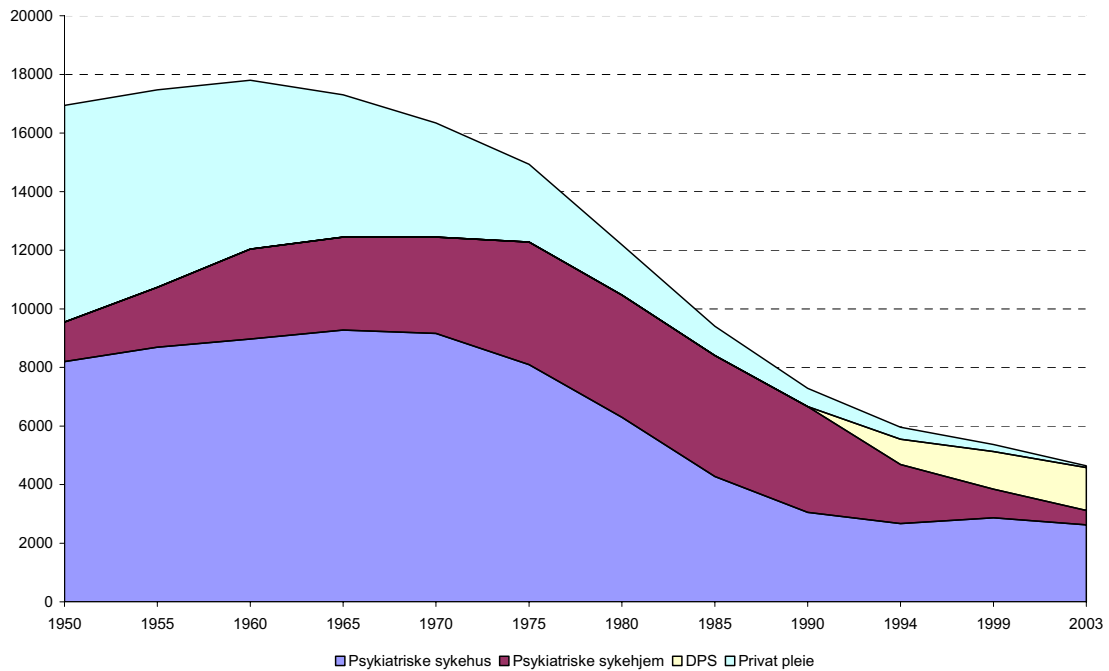
Kilder i perioden 1950-1970: Norges offisielle statistikk (NOS); Sinnssykehusenes virksomhet de respektive år.

Kilder i perioden 1970-79: NOS; Psykiatriske sykehus.

Kilder i perioden 1980-89: NOS; Helseinstitusjoner.

Kilder i perioden 1991-99: SAMDATA PSYKIATRI

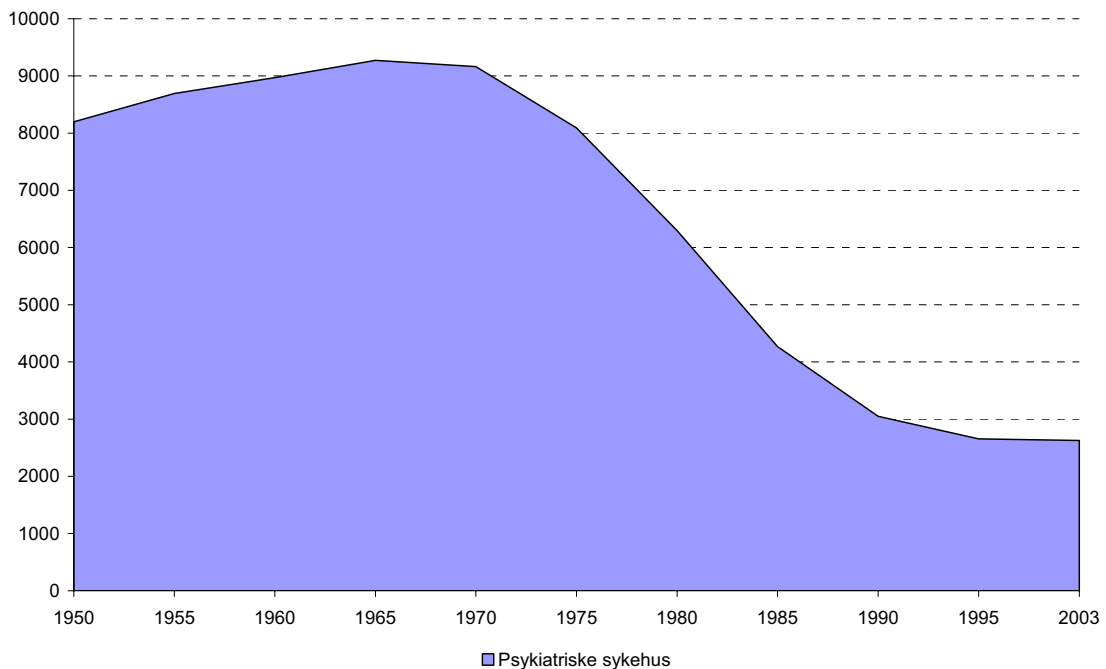
1. Omfatter samtlige voksenpsykiatriske institusjoner, med unntak av venteisolat og observasjonsavdelinger (i den grad disse ikke inngår i øvrige kategorier), og heller ikke "pleie- og behandlingshjem for nervøse". For perioden 1950-70 utgjør dette til sammen maksimalt 250 plasser.
2. Oppholdsdøgn i løpet av året delt på 365.
3. Inkluderer de opprinnelige psykiatriske sykehus, psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus og frittstående klinikkavdelinger. For perioden 1957-61 inkluderer oppgavene for sinnssykehusene 2 sykehjem med ca 100 plasser. Statens klinikk for narkomane (som i perioden 1978-90 ble definert som frittstående psykiatrisk klinikk) er trukket ut. For perioden 1966-73 inkluderer oppgavene (maksimalt) 50-60 pasienter/plasser ved barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (ikke korrigert).
4. 1953-62: Pleiehjem og kolonier for sinnssyke med 10 eller flere plasser. 1963-96: Psykiatriske sykehjem (inklusive psykiatriske avdelinger ved kombinerte sykehjem). Til og med 1970 omfatter oppgavene også eventuelle ettervernshjem, og til og med 1990 også eventuelle bo- og behandlingssentra.
5. Ettervernshjem og spesialinstitusjoner for senil demente.
6. 1950-1955: Pasienter i privatpleie under sinnssykehusene, og pasienter under forpleining med statsbidrag, for forsorgsvesenets eller privat regning utenfor sinnssykehus. Pasienter i pleiehjem og kolonier for sinnssyke med 10 eller flere plasser er trukket ut. I følge Sinnssykehusenes virksomhet 1956 var tallet på pasienter for tidligere år underrapportert med ca 1000. Tallene for perioden 1950-55 er øket tilsvarende. 1956-1976: Pasienter i privatpleie under sykehusene og pasienter i privatpleie og i ordinære pleiehjem ellers (1-9 plasser). 1977-1985: Privat-/familiepleie under sykehusene og privat-/familiepleie ellers. 1986-96: Innsamling av opplysninger om pasienter under privatpleien inngår ikke i den offentlige statistikken. For 1989 og 1994 har en i stedet benyttet oppgaver fra Pasienttellingene, utført ved SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning. Tall for øvrige år har fremkommet ved interpolering/trendfremskrivning.
7. Inngår i tallene for sykehjem



Figur 2.1 Antall pasienter i ulike institusjonstyper fra 1950 til 2003. Middelbelegg.

2.3 Nedbygging av psykiatriske sykehus

Antall døgnpasienter i psykiatriske sykehusavdelinger nådde toppunktet rundt 1970, og har siden gått kontinuerlig ned. Særlig fart i nedbyggingen ble det i begynnelsen av 1980-årene, se figur 2.2.



Figur 2.2 Gjennomsnittlig daglig belegg (middelbelegg) ved psykiatriske sykehusavdelinger 1950-2003¹⁾ Eksklusive dagpasienter.

1) Inklusive psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus.

Nedbyggingen av døgnplasser ved psykiatriske sykehusavdelinger var mest drastisk i perioden fra 1979 til 1984, da nedbyggingstakten var på nesten 500 plasser årlig. Men også i siste del av 80-tallet fant det sted en relativt omfattende reduksjon. Fra 1984 til 1989 ble pasienttallet redusert med 220 pasienter per år.

Nedbyggingstakten er redusert betydelig i første del av 1990-tallet. I siste del av 1990-tallet og fram til i dag har antall døgnplasser i sykehus stabilisert seg.

Endret pasientsammensetning ved sykehusene

Fra 1989 til 1994 sank pasienttallet i sykehusavdelinger med over 400 pasienter. 95 prosent av denne reduksjonen skyldtes bortfall av pasienter 60 år og eldre. Antall yngre pasienter (under 40 år) ble det derimot flere av. Samtidig økte antall korttidspasienter, mens antall pasienter med oppholdstid over 6 måneder ble betydelig redusert. Reduksjonen i pasienttallet ved sykehusavdelingene på 90-tallet skyldes altså hovedsakelig bortfall av eldre pasienter, og (psykotiske) pasienter med lang sammenhengende innleggelse bak seg. Dette vitner om en betydelig omlegging i sykehusenes driftsform fra oppbevaring til spesialistbehandling.

I første del av planperioden for Opptrappingsplanen (1999-2008) har tendensen til forynging av pasientpopulasjonen stoppet opp. Oppholdene blir imidlertid fortsatt stadig kortere.

2.4 Psykiatriske sykehusavdelinger i vår tid

De siste årene har tilbudet til mennesker med psykiske lidelser vært satt på den offentlige dagsorden. En viktig årsak til det er St meld 25 (1996-97) «Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene» og den påfølgende St prp nr 63 (1997-98) «Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006». Myndighetene har gjennom arbeidet med disse dokumentene satt seg klare mål om økt ressursinnsats, omstrukturering av tjenestetilbudene, geografisk fordeling og økt effektivitet.

Stortingsmelding 25 (1996-97) er den første stortingsmeldingen som i sin helhet er viet psykisk helsevern, og inneholder en bredt anlagt gjennomgang av det samlede tjenestetilbudet. For voksenpsykiatrien legger meldingen klare føringer for den videre omstruktureringen av tilbudet, bl.a. ved å fremme overordnede statlige mål for utviklingen av psykiatriske spesialisthelsetjenester. Ut fra Stortingets behandling av psykiatrimeldingen skal disse tjenester omfatte psykiatriske sykehusavdelinger, distriktpsikiatriske sentra (DPS'er) og privatpraktiserende spesialister. Psykiatriske sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS'er, eller trappes gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Generelt legges det stor vekt på samhandling mellom andre- og førstelinjetjenesten, og kommunenes ansvar overfor mennesker med psykiske lidelser blir poengtert.

De psykiatriske sykehusavdelingene bør i henhold til Stortingsmeldingen ivareta følgende hovedfunksjoner:

- Akuttfunksjon med øyeblikkelig hjelp-mottak
- Oppfølgende behandling i døgnavdeling, særlig for pasienter innlagt uten eget samtykke
- Behandling i sikkerhetsavdeling
- Ulike spesialavdelinger

I Opptrappingsplanen går man inn for å opprettholde antall sykehusplasser i psykisk helsevern for voksne på samme nivå som i 1996. I tillegg ble det vurdert å være behov for 160 nye plasser for personer som dømmes til psykiatrisk behandling. Utover dette er det ikke lagt opp til å øke antall døgnplasser ved sykehusene, hvilket tilsier om lag 3100 plasser ved slutten av planperioden.

I 2003 var det 2940 døgnplasser i sykehusavdelinger for voksne. I henhold til Opptrappingsplanens mål gjenstår altså fortsatt behov for vekst på omlag 160 døgnplasser innen utgangen av opptrappingsperioden.

2.5 Psykiatriske sykehjem

På begynnelsen av 1950-tallet satte det offentlige i gang en intens utbygging av en ny «type» pleiehjem for sinnslidende; i første omgang ved å ommønstre/ombygge de gamle tuberkulosehjem som nylig var blitt stående tomme, og fra midten av 1950-tallet også ved nybygg. Hensikten var å avlaste sinnssykehusene med det store overbelegget der. I den nye loven om psykisk helsevern av 1961 ble pleiehjemmene på mange områder sidestilt med de psykiatriske sykehus; for eksempel når det gjaldt anvendelse av lovparagrafer ved innleggelser. Betegnelsen på pleiehjemmene ble endret til «psykiatriske sykehjem». Disse sykehjemmene skulle avlaste sykehusene i henhold til det senere eksplisitt formulerte LEON-prinsippet, altså prinsippet om at pasientene skal tas hånd om på «lavest effektive omsorgsnivå». Den faglig ideologiske basis var at langtidspasientene skulle kunne leve i et lite og oversiktlig miljø, hvor det er mulig å tilrettelegge langsiktige behandlingssopplegg for den enkelte pasient.¹

I 1965 endres betegnelsen «pleiehjem» til «sykehjem». Utbyggingen av det som senere ble kalt psykiatriske sykehjem fortsatte fram til 1975, om enn i et noe lavere tempo enn i den første ti-årsperioden. Fra 1975 og fram til slutten av 1980-tallet holdt pasienttallet ved sykehjemmene seg stabilt på omlag 4000 pasienter.

Selv om mange sykehjem er blitt ombygd og forbedret i henhold til endrede forskrifter siden de ble bygget for 40-50 år siden, har sykehjemmenes funksjon i den psykiatriske helsetjenesten ikke endret seg vesentlig før i de senere år. Som det fremgår av denne pasientregistreringen, synes det nå som at behovet for slike «passive» sykehjem er mer enn mettet.

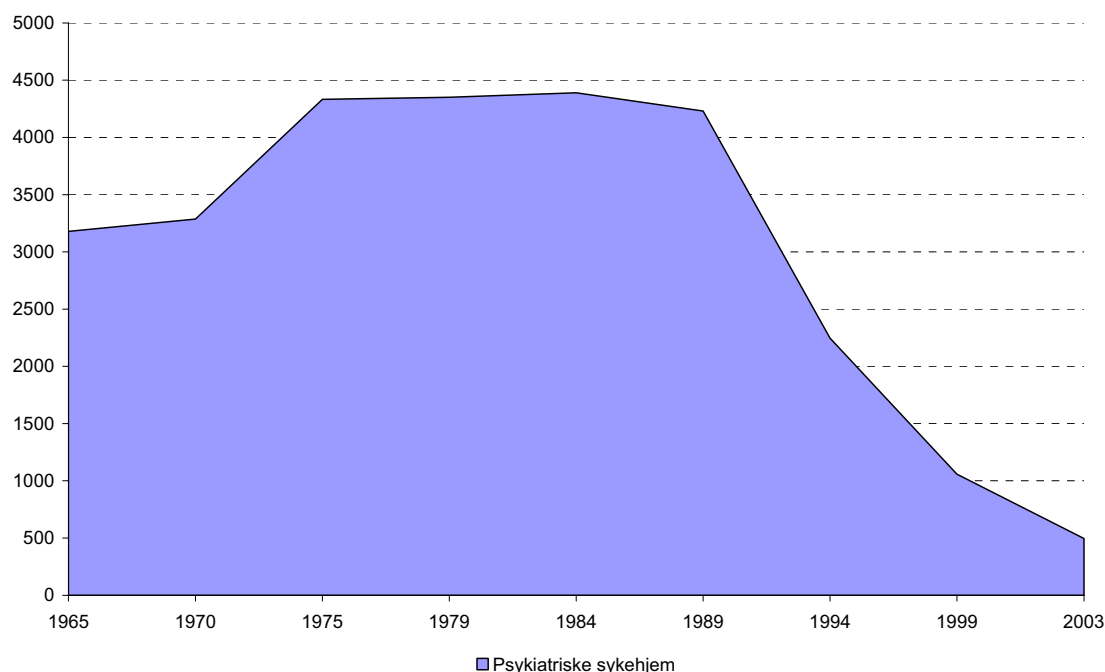
¹ I 1961, det året loven trådte i kraft, fantes følgende bo- og behandlingstilbud for psykiatriske pasienter utenfor sykehusene:

64 mindre «pleiehjem og kolonier for sinnslidende» med til sammen 836 pasienter, altså med et gjennomsnittsbelegg på 13 pasienter.

61 «pleiehjem for sinnslidende» med til sammen 1886 pasienter, altså med et gjennomsnittsbelegg på 31 pasienter.

5237 pasienter i «ordinær» privat pleie; det vil si i enheter med færre enn 9 pasienter.

Ved inngangen til 1960-årene fantes det altså fremdeles et relativt stort antall små pleiehjem/kolonier i grenselandet mellom privat pleie og pleiehjem.



Figur 2.3 Antall døgnpasienter psykiatriske sykehjem 1950-2003.

I St.melding nr 25 «Åpenhet og helhet» (1997) går Sosial- og Helsedepartementet inn for at «....de psykiatriske sykehjem på sikt avvikles som del av psykiske helsevernet. Psykiatriske pasienter som trenger lengre tids behandling i psykiatrisk døgner- eller daginstitusjon utenfor sykehus, bør gis dette innenfor rammen av et distriktpspsykiatrisk senter. De eksisterende psykiatriske sykehjem som har en hensiktsmessig beliggenhet og bygningsmessig standard bør knyttes til distriktpspsykiatrisk senter. De øvrige bør avvikles som psykiatriske institusjoner».

Det foreslås altså at de psykiatriske sykehjem på sikt enten knyttes til psykiatriske sentra, eller nedlegges/overføres til kommunene.

I Opptappingsplanen var det regnet med å redusere antall psykiatriske sykehjemsplasser etter hvert som DPS'ene ble bygget ut, til 1400 plasser i 2006. Antall plasser ved sykehjemmene har sunket vesentlig kraftigere enn dette, til 481 plasser allerede i 2003. De psykiatriske sykehjemmene har altså gjennomgått en langt kraftigere nedbygging enn planlagt, og dette gjør at det totale antall plasser i psykisk helsevern for voksne er redusert med nesten 1000 siden 1996. Det var en klar forutsetning i Opptappingsplanen at reduksjon i antall sykehjemsplasser skulle kompenseres ved utbygging av aktive døgnplasser ved DPS'er og styrket omsorgstilbud i kommunene, slik at tilbudet til de brukergruppene som tidligere har benyttet sykehjemmene ikke blir dårligere.

Det er vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte omsorgstilbudet for voksne er redusert, når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene ses under ett. Dette beror på om de brukergruppene som tidligere benyttet sykehjemmene får tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene, og om samarbeidet mellom 1. og 2.linjen fungerer i samsvar med pasientenes behov, f eks gjennom poliklinisk behandling og annen oppfølging.

2.6 Distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Tidlig i 80-åra ble enkelte fagfolk oppmerksomme på at de psykiatriske sykehjemmene sto i fare for å bli en ny type oppbevaringsinstitusjoner, fylt med tidligere sykehuspasienter. Også Helsedirektoratet var bekymret for dette, og skrev på midten av 80-tallet:

«På sikt går Helsedirektoratet inn for at de psykiatriske sykehjemmene omorganiseres til mer aktive behandlings- og rehabiliteringssentra.»

Ideen var å bedre tilgjengeligheten til psykiatrisk service ved å legge hjelpetilbudet ut i befolkningsområdene og satse på mindre enheter utenfor sykehusene. Dermed kunne problemene tas opp på et tidligere tidspunkt, og før de fikk anledning til å utvikle seg til noe mer alvorlig som trengte innleggelse. Det psykiatriske senteret skulle være et sted å gå med livskriser og psykiske problemer, få profesjonell hjelp, og et miljø som kan gi støtte.

Sentrene skulle således fungere både som moderne psykiatriske sykehjem med vekt på rehabilitering og aktivitetstrening, og samtidig være et psykiatrisk helse-senter for lokalmiljøet, med dagplasser og poliklinikk.

I St.melding nr 25 «Åpenhet og helhet» (1997) går sentrale helsemyndigheter inn for at de distriktpsikiatriske sentra (DPS) skal ivareta følgende hovedfunksjoner for opptaksområdet (enten et lokalsykehusområde eller deler av det):

- Poliklinikk, inklusive ambulant team
- Dagavdeling
- Døgnavdeling for kriseintervensjon og observasjon
- Korttids åpent døgntilbud
- Avdelinger for lengre tids behandling og rehabilitering
- Rådgivning og veiledning overfor kommunale tjenester

Samarbeid med helse- og sosialtjenesten i kommunene skal være en meget vesentlig oppgave (jf. Helsetilsynets veiledningshefte 1-2001 "Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder").

Intensjonen er at DPS-ene på sikt skal kunne ta seg av mange av de allmennpsykiatriske behandlingsoppgavene som generelle psykiatriske avdelinger i større institusjoner tidligere har hatt. DPS-ene er altså tiltenkt å ha større grad av «totalansvar» for psykiatrisk behandling og rådgivning i sitt opptaksområde enn hva som er tilfelle ved noen av de eksisterende sentra. Stortingsmeldingen betoner altså en ytterligere utbygging av behandlingstilbudet på lokalsykehusnivå, med vekt på tilgjengelighet og nærhet. For at dette skal kunne skje, må det, som det påpekes i meldingen, etableres en bemanning ved slike sentra som «muliggjør» levedyktige og allsidige fagmiljøer.

Midtveis i 2003 var det etablert i alt 71 DPS-er, mens det var 12 områder der slike sentra ikke var etablert (Ruud m fl 2004). En del av disse DPS-ene er etablert som nybygg ved midler fra Opptrappingsplanen. Noen av dem er tidligere sykehusavdelinger som er skilt ut som egne enheter.

De siste årene har mange av sentrene blitt mer differensierte, med flere ulike typer tilbud. En rekke steder er det utviklet egne psykoseteam, langtids- og intermedieæravdelinger, samt rehabiliteringsleiligheter og avlastningsplasser.

Døgnetene ved de 71 etablerte DPS-ene hadde midtveis i 2003 til sammen vel 1800 døgnplasser. Med tilsvarende etablering av døgnplasser ved de DPS-er som ennå ikke er opprettet, vil det bli omtrent 2100 døgnplasser ved DPS-er. Dette svarer omtrent til målet på 2065 døgnplasser ved DPS-er i opptrappingsplanen.

Nitti av de i alt 118 polikliniske team ved etablerte DPS-er var allmennpsykiatriske team, mens resten var psykoseteam, rusteam, alderspsykiatriske team og enkelte andre spesialteam. DPS-er med store geografiske opptaksområder hadde ofte to eller flere allmennpsykiatriske polikliniske team som dekket hver sin del av opptaksområdet.

To av tre DPS-er hadde etablert en eller flere dagenheter. Disse kunne ut fra resultatene av kartleggingen deles i tre hovedgrupper: En som i hovedsak ga tilbud om gruppeterapi til pasienter med personlighetsforstyrrelser/ikke psykotiske lidelser, en som i hovedsak ga trenings-/rehabiliteringstilbud til pasienter med psykoser, og en som var en blanding av de to første.

Midtveis i 2003 har omtrent halvparten av de etablerte DPS-ene opprettet ett eller flere ambulante team. De fleste av disse er en form for psykoseteam, men det er også en del akutt/kriseteam og noen rusteam. De fleste ambulante team er opprettet i løpet av de siste årene, og bruk av slike team ser ut til å være økende. Det er en uklar grense mellom ambulante team og polikliniske team rettet mot de samme målgrupper, noe som gjør at polikliniske og ambulante team delvis bør sees under ett. Det er ikke noen klare føringer for hva som bør prioriteres av ambulante team, og praksis på dette varierer mellom DPS-er.

Det er store forskjeller mellom helseregioner og helseforetak når det gjelder hvor langt de har kommet i å utvikle slike sentre. I de fleste fylker er voksenpsykiatrien omorganisert slik at alt psykisk helsevern for voksne utenfor sykehus er organisert i psykiatriske sentre, mens noen få fylker har en del igjen på denne omdanningen av sykehjemmene. I de fleste fylker finnes begge typer institusjoner: eldre sykehjem med langtidspasienter, og psykiatriske sentra med differensierte funksjoner.

2.7 Privatpleie

Privatpleie anvendes i dag hovedsakelig overfor tidligere sykehuspasienter som ikke (lenger) har nytte av behandlingstilbudet der, og som trenger et lite, trygt og forutsigbart miljø å være i. Privatforpleining foregår enten som «familiepleie» (i egen familie) eller som privatpleie hos andre. Administrativt er privatpleien hovedsakelig underlagt de psykiatriske sykehus.

Omfanget av privatpleie under sykehusene vil sannsynligvis utvikles i takt med at pasientene dør. Det er lite som tyder på at de resterende pasientene vil overføres verken til psykiatriske eller somatiske institusjoner før det blir (tvingende) nødvendig av helsemessige årsaker.

I St.melding nr 25 «Åpenhet og helhet» (1997) påpeker helsemyndighetene at det i den nye loven om spesialisthelsetjenesten ikke vil bli foreslått å videreføre et fylkeskommunalt ansvar for psykiatrisk privatpleie. Det må derfor lages en overgangsordning som sikrer at de pasientene som trenger det får tilfredsstillende kommunal omsorg.

Stortingsmeldingen peker også på at «Det er kapasitetsproblemer - målt i tilgjengelige behandlingsplasser» ... «Men årsaken er langt på vei at de ressurser som finnes, ikke utnyttes godt nok. Det foreligger et struktur- og organisasjonsproblem. Og dette lar seg ikke løse ved å tilføre mer ressurser alene. Økte ressurser vil bare gi resultater hvis strukturen - sammensetningen av tjenestene - forandres samtidig. Pasientene må få rett type tilbud». Dette vil bli behandlet særskilt i kapittel 8.

3 Metode og gjennomføring

3.1 Formål og metode

Undersøkelsens målsetting er å skaffe til veie opplysninger om pasientene i døgninstitusjoner i psykisk helsevern for voksne, samt belyse hvor døgntilbudene i psykisk helsevern for voksne synes å være tilpasset de behov som pasientene har ut fra behandlernes vurderinger av hvilke tilbud pasientene trenger.

Registreringen er en oppfølging av tilsvarende pasientregistreringer foretatt med fem års mellomrom siden 1979. Fordi registreringsskjema og undersøkelsens øvrige design bygger på de foregående pasienttellingene, kan resultatene fra de ulike registreringene sammenholdes direkte. En kan derved si noe om endringer i pasientsammensetning og psykisk helsevern generelt i løpet av de siste 20 år. Fordi opplysningene er anonymiserte, kan en imidlertid ikke si noe om de endringer som har skjedd med den enkelte pasient.

3.2 Datainnsamlingen

Registreringen ble gjennomført i praksis ved at behandlerne fylte ut et registreringsskjema for hver enkelt pasient som var innlagt på registreringstidspunktet 20 november 2003. Selv om registreringen nødvendigvis må ha tatt noen tid, er det pasientens status på registreringsdagen som skulle registreres. Det er ikke registrert navn, personnummer eller andre personidentifiserbare opplysninger.

Etter flere skriftlige og muntlige purringsrunder hadde SINTEF Helse mottatt utfylte skjema fra samtlige døgninstitusjoner innen utgangen av mars 2004. I den grad institusjonene har levert skjema for alle sine pasienter per 20 november 2003, omfatter undersøkelsen derved samtlige pasienter som var innlagt på registreringstidspunktet.

Etter at registreringsskjema var mottatt ved SINTEF Helse ble opplysningene lest inn optisk. Det ble utført omfattende feilsjekking for å finne og rette opp skjema som åpenbart var feilaktig fylt ut, eller som var blitt gjenstand for feillesing under dataregistreringen. Dette gjaldt svært få skjema.

Materiale

Det foreligger opplysninger om i alt 4 243 døgnpasienter. I henhold til foreløpige tall fra SAMDATA Psykisk Helsevern for 2003 var det 5 291 senger ved utgangen av 2003. Dette skulle tilsi en beleggprosent på 80 prosent. I et samleskjema som institusjonene sendte inn sammen med registreringsskjema for å angi status den 20 november 2003, fremgikk det imidlertid at et flertall av institusjonene oppga å ha færre senger i drift enn hva som ble innrapportert til Statistisk Sentralbyrå ved utgangen av året. Differansen skyldes trolig ulik definisjon av hva som er operative

senger, noe som igjen henger sammen med vurderingen av hvor god bemanningen skal være før en døgnplass blir definert som å være i operativ drift på et tidspunkt. Ut fra institusjonenes egen angivelse av antall døgnplasser i drift på registreringstidspunktet, antas beleggprosenten høyere enn 80 prosent, og tallmaterialet som presenteres i denne rapporten antas å omfatte praktisk talt samtlige døgnpasienter.

De fleste tabellene i dette kapitlet inneholder kategoriene «Sykehusavdelinger», «DPS-er og "Sykehjem"». Bak gjennomsnittstallene skjuler det seg mange forskjeller mellom de enkelte institusjoner.

På registreringstidspunktet var antall registrerte døgnpasienter ved sykehusavdelinger 2 371, ved DPS-er 1 440, og ved sykehjem 389, i alt 4 200 døgnpasienter.

Det ses i denne sammenheng bort fra pasienter under privat forpleining (N=34).

3.3 Kvaliteten på vurderingene om ønskelig tilbud

Svar på spørsmål om hvilket døgntilbud og behandlingstilbud som anses som ønskelig for pasienten vil i sterk grad være preget av skjønn. Her er det tale om å vurdere pasientens tilpasningsdyktighet og sikkerhet i situasjoner og under forhold som behandlerne ikke nødvendigvis har sett ham i. Selv om svarene her kan være usikre, antas det ikke å være noen systematisk usikkerhet eller feil. Planleggingen av behov vil alltid måtte baseres på et skjønn. Aggregatet av behandlernes vurderinger av hvilket tilbud pasienten burde hatt er neppe mindre pålitelig enn annen tilgjengelig informasjon for å bedømme behovet for ulike døgntilbud- og behandlingsformer.

For å teste påliteligheten (reliabiliteten) av behandlernes vurderinger av hva som var ønskelig døgntilbud på registreringstidspunktet, ble det for 40 pasienter ved to sykehus, og 45 pasienter ved to DPS-er foretatt en dobbeltskåring, ved at to ulike behandlere, uavhengig av hverandre, anga hva de anså som ønskelig bo- og behandlingstilbud for hver enkelt pasient som ble dobbeltregistrert.

Den opprinnelige skåringen ble utført av ledere/koordinatorer på det enkelte behandlingssted. Kontrollskåringen ble utført av fagpersonale knyttet til den enkelte post. Alle skårerne kjente de aktuelle pasientene godt, og utgangspunktet var for begge skåringer situasjonen per 20 november 2003. Alt involvert personale var høyskoleutdannet, og det er ikke grunnlag for å si at det er kompetanse- eller utdanningsmessige forskjeller mellom de som har utført skåringene.

Samsvaret ved sykehusavdelingene, angitt ved kappa-skåre, var meget høyt (0,88), hvilket innebærer at behandlerne var enige om ønskelig bo- og behandlingstilbud i 95 prosent av tilfellene.

Ved DPS-ene var enigheten mellom de to uavhengige behandlerne betydelig lavere (kappa-skåre på 0,46), som tilsier at behandlerne var enige i 54 prosent av tilfellene. Dette er noe lavere enn en skulle ønske.

For de to institusjonstyper sett under ett var samsvaret (angitt ved kappa-skåre) 0,64, som tilsier enighet/samsvar i 85 prosent av tilfellene. Dette anses som brukbart. Som det fremgår er påliteligheten av vurderingene foretatt ved sykehusavdelingene tilfredsstillende, mens det synes å være en viss usikkerhet knyttet til vurderingene foretatt av behandlerne ved DPS-er.

4 Sosiodemografiske opplysninger

20 november 2003 var 4 200 pasienter registrert som heldøgns pasienter ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern, altså 124 per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. I dette kapitlet ses det nærmere på hvordan disse pasientene fordeler seg med henblikk på demografiske og sosiodemografiske egenskaper, og på hvilke endringer som har funnet sted de siste fire år.

4.1 Kjønn

Ved tidligere pasientregistreringer har det vært et visst overtall av kvinner ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern. Dette var tilfelle også i 2003, se tabell 4.1.

Tabell 4.1 Pasienter i psykiatriske institusjoner i 1999 og 2003 etter kjønn. Prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Menn	48	49	47	49	49	48
Kvinner	52	51	53	51	51	52
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829
Ubesvart	58	44	35	31	23	13

Når pasienttallet for de to kjønn relateres til kjønnssammensetningen i befolkningen 18 år og eldre, fremgår det at kvinner er relativt overrepresentert, se tabell 4.2. Dette har ikke endret seg siden 1999.

Det er klare forskjeller i punktprevalens mellom de to kjønn når det skilles etter pasientenes diagnosekategori, se tabell 4.2.

Tabell 4.2 Antall døgnpasienter per 100 000 innbyggere 18 år og eldre etter diagnose (ICD-10) og kjønn. 2003.

	Antall pasienter per 100 000 innbyggere 18 år +				
	Antall pasienter ¹⁾	Totalt	Schizofrenier	Affektive lidelser	Personlighetsforstyr.
Menn	2 035	119	64	21	5
Kvinner	2 150	121	41	33	11
Totalt	4 185	120	52	27	8

1) Eksklusive pasienter under 18 år (15 pasienter).

Blant døgnpasienter er punktprevalensen av affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser betydelig høyere blant kvinner enn blant menn, mens schizofreni-diagnoser forekommer hyppigst blant menn. Dette var også tilfelle i 1999.

4.2 Alder

Blant døgnpasientene i sykehus er gjennomsnittsalderen redusert betydelig de siste 20 årene, fra 56 år i 1984, til 44 år i 1994 og til 42 år i 1999. I 2003 sank gjennomsnittsalderen ytterligere, til 41 år. Sykehusene betjener altså yngre aldersgrupper enn før. Tabell 4.3 viser utviklingen i de enkelte aldersgrupper de siste fire år.

Også ved døgninstitusjoner utenfor sykehus er gjennomsnittsalderen betydelig redusert. Når slike institusjoner ses under ett, ble gjennomsnittsalderen redusert fra 68 år i 1984, til 51 år i 1999, og til 46 år i 2003. Også her er altså pasientene gjennomgående yngre enn tidligere. I 2003 var pasientene ved DPS'er vesentlig yngre enn ved sykehjem, med gjennomsnittsalder på henholdsvis 44 og 52 år. I 2003 var gjennomsnittsalderen for døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne totalt 43 år.

Tabell 4.3 Aldersfordeling blant døgnpasienter i 1999 og 2003. Prosent.

Alder	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner		Norges bef 18 år og eldre 1 jan 2004
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	
0-17 år	1	0	2	1	1	0	
18-29 år	20	25	27	32	12	17	17
30-39 år	21	22	24	22	18	22	21
40-49 år	20	21	19	18	20	24	19
50-59 år	14	14	11	11	17	18	18
60-69 år	10	8	7	6	13	9	11
70-79 år	10	6	7	6	13	7	9
80 år +	5	4	4	5	7	3	6
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829	
Ubesvart	45	54	31	43	14	11	

Andel pasienter i yngre aldersgrupper (under 50 år) har økt drastisk de siste år 20 år. Denne utviklingen har fortsatt i første del av planperioden for Opptappingsplanen, da andelen pasienter under 50 år økte fra 62 til 68 prosent. Det er særlig ved døgninstitusjoner utenfor sykehus at den markerte tendensen til forynging av pasientpopulasjonen har funnet sted. Det er andelen pasienter i de eldste aldersgruppene som er redusert mest.

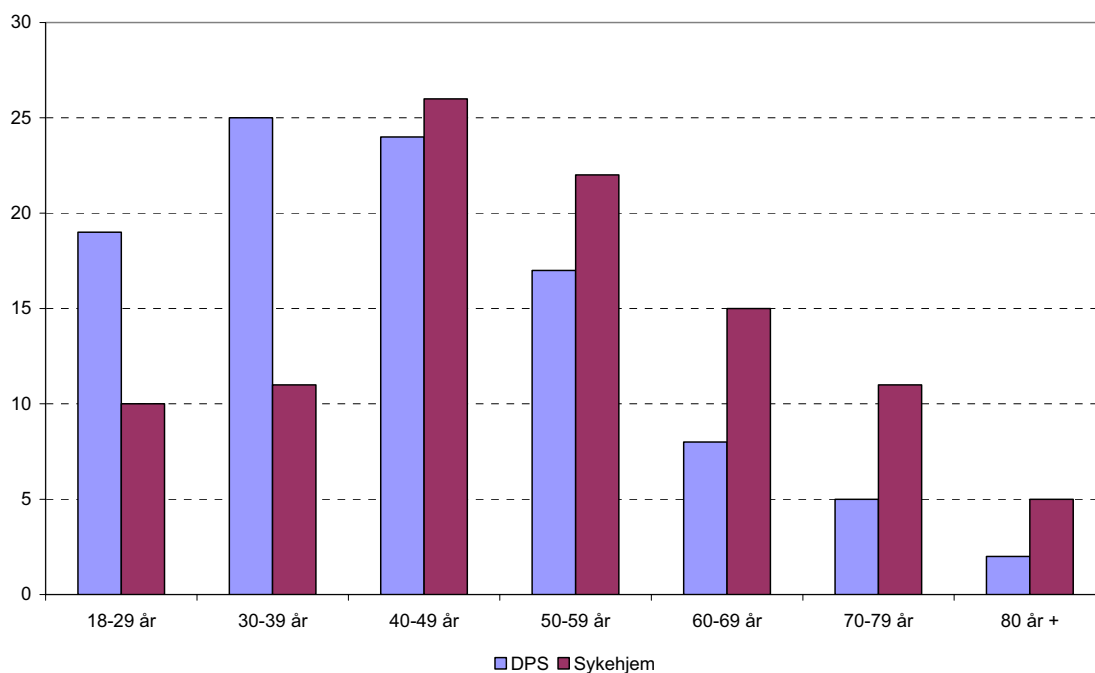
Det synes altså ikke å være slik at de eldre pasientene som er skrevet ut fra psykiatriske sykehusavdelinger i nevneverdig grad er overført til døgninstitusjoner utenfor sykehus.

Fra tidligere pasientregistreringer vet vi at behandlerne mener at mange av de eldre langtidspasientene burde hatt kommunale bo- og omsorgstilbud. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste hvorvidt det samlede døgnbaserte tilbudet for eldre er redusert når spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet i kommunene ses under ett. Dette beror på om de brukergruppene som tidligere mottok døgnbaserte tilbud i spesialisthelsetjenesten får tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud i kommunene, og om samarbeidet mellom 1. og 2.linjen fungerer i samsvar med pasientenes behov, f.eks gjennom poliklinisk behandling og annen oppfølging.

DPS og psykiatriske sykehjem

I tabellen over er DPS og sykehjem slått sammen til en kategori. Som tidligere nevnt er det uklare skiller mellom disse to institusjonstypene, idet døgnheten ved mange DPS'er er tidligere sykehjem som bare i begrenset grad har endret bemanning eller drift etter at de organisatorisk ble innlemmet i et DPS.

Når det skilles mellom disse to institusjonstypene, fremgår det at det er betydelige aldersforskjeller blant pasientene. Figur 4.1 viser aldersfordelingen ved de to typer institusjoner.



Figur 4.1 Prosentvis aldersfordeling ved DPS og sykehjem. 2003.

4.3 Sivilstatus

Et av de mest konsistente funn i sosialpsykiatrisk forskning er at det er en sammenheng mellom dårlig mental helse og svakheter eller mangler ved den sosiale tilknytning individet har til andre mennesker. Dette later til å holde stikk uansett type mentale problemer. Et flertall av undersøkelsene omkring sivilstatus og mental helse konstaterer at ugifte og før-gifte har forhøyet risiko for å bli innlagt i psykiatriske institusjoner. Dette forholdet synes å være uavhengig av alder, og gjelder begge kjønn. At mental helse på denne måten later til å henge sammen

med familietilknytning er ikke overraskende ut fra en «nettverks-tankegang», der mental helse settes i sammenheng med graden av integrasjon i en primærgruppe. Årsakssammenhengene er imidlertid ikke entydige.

Tabell 4.4 Sivilstatus blant pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner		Den norske befolkning 18 år og eldre
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	2003
Ugift	63	62	59	61	68	63	31
Gift/samboende	16	19	21	21	10	16	50
Enke/mann	7	5	6	6	7	4	8
Separert/skilt	14	14	14	13	15	16	11
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Antall	5 089	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829	
Ubesvart	23	82	30	48	29	34	

I forhold til den norske befolkning 18 år og eldre er pasienter i psykiatriske institusjoner betydelig dårligere integrert i "familiefæren". Pasientene er langt hyppigere ugifte og separert/skilt, og tilsvarende sjeldnere gifte. Andelen enker/enkemenn er noe lavere enn i den norske befolkning.

Når vi skiller mellom gifte på den ene siden, og ikke-gifte på den andre siden, er pasientene ved døgninstitusjoner utenfor sykehus noe dårligere integrert i «familiefæren» enn sykehuspasientene. Færre er gift, og flere er enker/enkemenn. Dette var også tilfelle ved de tidligere tellingene.

Bosituasjon og økonomi

Tabell 4.5 Hva slags permanent bolig har pasienten. Prosent etter institusjonstype. 2003.

	Alle institusjoner	Sykehus	DPS	Sykehjem
Egen bolig uten tilsyn	50	56	48	20
Egen bolig med tilsyn	9	10	10	4
Omsorgsbolig uten tilsyn	2	2	2	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	3	2	4	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning	3	3	4	2
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	2	2	2
Åpen døgninstitusjon i psykisk helsevern	10	2	14	42
Lukket døgninstitusjon i psykisk helsevern	3	5	0	3
Ikke egen bolig	18	19	17	21
Totalt	100	100	100	100
Antall	4 200	237	1 440	389
Ubesvart	209	120	78	11

Halvparten av institusjonspasientene bor til vanlig i egen bolig, mens 13 prosent anses å ha døgninstitusjonen som sin faste bopel. Andelen pasienter uten fast bopel er betydelig høyere enn i befolkningen sett under ett. Det er markerte forskjeller mellom sykehjem på den ene side, og DPS og sykehus på den andre når det gjelder hva behandlerne anser som pasientenes permanente bolig. Nær halvparten av pasientene ved sykehjemmene anses å ha sykehjemmet som fast bopel, mens en av fem betraktes som bostedsløs.

Tabell 4.6 Viktigste kilde til livsopphold ved innleggelse blant pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Inntekt av eget arbeid	5	4	8	5	2	2
Inntekt av ektefelles arbeid	2	2	3	3	1	1
Sykemelding	9	9	13	11	4	7
Arbeidsledighetstrygd	1	1	1	2	0	1
Uførepensjon	54	50	43	40	67	63
Alderspensjon	12	11	11	12	14	10
Sosial stønad	5	5	7	7	3	3
Annet trygd	8	12	8	14	7	10
Annet	4	5	6	6	2	4
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829
Ubesvart	84	118	42	71	39	47

I all hovedsak mottok døgnpasientene i psykiatriske institusjoner ulike sosiale støtteordninger på innleggelsestidspunktet. Bare fire prosent var aktiv i inntekts-givende arbeid. Halvparten av pasientene i psykiatriske institusjoner mottar uførepensjon, hvilket tilsier at de neppe kan forventes å ha noen jobb å gå tilbake til når de skrives ut. Dette er en massiv hindring for at pasientene skal kunne rehabiliteres etter institusjonsoppholdet. For mange pasienter vil muligheten for å skaffe seg jobb være avgjørende for om de skal lykkes i å tilpasse seg livet utenfor institusjonen. Det synes som at det her må settes inn andre typer tiltak enn de som generelt settes inn gjennom arbeidsmarkedsetaten o.l.

Pasienter i døgninstitusjoner har betydelig lavere utdanningsbakgrunn enn den norske befolkning 16 år og eldre. Dette har imidlertid bedret seg betydelig de siste fire år, se tabell 4.7.

Tabell 4.7 Høyeste fullførte utdanning blant pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner		Norges bef 16 år og eldre 1 okt 2003
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	
Universitet og høyskole	8	12	11	14	5	9	24
Videregående skole	34	37	36	37	31	38	56
Grunnskole (7-10 år)	53	47	48	45	59	50	20
Ikke fullført grunnskole	4	5	5	5	5	4	(*)
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829	1 829
Ubesvart	236	413	118	246	118	167	167

*) Ikke angitt.

Kilde: SSB

5 Psykiske lidelser og andre problemer

I dette kapitlet gis en oversikt over hoveddiagnoser og tilleggssymptomer blant døgnpasientene i psykisk helsevern for voksne (N=4 200). Pasienter under poliklinisk behandling omtales i egen rapport.

Ved pasientregistreringen i 1994 ble alkoholmisbruk, stoff/medikamentmisbruk og spiseforstyrrelser spesifikt angitt som egne spørsmål på skjema. For å fange opp komorbiditet på en klinisk entydig måte, ble disse forhold i 1999 i stedet forsøkt fanget opp ved å be behandlerne om å fylle ut bidiagnose. På grunn av lav svarprosent for bidiagnose ved registreringen i 1999, er disse forhold ved årets registrering igjen tatt med som egne spørsmål.

5.1 Diagnose

Behandlerne ble bedt om å angi diagnose basert på diagnoseklassifiseringssystemet ICD-10. Fordi de «offisielle» diagnoser for mange pasienter først settes ved utskrivning, vil det ofte være foreløpige/tentative diagnoser som er angitt. Diagnosene er angitt med fire siffer (innen hovedkapittel F). Diagnose innen andre hovedkapitler skulle angis med angjeldende prefiks/bokstav. De fulle betegnelser for hovedkategoriene i ICD-10 under hovedkapittel F er:

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

Benevnelsene som anvendes i tekst og tabeller i dette kapitlet refererer seg til disse hoveddiagnosegruppene, selv om benevnelsene er forkortet noe. De fire siste kategoriene er i dette kapitlet slått sammen til en kategori med betegnelsen "andre diagnoser".

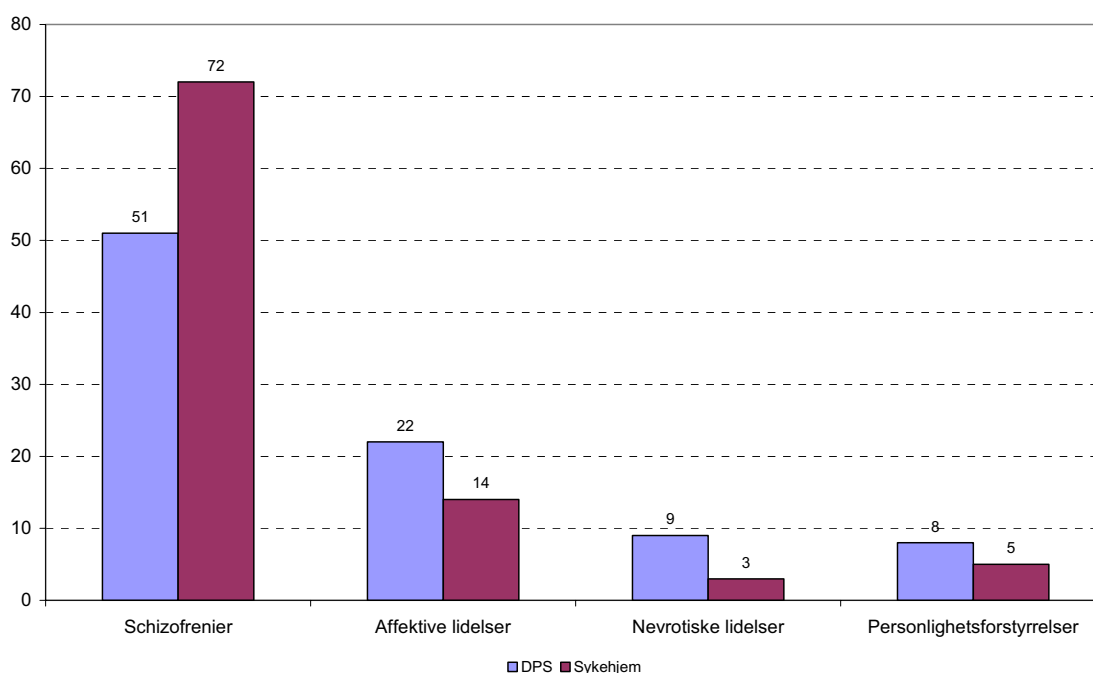
Til tross for den sterke reduksjonen i pasienttallet på 1980-tallet, var det en påfallende stabilitet i diagnosefordelingen både totalt sett, og i sykehus og sykehjem hver for seg. Diagnosefordelingen var praktisk talt uendret fram til slutten av tiåret. Dette innebærer at reduksjonen i pasienttallet ved sykehusene fordelte seg omtrent likt over de ulike diagnosekategorier. I perioden 1989-94 ble imidlertid andelen pasienter diagnostisert med «senile og presenile psykoser» halvert, mens andel pasienter diagnostisert med personlighetsforstyrrelser ble fordoblet. Andelen nevrosepasienter holdt seg stabilt i perioden.

Med forbehold om problemer med å sammenholde det gamle diagnosesystemet (ICD-9) med ICD-10 på en entydig måte, synes det som at diagnosefordelingen holdt seg relativt stabil i perioden 1994 til 1999. Tabell 5.1 viser endringene i diagnosepanorama i første del av planperioden for Opptappingsplanen, fra 1999 til 2003.

Tabell 5.1 Diagnosefordeling i døgninstitusjoner for voksne. 1999 og 2003. Hovedkapitler ICD-10. Prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Organiske lidelser	4	2	5	3	2	0
Alkohol/stoff/med.misbruk	3	5	4	6	1	3
Schizofrenier	54	47	45	40	65	55
Affektive lidelser	21	24	25	28	16	20
Nevrotiske lidelser	6	8	8	7	4	8
Fysiske atferdssyndromer	1	2	1	2	0	1
Personlighetsforstyrrelser	8	7	8	7	8	7
Andre diagnoser	4	5	5	7	4	6
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829
Ubesvart	161	267	94	175	67	92

De siste fire år er det blitt relativt flere døgnpasienter med psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol, stoff og medikamenter, samt affektive lidelser. Andelen pasienter med schizofreni-diagnoser er derimot betydelig redusert de siste fire år ved begge institusjonstyper. Andelen nevrotiske lidelser er fordoblet ved døgninstitusjoner utenfor sykehus. Figur 5.1 viser diagnosefordelingen i noen hoveddiagnosegrupper ved henholdsvis DPS-er og sykehjem.



Figur 5.1 Diagnosefordeling ved DPS og psykiatriske sykehjem. 2003. Noen hovedkapitler i ICD-10. Prosent.

Schizofrenier er betydelig hyppigere ved sykehjem enn ved DPS-er, mens affektive lidelser, nevrotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser er hyppigst ved DPS-ene.

5.2 Selvmordsfare

I likhet med tidligere registreringer inngår også spørsmål om suicidale problemer i forbindelse med nåværende opphold. Behandlerne ble bedt om å krysse av dersom pasienten umiddelbart før eller under nåværende opphold har vist selvskadetendens, kommet med trusler om å begå selvmord, eller faktisk har forsøkt suicid.

Tabell 5.2 Suicidale problemer under nåværende opphold. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.

Selvmordssymptomer	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Ingen	76	72	71	69	81	76
Selvskadetendens	10	9	12	10	8	7
Selv mordstrusler	7	11	8	13	6	10
Selv mordsforsøk	7	8	9	9	5	7
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829
Ubesvart	234	237		149		88

Når det ses bort fra selvskadetendens, som vedrører omlag ti prosent av pasientene, fremgår det at selvmordsproblematikk vedrører en av fem pasienter. Dette er relativt sett flere enn fire år tidligere. Selvmordsproblematikk er hyppigst ved sykehusavdelingene, både når det gjelder trusler og forsøk. Andelen av pasientene som faktisk har forsøkt suicid i forbindelse med nåværende opphold er økt fra sju til åtte prosent, i alt 328 pasienter.

Selvmordsforsøk er langt vanligere blant psykiatriske pasienter enn i befolkningen som helhet, og hyppigheten er høyest blant kvinner, og blant pasienter under 30 år. Hyppigheten avtar med alder, men påvirkes lite av pasientenes sivilstatus og sosiale integrasjon. Selvmordsforsøk er markert vanligst blant pasienter i diagnosekategoriene "nevrotiske lidelser", "affektive lidelser" og "personlighets- og atferdsforstyrrelser". Det fremgår ellers at andelen pasienter som har forsøkt suicid i forbindelse med nåværende opphold er relativt uavhengig av oppholdets varighet, med unntak av pasienter som har vært innlagt under en uke (10 prosent av disse 500 pasientene hadde forsøkt suicid i løpet av uka før registreringstidspunktet).

5.3 Rusmiddelmissbruk

Behandlerne ble også bedt om å angi pasientenes rusmiddelmissbruk de siste ukene før innleggelse. Svarkategoriene var "lite", "middels", "stort" og "vet ikke" for henholdsvis alkohol, medikamenter og narkotika. Dersom pasienten ikke hadde rusmiddelproblematikk vil dette spørsmålet enten ha blitt avkrysset som "lite", eller som ubesvart. I denne sammenheng tolkes derfor "lite" som "intet". Tabell 5.3 viser hovedresultatene.

Tabell 5.3 Rusmiddelmissbruk de siste ukene før innleggelse. 2003. Antall og prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Alkohol						
Intet/lite	1 361	43	887	48	474	36
Middels	291	9	178	10	113	9
Stort	280	9	181	10	99	7
Vet ikke	1 241	39	597	32	644	48
Ubesvart	1 027		528		499	
Medikamenter						
Intet/lite	1 150	40	751	46	399	32
Middels	244	9	137	8	107	9
Stort	205	7	134	8	71	6
Vet ikke	1 282	45	625	38	657	53
Ubesvart	1 319		724		595	
Narkotika						
Intet/lite	1 098	39	722	45	376	32
Middels	183	7	132	8	51	4
Stort	221	8	165	10	56	5
Vet ikke	1 307	47	605	37	702	59
Ubesvart	1 391		747		644	
Totalt antall	4 200		2 7371		1 829	

Som det fremgår av tabellen over ble 280 pasienter vurdert å ha stort alkoholmisbruk, 205 stort medikamentmisbruk, og 221 stort narkotikamisbruk. Mange av pasientene som hadde stort rusmiddelmisbruk på ett felt hadde det imidlertid også på et annet. Følgende kombinasjoner av stort rusmiddelmisbruk var til stede:

115 pasienter hadde stort alkoholmisbruk alene, 57 hadde stort medikamentmisbruk alene og 89 hadde stort narkotikamisbruk alene. Til sammen 65 pasienter hadde kombinasjon av stort misbruk av to typer rusmidler, og 43 pasienter hadde stort misbruk av alle de tre gruppene rusmidler.

Det var registrert at i alt 146 pasienter (4 prosent) brukte heroin/opiater, og av disse var 109 ved sykehus og 37 ved DPS-er eller psykiatriske sykehjem.

5.4 Spiseforstyrrelser

I et eget spørsmål ble behandlerne bedt om å krysse av om pasienten hadde betydelige spiseforstyrrelser; henholdsvis anorexi og bulimi.

Disse resultatene lar seg ikke sammenholde med resultatene fra forrige registrering i 1999, fordi spiseforstyrrelser den gang ble forsøkt fanget opp gjennom viktigste bidiagnose (for å fange opp komorbiditet på en klinisk entydig måte). På grunn av stor andel ubesvart, fikk vi den gang ikke fyldestgjørende data om omfanget av spiseforstyrrelser blant døgnpasientene i psykisk helsevern. Vi sammenholder derfor resultatene fra registreringen i 2003 med tallmaterialet fra pasientregistreringen i 1994. Ordlyden i spørsmålet ved de to registreringene var likelydende.

Antallet pasienter med anoreksi var i alt 136 (4 prosent) ved alle institusjoner samlet, og andelen var litt lavere ved DPS-er og sykehjem enn ved sykehus. I alt 108 pasienter (3 prosent) hadde bulimi, og også her var andelen var litt lavere ved DPS-er og sykehjem enn ved sykehus.

Både for anoreksi og bulimi var det nesten ti ganger så mange kvinner som menn som hadde slike spiseforstyrrelser i betydelig grad. Mer en halvparten av pasientene med betydelige spiseforstyrrelser var 18-29 år, og hyppigheten avtok deretter med økende alder. Det var særlig ved schizofreni, affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser at betydelige spiseforstyrrelser var registrert som en samtidig psykisk lidelse.

Begge typer spiseforstyrrelser var hyppigst blant kvinner, blant pasienter i alderen 20-29 år, og med diagnosene atferdssyndromer og personlighetsforstyrrelser, der over halvparten av pasientene ble oppført å ha spiseforstyrrelser.

Andelen av døgnpasientene som har betydelige spiseforstyrrelser har økt noe i tiårsperioden fra 1994.

6 Nåværende behandlingssituasjon

I dette kapitlet belyses forhold vedrørende den aktuelle behandlingssituasjonen på registreringstidspunktet: hvorvidt pasienten er førstegangsinnlagt i psykiatrisk døgninstitusjon, varighet av nåværende opphold og somatisk pleiebehov.

Tabell 6.1 Andel førstegangsinnleggelse. Pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Andel førstegangsinnleggelse	17	17	26	21	7	13
Totalt antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829
Ubesvart	102	76	52	56	173	20

Som det fremgår, er andel førstegangsinnleggelse praktisk talt uendret ved begge institusjonstyper. 83 prosent av pasientene hadde ett eller flere opphold i psykiatriske institusjoner bak seg. Ved sykehusavdelingene er omlag 1/5 av pasientene førstegangsinnleggelse. Ved institusjoner utenfor sykehus er andelen førstegangsinnleggelse nesten fordoblet de siste fire år, fra sju til 13 prosent.

6.1 Varighet av aktuelle opphold

Varigheten av det aktuelle oppholdet på registreringstidspunktet endret seg lite i første del av 1980-tallet, verken for pasientene ved sykehusavdelinger eller i andre døgninstitusjoner. Nedbyggingen av institusjonene syntes da ikke å ha gitt som resultat at oppholdstiden var blitt nevneverdig redusert.

I perioden 1984 til 1994 var imidlertid tendensen at pasientene gjennomgående hadde betydelig kortere opphold bak seg. Tabell 6.2 viser utviklingen i oppholdstid i siste fireårsperiode.

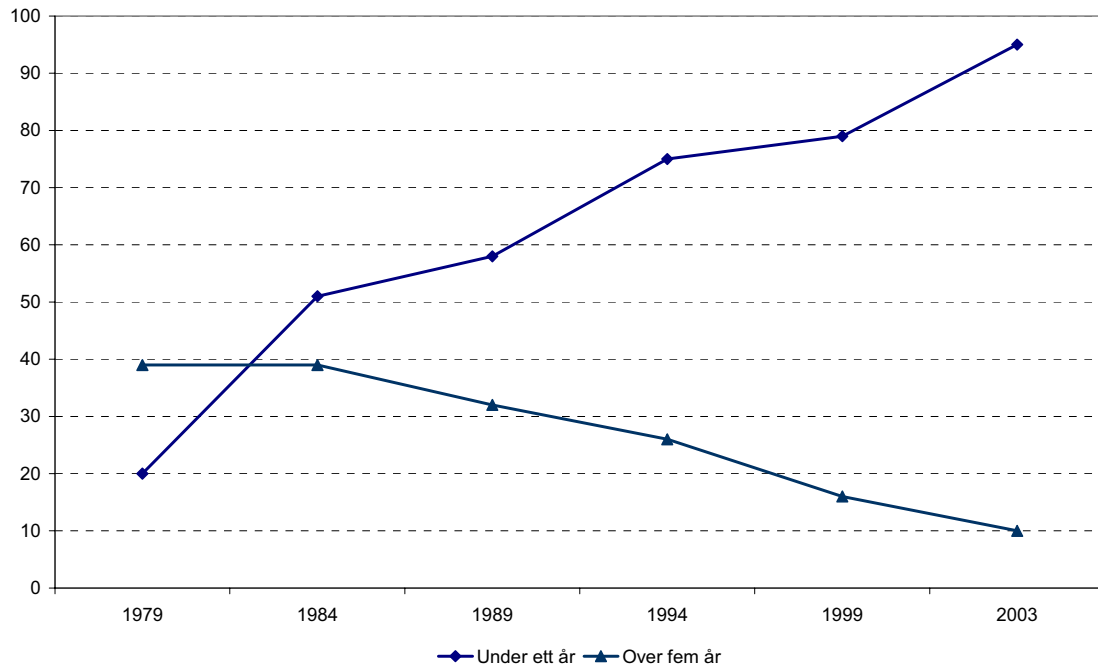
Tabell 6.2 Varighet av aktuelle opphold for pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003 (fram til registreringstidspunktene). Prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
0-1 uke	11	13	15	15	7	12
1-2 uker	7	8	9	9	5	7
2-3 uker	5	6	7	7	3	6
3-4 uker	5	5	6	5	3	4
1-2 mnd	12	16	16	18	7	13
2-6 mnd	14	15	17	17	10	11
6-12 mnd	11	12	9	12	12	12
1-2 år	8	8	7	6	10	9
2-5 år	12	8	8	5	16	11
5-10 år	9	5	5	3	15	8
10-20 år	6	4	2	2	10	6
20 år +	1	1	1	1	2	2
Antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829
Ubesvart	312	392	180	270	132	122

Ved sykehusavdelingene er andelen pasienter med mer enn to års sammenhengende oppholdstid betydelig redusert, mens andelen korttidspasienter (oppholdstid under en måned) nærmest er uendret. Endringene i pasientsirkulasjon ved sykehusavdelingene vedrører altså hovedsakelig langtidspasientene.

Det har funnet sted større endringer i pasientsirkulasjon ved døgninstitusjoner utenfor sykehus, der andelen korttidspasienter (0-2 mnd) er nær fordoblet, til 42 prosent av pasientene. Samtidig er andelen pasienter med oppholdstid over ett år redusert fra omlag halvparten til 1/3 av pasientene. Det har altså funnet sted en betydelig endring i pasientsirkulasjonen ved disse institusjonene i løpet av femårsperioden de fire første årene i planperioden for Opptrappingsplanen. Det er særlig de lengste oppholdene det har blitt relativt færre av, se figur 6.1.

Figur 6.1 viser hvordan andelen pasienter ved psykiatriske sykehusavdelinger med oppholdstider på henholdsvis under ett, og over fem år har endret seg i perioden 1979-2003.



Figur 6.1 Prosentandel av pasientene ved psykiatriske sykehusavdelinger med oppholdstider på henholdsvis under ett, og over fem år. 1979-2003.

6.2 Somatisk pleiebehov i psykiatriske institusjoner

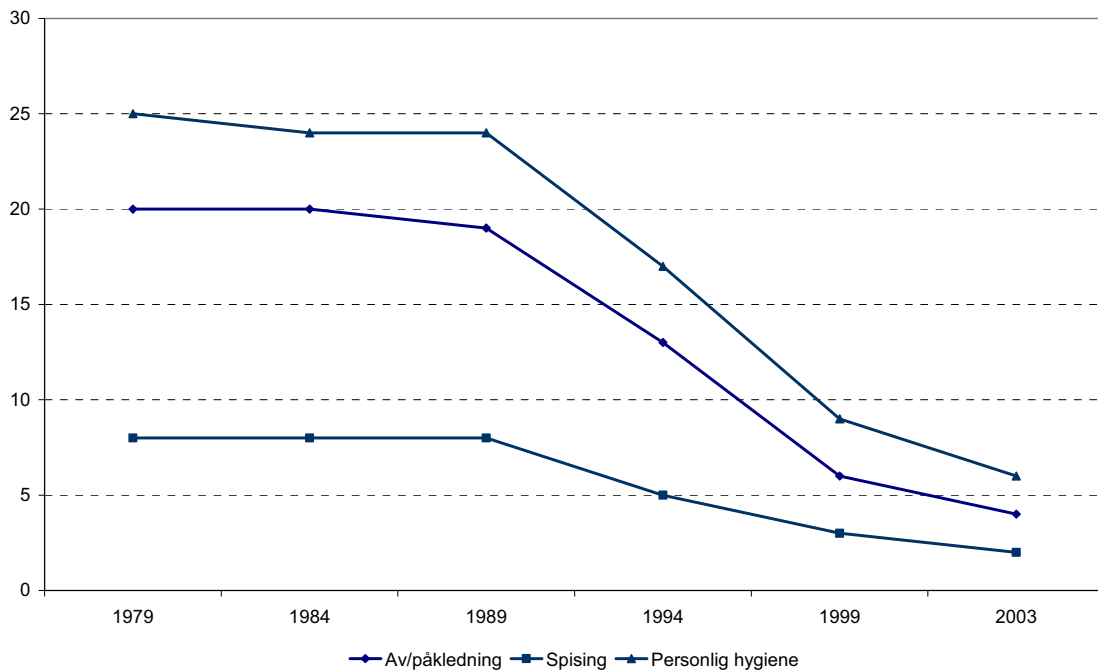
Ved registreringen av pasientenes behov for fysisk hjelp under oppholdet i institusjonen, ble «trenger noe hjelp» definert som tilstander der pasienten klarer det meste selv, men der personalet må føre spesielt tilsyn eller tre noe praktisk støttende til.

Tabell 6.3 Behov for hjelp hos pasienter i psykiatriske institusjoner 1999 og 2003. Prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Av og påkledning						
Trenger ikke hjelp	83	88	87	88	78	89
Trenger noe hjelp	11	8	9	8	13	8
Helt avhengig av hjelp	6	4	4	5	9	3
Spising						
Trenger ikke hjelp	85	86	87	85	83	87
Trenger noe hjelp	12	12	11	13	14	11
Helt avhengig av hjelp	3	2	2	3	3	2
Personlig hygiene						
Trenger ikke hjelp	63	70	74	73	53	67
Trenger noe hjelp	26	24	20	21	34	28
Helt avhengig av hjelp	9	6	6	7	13	5
Totalt antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829

Behovet for fysisk pleie er som ventet høyest ved døgninstitusjoner utenfor sykehus, men også ved sykehusavdelingene er det en relativt stor andel som trenger hjelp; 30 prosent trenger her hjelp til personlig hygiene, 12 prosent til av/ påkledning, og 14 prosent til spising.

I perioden fra 1979 til 1989 var det en påfallende stabilitet med hensyn til pasientenes hjelpebehov. Selv om pasienttallet ved psykiatriske sykehus da gikk ned med over 40 prosent, var den relative andelen som trengte hjelp på de ulike områder praktisk talt uendret. Dette mønsteret endret seg i løpet av 1990-tallet, da andelen pasienter som hadde fysiske hjelpebehov ble redusert ved begge institusjonstyper. Som det fremgår av figuren under, er behovet for somatisk hjelp vesentlig redusert i løpet av de siste 15 årene.



Figur 6.2 Somatisk pleiebehov blant pasienter i psykiatriske institusjoner 1979-1999. Prosentandel av pasientene som er helt avhengig av daglig hjelp.

Det er imidlertid fremdeles et betydelig somatisk pleiebehov i de psykiatriske institusjonene. Totalt har 1 205 pasienter (29 prosent) behov for hjelp, hvorav 264 pasienter er helt avhengig av hjelp på minst ett av områdene. Tabell 6.4 viser antall og prosentandel pasienter med litt eller mye pleiebehov på minst ett av områdene.

Tabell 6.4 Antall og prosentandel av pasientene som har behov for hjelp til personlig stell på minst ett av de tre områdene etter kjønn, alder, diagnose, oppholdets varighet. Og ønsket døgntilbud. Gjennomsnitt alle pasienter: 29 prosent.

	Totalt antall pasienter med pleiebehov på minst ett av områdene	Prosentandel av samtlige pasienter i vedkommende kategori
Kjønn		
Mann	585	29
Kvinne	619	29
Alder		
18-29 år	181	17
30-39 år	177	20
40-49 år	218	26
50-59 år	195	33
60-69 år	159	51
70-79 år	147	57
80 år og eldre	118	76

	Totalt antall pasienter med pleiebehov på minst ett av områdene	Prosentandel av samtlige pasienter i vedkommende kategori
Diagnose		
Organiske lidelser	59	84
Alkohol/stoff/med.-misbruk	36	20
Schizofreni	681	37
Affektive lidelser	187	20
Nevrotiske lidelser	28	9
Atferdssyndromer	23	35
Personlighetsforstyrrelser	41	14
Andre diagnoser	104	46
Mangler diagnose	46	17
Oppholdets varighet		
Under en måned	254	21
1-12 måneder	380	24
Over ett år	480	49

Behov for hjelp til personlig stell er like hyppig blant de to kjønn, og stiger lineært med alderen. Blant pasienter 80 år og eldre har tre av fire pasienter behov for hjelp på minst ett av områdene. Målt i antall er det pasienter med schizofrenidiagnoser som oftest trenger hjelp til personlig stell. I prosent er det pasienter med organiske psykoser, schizofrenier og atferdssyndromer som hyppigst har slike behov. Det er også en markert sammenheng mellom oppholdets varighet og somatisk pleiebehov, idet pasienter med mer enn ett års sammenhengende oppholdstid bak seg har slike behov mer enn dobbelt så hyppig som pasienter som har vært innlagt under en måned.

Av pasienter med behov for hjelp til personlig stell på minst ett av de tre områdene vurderer behandlerne det slik at 20 prosent har behov for døgnplass på sykehus, 19 prosent ved DPS og 14 prosent ved psykiatrisk sykehjem. Blant de resterende som kan klare seg med kommunale omsorg, vurderes 9 prosent å trenge kommunalt syke/aldershjem og 22 prosent omsorgsbolig med døgnbemanning.

7 Lovanvendelse

7.1 Innledning

I Helsedepartementets styringsdokumenter for de regionale helseforetakene heter det at tvangsbruken innen psykisk helsevern skal reduseres. Det enkelte regionale helseforetak oppfordres til å etablere systemer for å dokumentere omfanget av tvangsinnleggelse, og etablere strategier for økt frivillighet. Det er også bebudet en handlingsplan i forhold til tvang fra nasjonale helsemyndigheter.

I dette kapitlet beskrives omfanget av tvang ved henvisning, – endring fra henvisning til spesialistvedtak, omfang av tvang på registreringstidspunktet, bruk av tilleggskriterier ved tvungent psykisk helsevern, samt omfang av tvangsbehandling.

Vi forutsetter Psykisk helsevernloven og de prosedyrer og paragrafer denne omtaler som kjent. Lesere som ikke kjenner dette henvises til loven og forskriftene, og andre kilder som forklarer disse.

7.2 Henvisningsformalitet

65 prosent av døgnpasientene innlagt 20 november 2003 ble henvist til institusjonen på frivillig grunnlag, se tabell 7.1. Henvisning til tvungen observasjon/undersøkelse skjer i all hovedsak til sykehusavdelinger.

Tabell 7.1 Henvisningsformalitet ved innleggelse. Antall og prosent.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	2 661	65	1 230	53	1 431	80
Tvungen observasjon/u.s	342	8	302	13	40	2
Tvungent psykisk helsevern	1 107	27	780	34	327	18
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	4 200		2 371		1 829	
Ubesvart	90		59		31	

Tabell 7.2 viser lovanvendelse etter henholdsvis henvisningsformalitet og spesialistvedtak (innen 24 timer) ved mottakende institusjon. "Andre døgninstitusjoner" er her delt opp i kategoriene "DPS" og sykehjem". Ved DPS-er er andelen henvisninger på frivillig grunnlag 83 prosent, – til tvungen observasjon/undersøkelse to

prosent, og til tvungent psykisk helsevern 14 prosent. Det er altså stor forskjell mellom sykehus og DPS-er når det gjelder henvisningsformalitet ved innleggelse.

7.3 Henvisningsformalitet og spesialistvedtak

Tabell 7.2 Lovanvendelse ved henvisning og spesialistvedtak ved innleggelse. 2003 etter institusjonstype. Prosent.

Henvisningsformalitet ("ved henvisning") og spesialistvedtak	Alle institusjoner	Psykiatrisk sykehusavd.	DPS	Sykehjem
Frivillig				
Ved henvisning	65	53	83	66
Spesialistvedtak	66	55	84	67
Tvungen observasjon/undersøkelse				
Ved henvisning	8	13	2	1
Spesialistvedtak	6	9	2	2
Tvungent psykisk helsevern				
Ved henvisning	27	34	14	33
Spesialistvedtak	26	33	14	31
Annet ¹⁾				
Spesialistvedtak	2	3	0	0
Antall	4 200	2 371	1 440	389

¹ Dømt til psykisk helsevern, og "Annen lovhjemmel"

Som det fremgår, er bruk av tvungent psykisk helsevern - både ved henvisning og spesialistvedtak - hyppigst ved sykehusavdelinger og sykehjem, og langt sjeldnere ved DPS-er.

Tabell 7.3 viser forskjell i lovanvendelse fra spesialistvedtak ved innleggelse og nåværende status, altså endring i lovhjemmel etter at pasienten ble innlagt.

7.4 Spesialistvedtak og nåværende status

Tabell 7.3 Spesialistvedtak ved innleggelse og nåværende status. 1999 og 2003 etter institusjonstype. Prosent.

Lovhjemmel ved innleggelse og nåværende status	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavdelinger		Andre døgninstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Frivillig						
Ved innleggelse	57	66	46	55	70	81
På registreringsdagen	67	76	56	64	79	90
Tvungen undersøkelse						
Ved innleggelse	8	6	15	9	0	2
På registreringsdagen	2	1	4	2	0	1
Tvungent PH						
Ved innleggelse	35	26	39	33	30	18
På registreringsdagen	31	22	39	31	21	10
Annet ¹						
Ved innleggelse		2		3		0
På registreringsdagen		2		3		0
Antall	5 084	4 200	2 763	2 371	2 321	1 829

¹⁾ Dømt til psykisk helsevern, og "Annen lovhemmel"

Bruk av tvungent psykisk helsevern er redusert betydelig i løpet av de første fire år av planperioden; fra 35 prosent til 26 prosent ved innleggelse, og fra 31 til 22 prosent nåværende status.

Hva karakteriserer pasienter som tilbakeholdes under tvungent psykisk helsevern?

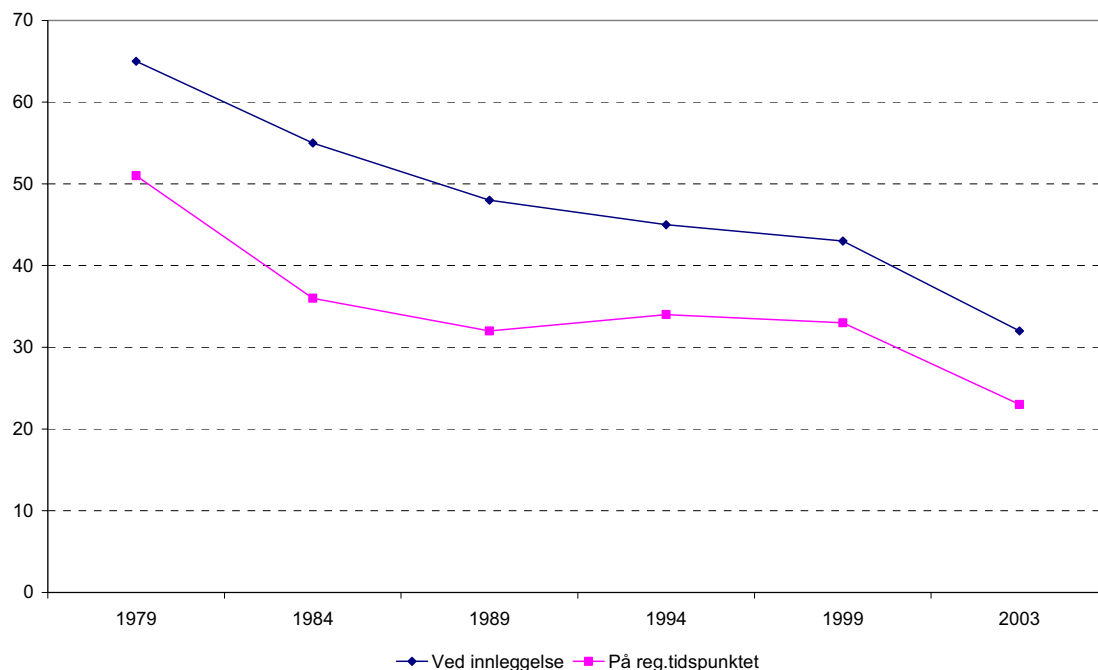
Tabell 7.4 viser hva som kjennetegner de som tilbakeholdes under tvungent psykisk helsevern. Tvangsparagrafer er relativt hyppigst anvendt blant menn. Aldersmessig er det oftest pasienter i de yngre aldersgrupper (alderen 20–40 år) som innlegges og tilbakeholdes under tvang. Det er store forskjeller mellom de ulike diagnosegruppene, varierende fra nevrotiske lidelser, der fem prosent av pasientene tilbakeholdes under tvang, til schizofrenier, der dette er tilfelle for 36 prosent av pasientene. Bruk av tvang øker markert med lengden på oppholdet, pasienter med over ett års oppholdstid er dobbelt så ofte innlagt, og nesten dobbelt så ofte tilbakeholdt under tvang som pasienter med under en måneds opphold.

Tabell 7.4 Andel av pasientene som henholdsvis er innlagt og tilbakeholdes under tvang etter kjønn, alder, diagnose og oppholdets varighet. Gjennomsnitt innlagt under tvang¹⁾: 32 prosent, tilbakeholdt under tvang¹⁾: 23 prosent.

	Totalt antall pasienter	Andel pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern ¹⁾	Andel pasienter tilbakeholdt under tvungent psykisk helsevern ¹⁾
Kjønn			
Mann	2 040	36	26
Kvinne	2 160	28	19
Alder			
0–17 år	15	33	20
18–29 år	1 048	35	25
30–39 år	909	35	28
40–49 år	853	32	22
50–59 år	592	31	22
60–69 år	314	32	20
70–79 år	259	22	10
80 år og eldre	156	20	14
Diagnose			
Organiske lidelser	70	33	23
Alkohol/stoff/med.misbruk	184	26	16
Schizofreni	1 843	47	36
Affektive lidelser	958	17	10
Nevrotiske lidelser	302	7	5
Atferdssyndromer	65	8	6
Personlighetsforstyrrelser	286	20	12
Andre diagnoser	225	28	21
Mangler diagnose	267	29	15
Oppholdets varighet			
Under en måned	1 237	22	17
1–12 måneder	1 586	31	24
Over ett år	985	45	27

1) Omfatter pasienter innlagt/tilbakeholdt til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern.

39 pasienter er dømt til psykisk helsevern. Av disse er 38 menn, hovedsakelig i 30-årene, med schizofreni-diagnoser (29 pasienter) og med relativt lang sammenhengende oppholdstid bak seg (22 har vært innlagt over ett år).



Figur 7.1 Andel pasienter innlagt og tilbakeholdt under tvang. Døgnpasienter i psykisk helsevern, 1979–2003. Prosent.

Tabell 7.5 viser nåværende status, fordelt etter spesialistvedtak ved innleggelse.

Tabell 7.5 Nåværende status etter spesialistvedtak ved innleggelse. Antall og prosent.

Nåværende status	Spesialistvedtak ved innleggelse							
	Innlagt frivillig		Tvungen undersøkelse		Tvungent psykisk helsevern		Annen lovhjemmel	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	2 721	100	99	43	245	24	5	9
Tvungen undersøkelse	0	0	48	21	1	0	0	0
Tvungent PH	0	0	82	36	783	75	5	9
Annen lovhjemmel	0	0	2	1	13	1	45	82
Totalt	2 730	100	239	100	1 087	100	57	100
Ubesvart	9		8		45		82	

Alle som ble innlagt frivillig hadde slik status på registreringstidspunktet, slik loven tilsier. Blant dem som ble innlagt til tvungen undersøkelse var nær halvparten overført til frivillig opphold på registreringstidspunktet, mens en av tre var overført til tvungent psykisk helsevern. Blant pasientene som ble innlagt under tvungent psykisk helsevern var ¼ overført til frivillighet.

7.5 Tilleggskriterier

Foruten "alvorlig sinnslidelse" må minst ett tilleggskriterium foreligge for at pasienten skal kunne innlegges eller tilbakeholdes uten eget samtykke i institusjon. Tabell 7.6 viser hvilke kriterier som ble registrert blant pasienter som var innlagt under tvungent helsevern 20 november 2003. I psykisk helsevernloven av 1999 fjernet man overlastkriteriet, og sto dermed igjen med to tilleggskriterier. Bruk av overlastkriteriet gjelder derved kun pasienter som ble innlagt ved institusjon før 2001.

Tabell 7.6 Tilleggskriterier ved bruk av tvungent psykisk helsevern. 2003. Antall og prosent.

Lovhjemmel	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgningstitusjoner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Fare for seg selv/andre	488	31	368	34	120	26
– Herav farlig for andre	139		123		16	
Utsikt til helbredelse/bedring forspilles	788	51	582	53	206	45
Pasienten vil lide overlast ¹	274	18	146	13	128	28
Antall kriterier	1 550		1 096		454	
Antall pasienter under tvungent psykisk helsevern	1 087		772		315	
Antall kriterier per pasient	1,43		1,42		1,44	

¹⁾Gjelder pasienter innlagt før 2001

I gjennomsnitt ble det anført 1.43 tilleggskriterier per pasient som var innlagt under tvungent helsevern. Prosentene i tabellen over er basert på hvor mange ganger hvert kriterium forekommer, og ikke på antall pasienter.

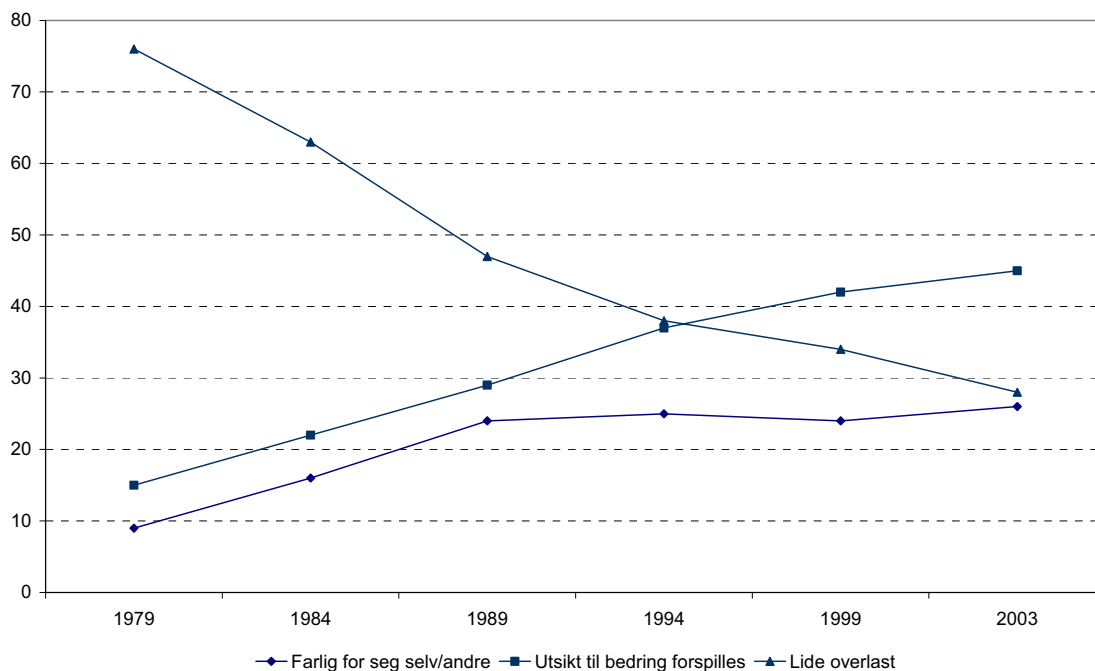
Tabell 7.7 viser hvordan bruken av tilleggskriterier har endret seg de siste fire år.

Tabell 7.7 Tilleggskriterier ved bruk av tvungent psykisk helsevern. 1999 og 2003. Prosent.

Lovhjemmel	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgningstitusjoner	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Fare for seg selv/andre	24	31	26	34	18	26
Utsikt til helbredelse/bedring forspilles	42	51	46	53	36	45
Pasienten vil lide overlast	34	18	28	13	47	28

Det vanskelig definerbare kriteriet «utsikt til helbredelse/vesentlig bedring forspilles» anvendes stadig hyppigere; fra å gjelde 15 prosent av tilleggskriteriene i 1979, til 37 prosent i 1994, 42 prosent i 1999, og halvparten av tilfellene i 2003.

At pasienten er farlig for seg selv eller andre ble anvendt i 1/3 av tilfellene. Dette er relativt hyppigere enn ved tidligere pasientregistreringer. Av disse ble 139 pasienter (13 prosent av samtlige som ble innlagt under tvungent psykisk helsevern) ansett som farlige for andre.



Figur 7.2 Bruk av tilleggskriterier. Pasienter i psykiatriske døgninstitusjoner 1979–2003. Prosent.

Det har altså skjedd markerte holdningsendringer blant psykiaterne de siste 24 årene når det gjelder vurderingen av hva som er årsaken til at «alvorlig sinnslidende» ikke kan eller bør skrives ut av institusjonen. Det kan stilles spørsmål ved berettigelsen av tilleggskriteriet «utskrivning vil forspille utsikten til helbredelse eller vesentlig bedring» i tilfeller der pasienten har vært innlagt sammenhengende over mange år. Utsikten til «helbredelse» er jo da åpenbart heller ikke særlig høy ved ufrivillig tilbakeholdelse i institusjon.

Hvem karakteriseres som farlig for andre?

139 pasienter er innlagt under tvang, med tilleggskriteriet "farlig for seg selv eller andre", og dessuten i eget spørsmål angitt å være farlig for andre. Dette utgjør 3,3 prosent av samtlige pasienter, eller sagt på en annen måte, 96,7 prosent av pasientene i døgninstitusjonene anses ikke å være farlige for andre. Den relativt lille gruppen av særlig vanskelige eller farlige pasienter utgjør imidlertid et betydelig problem og krever store ressurser, både faglig og økonomisk. Ikke uventet er det hovedsakelig menn (104 pasienter), særlig i alderen 30–50 år (83 pasienter) med schizofreni-diagnoser (107 pasienter) som anses som farlige for andre. 56 av de 139 som anses som farlige for andre har alle disse karakteristika. 87 (63 prosent) av pasientene vurdert som farlige for andre er mannlige schizofrene. Flertallet har vært innlagt over ett år. 40 prosent er bosatt, og innlagt, i helseregion Øst.

7.6 Bruk av tvangsmidler siste tre måneder

Lovgrunnlag og definisjoner

Psykisk helsevernloven viderefører den tidligere lovens tre former for tvangsmiddelbruk uten vesentlige endringer; mekaniske tvangsmidler (herunder belter og remmer), kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede; isolering² samt enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt; korttidsvirkende legemidler.

Tvangsmidler kan, når vilkårene for slik bruk er oppfylt, benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og overfor pasienter som er tvangsinnlagt. I §2 i forskrift om bruk av tvangsmidler av 24. november 2000 heter det at tvangsmidler bare kan anvendes i institusjoner godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold. Kravet er likevel ikke absolutt, videre i samme paragraf heter det at i akuttssituasjoner kan tvangsmidler anvendes også i andre institusjoner, men det skal "straks vurderes om pasienten bør ha opphold i institusjon som nevnt i første ledd". Overflytting er særlig aktuelt ved gjentakelse. Vilårene for å bruke tvangsmidler er strenge, omtrent svarende til at det foreligger en nødrettssituasjon. Det skal føres protokoll over bruk av tvangsmidler, denne skal også legges fram for kontrollkommisjonene.

Tabell 7.8 Bruk av tvangsmidler siste 3 måneder.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mekaniske tvangsmidler	129	3	111	5	18	1
Isolasjon	122	3	107	5	15	1
Korttidsvirkende legemidler	140	3	110	5	30	2
Antall pasienter	4 200		2 371		1 829	

Tabell 7.9 viser bruk av tvangsmidler avhengig av hvilken lovhjemmel som ble anvendt ved pasientens innleggelse (spesialistvedtaket).

² Nytt i forhold til tidligere lovverk er at også skjerming skal reguleres (§4.3). I gjennomgangen av lovteksten slås det i Ot prp nr 11 (1998-99) fast at skjerming ikke er et tvangsmiddel. Samtidig viser en del av høringsuttalelsene og Departementets egen drøfting at det er elementer av tvang i dette tiltaket, og skjermingstiltak over 48 timers varighet skal derfor vedtaksfestes, samt at det skal gies klageadgang for slike vedtak på lik linje med bruk av tvangsmidler. Det er videre anledning til å begrense adgangen til forbindelse med omverden i inntil 14 dager, med unntak av en del navngitt instanser, særlig offentlige. Det er også anledning til å iverksette undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsundersøkelse. Etter nærmere regler kan gjenstander funnet slik også beslaglegges.

Tabell 7.9 Antall og prosentandel av pasientene som det har blitt anvendt tvangsmidler på siste tre måneder før registreringstidspunktet etter lovanvendelse ved innleggelse.

	Frivillig innleggelse		Tvungen undersøkelse		Tvungent psykisk helsevern		Annen lovhemmet		Ubesvart	Totalt
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent		
Mekaniske tvangsmidler	17	0,6	19	8	90	8	2	4	1	128
Isolasjon	16	0,6	12	5	93	9	0	0	1	121
Korttidsvirkende legemidler	22	0,8	18	7	96	9	3	5	1	139
Antall pasienter	2 730		239		1 087		57		87	

7.7 Vedtak om tvangsbehandling siste tre måneder

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstand og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår vesentlig forverring av sykdommen.

Tabell 7.10 Vedtak om tvangsbehandling siste 3 måneder.

	Alle institusjoner		Psykiatriske sykehusavd		Andre døgninstitusjoner	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Legemiddelbehandling	218	20	159	21	59	20
Annen behandling	78	7	66	9	12	4
Antall	1 087		772		315	

8 Ønskelig bosted og behandlingssted

8.1 Innledning og problemstillinger

I dette kapitlet presenteres behandlernes vurderinger med hensyn til hvilket tilbud hver enkelt pasient burde hatt på registreringstidspunktet. Derved gis et anslag over det samlede behov blant de registrerte pasientene basert på kjennskap til behovet hos hver enkelt pasient.

For hver enkelt pasient ble det avkrysset hva behandlerne anså som ønskelig bo/behandlingssted på registreringstidspunktet. Forskjell mellom faktisk og ønskelig plassering tyder på at pasienten er vurdert til å trenge et annet bo/ behandlings-tilbud enn vedkommende faktisk har. Samlet kan dette gi en pekepinn på hvilke tilbud man burde prioritere for pasienter som nå er innlagt ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern for voksne. Dette kan være et uttrykk for hvilke bo/behandlingssteder det er mangel på, men dette må tolkes med forsiktighet. Denne undersøkelsen inneholder jo ikke noen registrering av om pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester som vurderes å ha behov for tilbud innen psykisk helsevern for voksne. En tilsvarende undersøkelse der ville kunne vise at mange pasienter med kommunale tilbud burde hatt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

De tidligere pasientregistreringene av samme type som denne har vist at en stor andel av pasientene i følge behandlernes vurdering burde hatt et annet bo/behandlings-tilbud.

Behandlernes vurdering av hvilket tilbud som hadde vært ønskelig for pasienten, må nødvendigvis representere en god del usikkerhet. Vurderingen vil være farget av behandlernes faglige holdninger og erfaringsbakgrunn. Personalet som har foretatt vurderingen har stort sett sin erfaring fra institusjoner. Noen vurderinger ville antagelig ha vært annerledes om pasientene hadde blitt vurdert av personale som arbeider i kommunale tjenester og ser hvordan mange med alvorlige psykiske lidelser klarer seg der. Hva som er ønskelig behandling og pleie er uansett gjenstand for diskusjon, og holdningene til dette spørsmålet er i rask endring. Det finnes intet objektivt riktig svar på hva som egentlig er ønskelig.

Tallmaterialet har vært gjenstand for "konservativ" bearbeiding. Med dette menes at der ønsket bo/behandlingssted ikke er angitt, eller det er oppført flere alternativer, er ønsket bo/behandlingssted satt lik den faktiske. Antall og andel pasienter som burde hatt et annet tilbud er derfor heller under- enn overestimert.

Fordi vi må anta at behandlernes vurderinger av ønsket plassering for den enkelte pasient ville ha blitt fulgt opp i praksis dersom det var mulig, må vi anta at differansen mellom faktisk og ønskelig tilbud skyldes at det ønskelige tilbudet ikke er tilgjengelig.

Et spørsmål av stor betydning for tolkning og forståelse av andel pasienter som burde hatt et annet tilbud, er hvilket nivå som ville være ønskelig eller akseptabelt.

Det er flere mulige årsaker til at en pasient ikke vurderes til å være på ønskelig plass i behandlingsskjeden:

Pasienten er innlagt på en institusjon eller avdeling som ikke er det mest ønskelige tilbudet, men som var det som var tilgjengelig eller mulig.

Pasienten ble innlagt på en avdeling som var ønskelig i forhold til pasientens tilstand ved innleggelsen, men at tilstanden nylig har endret seg og at det forberedes overføring til et annet tilbud.

Pasienten har lenge har vært klar for overflytting eller overføring til annet tilbud, og at pasienten har ventet på dette i urimelig lang tid.

Det er ikke realistisk eller ønskelig at ingen pasienter (null prosent) på et gitt tidspunkt skal ha behov for et annet tilbud enn det de har. Selv der en ønskelig plass kan skaffes raskt, er det ofte også et ønske hos pasienten å kunne innstille seg på en slik endring og ikke føle at en plutselig kastes ut. Forutsigbarhet bidrar til trygghet og bedre overføringsprosesser.

Det at en pasient etter behandlernes vurdering heller skulle hatt et annet tilbud, betyr ikke at det tilbudet de har nødvendigvis er dårligere og derfor negativt for pasienten. Siden flertallet av pasienter vurderes til å trenge et tilbud på et lavere omsorgsnivå er det lite trolig at det nåværende tilbudet er til umiddelbar skade for pasienten. Men det kan tenkes at det brukes unødige ressurser.

Pasientens egen vurdering av ønskelig tilbud er ikke nødvendigvis sammenfallende med behandlernes. Det kan være at pasientene i større grad synes at de er på ønskelig sted i behandlingstilbudet enn det behandlerne synes, blant annet fordi de fleste pasientene i følge behandlerne burde hatt et mindre ressurskrevende tilbud. Denne rapporten gir ikke svar på det. Men parallelt med denne undersøkelsen ble det også gjort en undersøkelse av pasientenes preferanser og ønsker. Resultatene fra denne legges fram i en egen rapport, og de kan da sammenlignes med resultatene i denne på gruppenivå. Reglene om personvern og anonymisering i slike undersøkelser gjør at vi ikke kan koble behandlernes og pasientenes vurdering på personnivå, og derfor heller ikke sammenligne vurderingene om den enkelte pasient.

En faktor som kan ligge bak noe av den endringen en ser over tid når det gjelder behandlernes vurdering av hva som er ønskelig tilbud for pasientene, er at behandlernes oppfatninger (måleskalaer) endrer seg over tid, slik at de nå mener at en pasient bør kunne skrives ut, mens de for ti år siden kanskje ville ha vurdert en tilsvarende pasient til fortsatt å trenge døgnplass i institusjon.

I vurderingen av resultatene ville det også være nyttig å kunne sammenligne med andre tilsvarende undersøkelser. Det er ikke gjort mange slike undersøkelser, men ved litteratursøk har vi funnet to undersøkelser i Storbritannia som vi kan sammenligne resultater med. Fulop og medarbeidere (1996) fikk gjennomført en vurdering av 3 710 pasienter i alle akuttpsykiatriske avdelingene i to områder i juni 1994. De fant at 23 prosent av pasientene ble vurdert til å være på et annet sted i behandlingsskjeden enn det som var ønskelig. Bartlett og medarbeidere (1999) gjorde en undersøkelse av 261 pasienter i fem sykehus. Behandlernes vurdering var at 34 prosent av pasientene mottok at annet tilbud enn det som var ønskelig.

8.2 Ønskelig bo/behandlingssted for døgnpasienter i sykehus

Tabellen nedenfor viser hvilken type tilbud behandlerne anså som mest egnet for de 2 371 sykehuspasientene på registreringstidspunktet.

Tabell 8.1 Faktisk og ønsket døgntilbud blant pasienter i sykehusavdelinger 20 november 2003. Antall og prosent.

	Faktisk døgntilbud	Ønskelig døgntilbud	
		Antall	Prosent
Sykehusavdelinger	2 371	1 127	48
DPS		300	13
Psykiatriske sykehjem		70	3
Privat pleie		18	1
Kommunale døgntilbud/egen bolig totalt			
Kommunalt sykehjem/servicesenter		74	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning		189	8
Omsorgsbolig med tilbud på dagtid		59	2
Omsorgsbolig uten tilsyn		7	0
Egen bolig med tilsyn		172	7
Egen bolig uten tilsyn		355	15
Kommunale tilbud/egen bolig totalt		856	36
Totalt	2 371		100

1 244 sykehuspasienter (52 prosent) burde etter behandlernes vurdering ikke vært i sykehusavdeling på registreringstidspunktet, men på et lavere omsorgsnivå. Av disse burde 13 prosent hatt tilbud ved DPS, mens 20 prosent burde hatt ulike typer kommunale døgntilbud, de fleste i omsorgsboliger med døgnbemanning (åtte prosent), eller mulighet for å bo i egen bolig med tilsyn (sju prosent). 15 prosent burde bodd i egen bolig uten tilsyn.

Andel og antall pasienter i sykehusavdelinger som blir vurdert til å kunne klare seg på et lavere omsorgsnivå er betydelig høyere enn ved tidligere pasientregistreringer med samme metodikk. I 1989 og 1994 var andelen sykehuspasienter som burde hatt tilbud utenfor sykehus henholdsvis 22 og 21 prosent. I 1999, ved starten av opptrappingsperioden, burde totalt 30 prosent av sykehuspasientene hatt tilbud utenfor sykehus. Andelen av sykehuspasientene som blir vurdert til å ha behov for et annet tilbud har altså vært økende, med et særlig stort sprang de siste fire år.

Andelen av sykehuspasientene som burde hatt kommunale døgntilbud/egen bolig har økt fra 12 til 36 prosent de siste fire år. Det er særlig kommunale omsorgsboliger med døgnbemanning og mulighet for å bo hjemme som etterspørres av behandlerne på vegne av pasientene. Flertallet av disse pasientene burde også ha ulike former for oppfølgende tilbud (poliklinisk, dagtilbud eller ambulant).

Det kan oppsummeres at sykehusene i større grad enn før ser ut til å ta hånd om pasienter som etter behandlernes vurderinger ville vært mest tjent med døgntilbud på et lavere omsorgsnivå, og med oppfølgende tilbud (poliklinisk, dagtilbud eller ambulant) fra 2.linjen.

At behandlerne anser at en stadig større andel av sykehuspasientene burde hatt andre, alternative tilbud utenfor sykehus står i kontrast til den alminnelige oppfatning at nedbyggingen av sykehusene har gått for langt, og avspeiler trolig at behandlernes preferanser stadig endrer seg med hensyn til hvilke type tilbud pasientene kan klare seg med eller er best tjent med. Dette gjelder særlig døgntilbud i

kommunal regi, eller å gi pasienten mulighet for å bo hjemme og få oppfølgende tilbud av spesialisttjenesten.

Det bør presiseres at resultatene over ikke viser noe om udekket etterspørsel etter sykehustjenester blant individer som ikke allerede var innlagt ved sykehusavdelinger på registreringstidspunktet, eller i befolkningen generelt.

Flertallet av pasientene som befant seg i sykehusavdelinger, men som etter behandlernes vurdering burde hatt andre døgntilbud på registreringstidspunktet, burde også ha hatt oppfølgende tilbud (poliklinisk, dagtilbud eller ambulant) fra psykisk helsevern. Dette gjelder særlig pasienter som etter behandlernes vurdering burde bodd i egen bolig uten tilsyn. Blant disse burde 67 prosent hatt slik oppfølging. Blant pasientene som burde hatt tilbud om omsorgsbolig med døgnbemanning er det betydelig færre som anses å ha behov for oppfølgende tilbud (35 prosent).

8.3 Døgnpasienter ved akuttavdelinger i sykehus

Det ble registrert 564 døgnpasienter ved akuttavdelinger/mottak på registreringstidspunktet 20 november 2003. I henhold til tall fra SSB var det 750 døgnplasser i akuttavdelinger en måned senere (31/12-2003). Dette ville gi en beleggspersent på 75 prosent ved akuttavdelinger. Men som tidligere nevnt, har mange avdelinger overfor oss oppgitt lavere antall døgnplasser i drift enn det som er oppgitt til SSB. Vi antar derfor at praktisk talt samtlige pasienter ved akuttavdelingene er med i pasientregistreringen.

Vi er i denne sammenheng interessert i døgnpasienter ved psykiatriske akuttavdelinger, og ser derfor bort fra de 52 akuttpasientene som befant seg ved DPS-er. Det er således de 512 pasientene ved sykehusenes akuttavdelinger som inngår i analysene.

Tabell 8.2 viser hvilke bo/behandlingssteder behandlerne mente pasientene burde vært ved på registreringstidspunktet.

Tabell 8.2 Behandlernes vurdering av hvor døgnpasienter i akuttavdelinger burde befunnet seg på registreringstidspunktet 20 november 2003. Type institusjon og kommunale døgntilbud. Antall og prosent.

	Antall pasienter	Prosentandel
Sykehus	261	51
DPS	108	21
Psykiatrisk sykehjem	10	2
Kommunale bo- og tilsynstilbud	47	9
Egen bolig uten tilsyn	86	17
Totalt	512	100

Halvparten av pasientene ved akuttavdelingene burde hatt døgntilbud ved psykiatriske sykehusavdelinger, og totalt 75 prosent innen det psykiske helsevern. De øvrige burde enten hatt ulike typer kommunale tilbud (9 prosent), eller egen bolig uten tilsyn (17 prosent).

Tabell 8.3 gir en mer detaljert oversikt over hvilke avdelingstyper og kommunale bo- og tilsynstilbud akuttpasientene burde hatt.

Tabell 8.3 Behandlernes vurdering av hvor døgnpasienter i akuttavdelinger i sykehus (N=512) burde vært på registreringstidspunktet 20 november 2003. Type institusjon, avdeling og type kommunalt tilbud. Antall og prosent.

	Antall pasienter	Prosentandel
Akuttpost	110	22
Korttidspost	14	3
Intermediærpost	43	8
Langtidspost	21	4
Rehabiliteringspost	25	5
Alderspsykiatrisk post	3	0
Annen type post	10	2
Type post ikke spesifisert	35	7
Sykehus totalt	261	51
DPS totalt	108	21
Psykiatrisk sykehjem	10	2
Privat pleie	5	1
Spesialisttjenesten totalt	384	75
Kommunalt bo- og servicetilbud	2	0
Omsorgsbolig med døgnbemanning	12	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	5	1
Omsorgsbolig uten tilsyn	3	1
Egen bolig med tilsyn	20	4
Egen bolig uten tilsyn	86	17
Totalt	512	100

En av fem pasienter ved akuttavdelinger burde vært der på registreringstidspunktet. 3/4 burde hatt døgntilbud innen psykisk helsevern.

Blant de 108 akuttpasientene ved sykehus som burde hatt døgntilbud ved DPS'er er det intermediæravdelinger og rehabiliteringsposter som er mest etterspurte, se tabell 8.4.

Tabell 8.4 Pasienter i akuttavdelinger som burde vært ved DPS'er fordelt etter type avdeling/post som etterspørres.

	Antall	Prosent
Akuttpost	10	9
Korttidspost	12	11
Intermediaærpost	20	19
Langtidspost	13	12
Rehabiliteringspost	20	19
Annen type post	5	5
Ikke angitt	28	26
Totalt	108	100

8.4 Ønskelig bo/behandlingssted blant døgnpasienter ved DPS

Tabell 8.5 Faktisk og ønsket døgntilbud blant døgnpasienter ved DPS. 20 november 2003. Antall og prosent.

	Faktisk døgntilbud	Ønskelig døgntilbud	
		Antall	Prosent
Sykehusavdelinger		27	2
DPS	1 440	711	49
Psykiatriske sykehjem		42	2
Privat pleie		10	1
Kommunale døgntilbud/egen bolig			
Kommunalt sykehjem/servicesenter		37	3
Omsorgsbolig med døgnbemannning		203	14
Omsorgsbolig med tilbud på dagtid		80	6
Omsorgsbolig uten tilsyn		15	1
Egen bolig med tilsyn		142	10
Egen bolig uten tilsyn		173	12
Kommunale tilbud/egen bolig totalt		650	45
Totalt		1 440	100

Blant døgnpasienter ved DPS-er burde omlag halvparten hatt andre døgntilbud, hvorav de fleste (45 prosent) døgntilbud i kommunal regi eller i egen bolig. Behandlerne ved disse behandlingseenhetene anser behandlingsformer som ikke forutsetter døgnoophold i psykisk helsevern som mest egnet for nær halvparten av sine pasienter.

Når behandlerne i så stor utstrekning vurderer at en så stor andel av døgnpasientene ved DPS-ene burde ha tilbud i kommunen, kan det være grunn til å revurdere målene i Opptrappingsplanen når det gjelder døgnplasser i DPS-er og behov for boliger med tilsyn i kommunene.

Flertallet av pasientene som befant seg i DPS-er, men som etter behandlernes vurdering burde hatt andre døgntilbud på registreringstidspunktet, burde hatt oppfølgende tilbud (poliklinisk, dagtilbud eller ambulant) fra 2.linjetjenesten. Dette gjelder særlig pasienter som etter behandlernes vurdering burde ha bodd i egen bolig uten tilsyn. Blant disse burde 69 prosent hatt slik oppfølging. Blant pasientene som burde hatt tilbud om omsorgsbolig med døgnbemanning er det betydelig færre som anses å ha behov for oppfølgende tilbud (26 prosent).

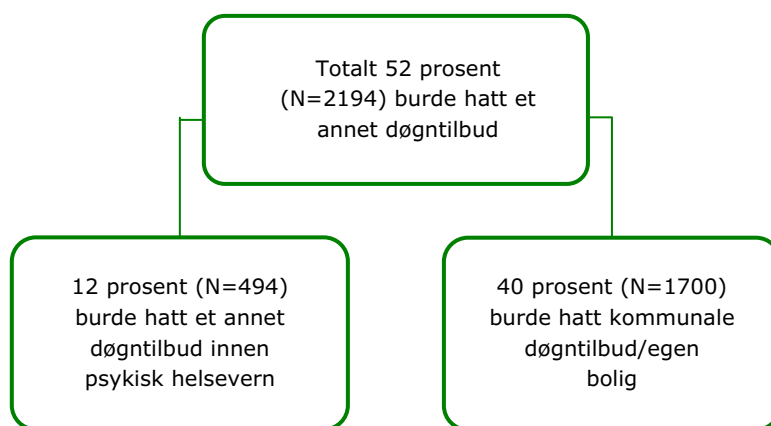
Basert på behandlernes vurderinger er det nærliggende å konkludere med at utbygging av kommunale omsorgsboliger og økt satsing på tilrettelegging av pasientenes mulighet for å bo hjemme, samt økt satsing på poliklinisk, dagtilbud og ambulant virksomhet, er aktuelle alternativer til døgnopphold ved DPS-ene.

Halvparten av de omlag 400 pasientene ved de psykiatriske sykehjem burde hatt kommunale tilbud, hovedsakelig omsorgsbolig med døgnbemanning.

8.5 Ønskelig bo/behandlingssted i psykisk helsevern totalt

Totalt anses over halvparten (52 prosent), altså omlag 2 200 av døgnpasientene å ha behov for et annet tilbud enn de har. Det må her påpekes at vi her ser bort fra eventuelle udekkede behov innad i de ulike institusjonstyper. Det skilles kun mellom type institusjon, dvs sykehus, DPS og sykehjem, samt kommunale døgntilbud/egen bolig.

Som det fremgår av figur 8.1 har omlag 500 pasienter (12 prosent) behov for et annet tilbud innen spesialisttjenesten – hvorav de aller fleste er pasienter i sykehus som burde hatt døgntilbud ved DPS. 1 700 pasienter, altså 40 prosent av samtlige, burde hatt kommunale døgntilbud eller bodd i egen bolig på registreringstidspunktet, Dette er en betydelig større andel enn ved tidligere tilsvarende pasientregistreringer.



Figur 8.1 Antall og andel døgnpasienter i psykiatriske institusjoner totalt som burde hatt andre døgntilbud.

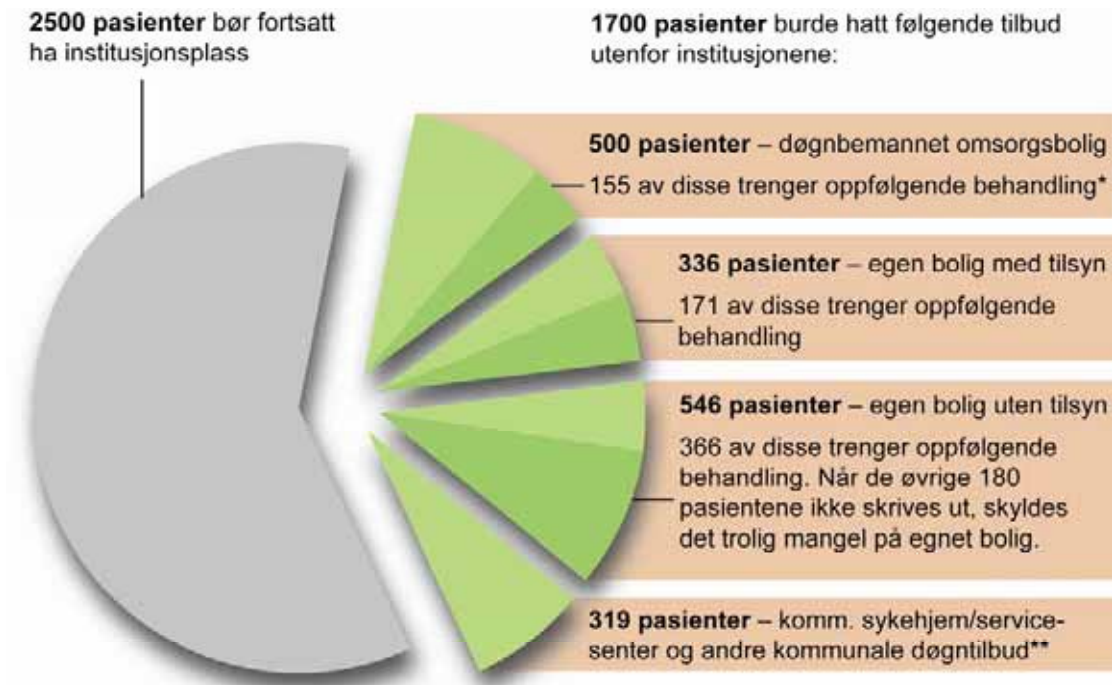
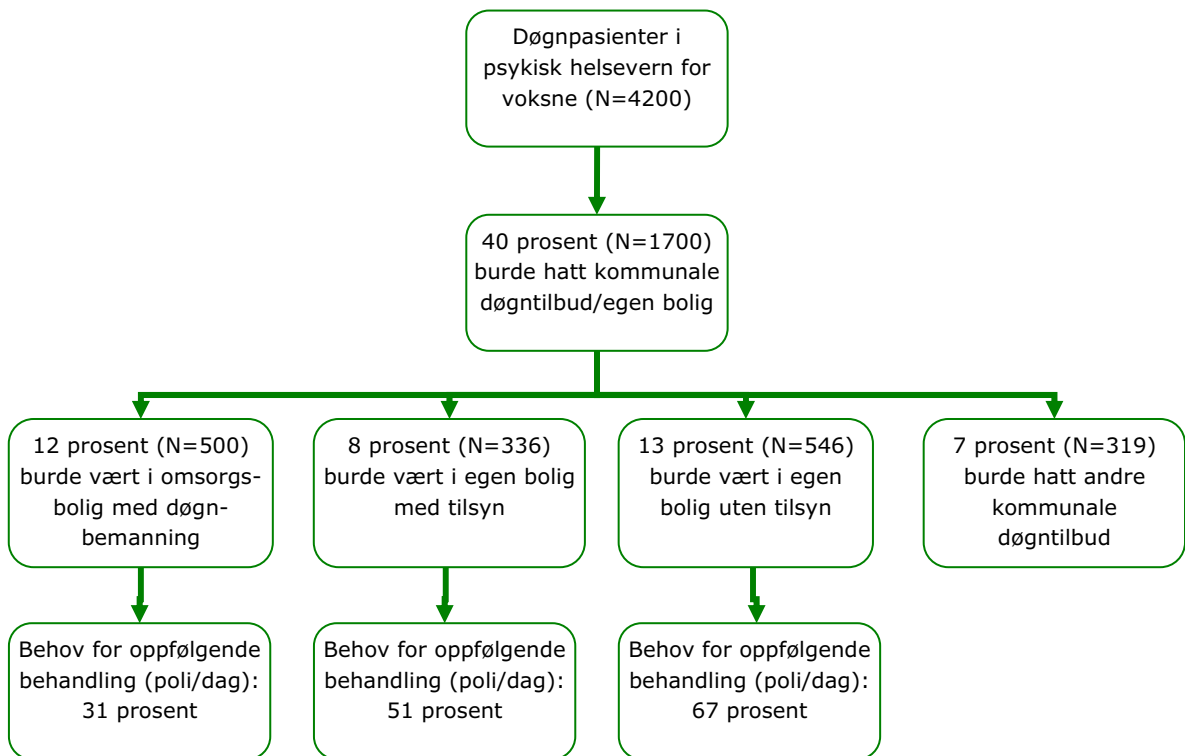
Tabell 8.6, og figur 8.2 gir en detaljert oversikt over hvilke kommunale døgntilbud og oppfølgende behandling de 4200 døgnpasientene burde hatt på registreringstidspunktet.

Tabell 8.6 Faktisk og ønsket døgntilbud blant døgnpasienter i psykisk helsevern. 20 november 2003. Antall og prosent.

	Faktisk døgntilbud	Ønskelig døgntilbud	
		Antall	Prosent
Sykehusavdelinger	2 371	1 156	28
DPS	1 440	1 032	24
Psykiatriske sykehjem	389	280	7
Privat pleie		32	1
Psykisk helsevern totalt	4 200	2 500	60
Kommunale døgntilbud/egen bolig			
Kommunalt sykehjem/servicesenter		131	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning		500	12
Omsorgsbolig med tilbud på dagtid		165	4
Omsorgsbolig uten tilsyn		22	0
Egen bolig med tilsyn		336	8
Egen bolig uten tilsyn		546	13
Kommunale tilbud/egen bolig totalt		1 700	40
Totalt	4 200	4 200	100

Av de 4 200 døgnpasientene i psykisk helsevern på registreringstidspunktet var det omlag 1 200 døgnpasienter i sykehusavdelinger, 400 ved DPS-er og 100 i psykiatriske sykehjem som burde hatt kommunale tilbud, altså totalt 1 700 pasienter som i henhold til behandlerne burde hatt kommunale døgntilbud eller mulighet for å bo i egen bolig.

Figurene 8.2 og 8.3 på neste side illustrerer antall og prosentandel av døgnpasientene som burde hatt de ulike typer kommunale døgntilbud og oppfølgende polikliniske, dagbaserte og ambulante tilbud fra spesialisthelsetjenesten.



* Oppfølgende behandling omfatter poliklinisk behandling, dagbaserte og ambulante tilbud.

** Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid/uten tilsyn.

I kategorien kommunalt sykehjem/servicesenter i kakediagrammet inngår også omsorgsboliger med tilbud på dagtid/uten tilsyn. Disse tilbud etterspørres av totalt 190 pasienter.

Vi gir under en punktvis oversikt over hvilke tilbud som etterspørres av behandlere på vegne av institusjonspasientene.

Kommunalt sykehjem/servicesenter. 130 institusjonspasienter burde hatt dette tilbudet. Av disse befant halvparten seg ved sykehus.

Omsorgsbolig med døgnbemanning. 500 pasienter (12 prosent av døgnpasientene i psykisk helsevern for voksne) burde hatt slikt tilbud, hvorav 200 befant seg ved DPS-er, 190 ved sykehus og de øvrige ved psykiatriske sykehjem.

Omsorgsbolig med tilbud på dagtid. Slike tilbud ble ansett som best egnet for 165 av institusjonspasientene, hvorav halvparten befant seg ved DPS-er, og 60 ved sykehus.

Omsorgsbolig uten tilsyn. Dette tilbudet etterspørres praktisk talt ikke (22 pasienter, hovedsakelig ved DPS).

Egen bolig med tilsyn. 336 pasienter (åtte prosent) burde hatt slikt tilbud, hvorav halvparten befant seg i sykehus, og de øvrige stort sett ved DPS. Det synes som at kommunene ikke klarer å skaffe nok kvalifisert personell, eller at de ikke er kommet langt nok i å planlegge og gjennomføre denne type hjemmebasert omsorg.

Egen bolig uten tilsyn. 546 av institusjonspasientene (13 prosent av samtlige døgnpasienter) burde bodd hjemme uten tilsyn på registreringstidspunktet. 2/3 av disse burde hatt poliklinisk, dagtilbud eller ambulant oppfølging. Det er trolig mangel på slike tilbud som gjør at disse pasientene i stedet er innlagt på døgnbasis i psykisk helsevern.

Det kan oppsummeres at over 1000 døgnpasienter i psykisk helsevern enten burde vært i omsorgsbolig med døgnbemanning (500), eller bodd hjemme med poliklinisk, dagtilbud eller ambulant oppfølging fra spesialisttjenesten. Det er disse tilbud det i størst grad skorter på, sett fra behandlernes side. Det er nærliggende å anta at årsaken dels ligger i kommunal mangel på personell til å bemanne omsorgsboliger og gi tilsyn til pasienter som bor hjemme, samt for liten poliklinisk, dagtilbud og ambulant kapasitet i spesialisttjenesten.

De kommunale tilbud som etterspørres er i utstrakt grad de som planlegges bygd ut i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Prosentandelen av pasientene som i henhold til behandlerne burde hatt kommunale døgntilbud eller bodd hjemme har økt markert i første del av opptrappingsperioden. Også for mange pasienter ved DPS/sykehjem anses kommunale døgntilbud oftere enn før som mest egnet – til tross for den store satsingen denne institusjonstypen har vært gjenstand for.

I alminnelighet kan behandlernes endrede holdninger til institusjonsopphold i forhold til kommunale døgntilbud skyldes flere faktorer:

- Opptrappingsplanen og den debatt den har medført har økt kjennskapen blant behandlerne om alternative kommunale døgntilbud
- Behandlernes alminnelige faglige preferanser endrer seg raskere enn det er mulig å bygge ut alternative kommunale døgntilbud
- Økt tiltro til polikliniske, dagtilbud og ambulante tilbud etter hvert som disse er bygget ut de siste år

- Ansvarsfraskrivelse, dvs at noen pasientgrupper blir kasterbatter mellom første- og annenlinjen.

8.6 Ønskelig tilbud sett i forhold til egenskaper ved pasientene

Det er nærliggende å tenke at egenskaper ved pasientene kan ha betydning for om det er ønskelig med annen plassering når det gjelder bo/behandlingstilbud. Analyser av dette for pasientmaterialet som helhet viser følgende:

Det er ingen forskjell av betydning mellom kvinner og menn.

Ut fra aldersgrupper er det generelt en litt høyere andel med annen ønskelig plassering blant dem som er over femti år enn dem som er yngre, men denne forskjellen er liten.

Det er noe større andel med annen ønskelig plassering blant dem med mindre utdanning enn dem med mer utdanning.

Det er ingen forskjell av betydning ut fra sivilstand.

Det er større andel med annen ønskelig plassering blant dem med uførepensjon eller alderspensjon enn andre, og mindre andel med annen ønskelig plassering blant dem som er i arbeid.

Sett i forhold til hoveddiagnose er det særlig pasienter med organisk hjernelidelse (83 prosent av 58 pasienter) som skulle hatt et tilbud et annet sted. Pasienter med schizofreni eller personlighetsforstyrrelse ligger like over gjennomsnitt, mens andre pasientgrupper ligger like under gjennomsnitt.

Ingen forskjell av betydning mellom dem som er innlagt frivillig og dem som ble innlagt til tvungen observasjon, men litt høyere andel med ønskelig plassering annet sted for dem som ble innlagt til tvungent psykisk helsevern. Ønskelig plassering annet sted er lavere for dem som fortsatt er innlagt på tvungen observasjon på registreringspunktet.

8.7 Geografiske variasjoner av ønskelige tilbud

Det er også nærliggende å tenke at forhold i kommunene og forhold ved institusjoner, avdelinger eller andre deler av tjenestetilbudene i de enkelte geografiske områdene, kan variere og ha betydning for andel pasienter der det er ønskelig med annet bo/behandlingstilbud.

Vi har sett på forskjeller mellom DPS-områder (uten de store byene, fordi vi der ikke har opplysninger som gjør at vi kan skille mellom de enkelte DPS-områder) Disse analysene viser at det er stor variasjon mellom DPS-områder når det gjelder andel pasienter som vurderes å ha behov for et annet tilbud. Det er altså her den største variasjonen ligger.

Foreløpige analyser for regionale helseforetak av andel pasienter som burde hatt et annet tilbud, tyder ikke på at det er så store forskjeller mellom helseregionene. Det er altså innen helseregionene og ikke mellom helseregionene variasjonen ligger.

Bartlett og medarbeidere (1999) fant mest variasjon i feilplassering knyttet til grad/type psykopatologi og varighet av oppholdet. Kunne bare bruke data fra to av de fem sykehusene i disse analysene, altså mer begrenset materiale. De viktigste grunnene til at pasienten ikke var skrevet ut, var mangel på støtte og mangel på egnet bolig. Fulop og medarbeidere (1996) legger også vekt på mangelen på

egnede eller tilstrekkelige tilbud i kommunene som hovedgrunn til omfang av feilplassering.

En tentativ konklusjon er at variasjonene primært finnes på nivå for DPS-områder eller kommuner, noe som støtter en antagelse om at mye dreier seg om kommunale tilbud.

8.8 Oppsummering om ønskelig tilbud

52 prosent av døgnpasientene i psykiatriske sykehusavdelinger burde etter behandlernes vurdering ha vært på et lavere omsorgsnivå på registreringsdagen. Av disse burde 13 prosent hatt tilbud ved DPS, mens 20 prosent burde hatt ulike typer kommunale døgntilbud og 15 prosent kunne ha bodd i egen bolig uten tilsyn.

Andel sykehuspasienter som blir vurdert til å kunne klare seg på et lavere omsorgsnivå er betydelig høyere enn ved tidligere pasientregistreringer. Andelen som burde ha hatt et tilbud utenfor sykehus har økt fra 21 prosent i 1994 og 30 prosent i 1999 til 52 prosent i 2003, altså med et særlig stort sprang siste fire år.

Andelen av sykehuspasientene som burde hatt kommunale døgntilbud/egen bolig har økt fra 12 til 36 prosent de siste fire år. Det er særlig kommunale omsorgsboliger med døgnbemanning og mulighet for å bo hjemme som etterspørres av behandlerne på vegne av pasientene. Flertallet av disse pasientene burde også ha ulike former for oppfølgende tilbud (poliklinisk, dagtilbud eller ambulant).

Blant døgnpasienter ved DPS-er burde omlag halvparten hatt andre døgntilbud, hvorav de fleste (45 prosent) døgntilbud i kommunal regi eller i egen bolig. Bare to prosent av døgnpasientene ved DPS-er ble vurdert til å trenge tilbud på et høyere omsorgsnivå i form av opphold i sykehusavdeling.

Andre data som er tilgjengelige gjennom undersøkelsen er analysert for å se hvilke faktorer som synes å ha størst betydning for andelen av pasientene som er på et høyere omsorgsnivå enn behandlerne vurderer at pasientene har behov for. Disse analysene viser at variabler som kjønn, alder, sivilstand og utdanning har ingen eller liten sammenheng med å kunne klare seg på et lavere omsorgsnivå. Type psykisk lidelse (hoveddiagnose) og tvangsinnleggelse betyr noe for andelen som kunne klare seg med lavere omsorgsnivå.

Det som imidlertid synes å bety klart mest for variasjonen i andel som kunne klare seg på et lavere omsorgsnivå, er hvilket DPS-område pasienten hører til. Andel som kunne klare seg med lavere omsorgsnivå varierer mye mellom ulike DPS-områder. Det er nærliggende å tenke at dette har mye å gjøre med hvilke tilbud kommunene har, men vi har ikke kunnet analysere dette ut fra de data vi har tilgang på i denne undersøkelsen.

Selv med forbehold om noen feilvurderinger og om at det neppe er realistisk at alle pasienter skal ha en ønskelig plassering i de samlede helse- og omsorgstjenester på et gitt tidspunkt, må konklusjonen være at en god del av døgnpasientene i psykisk helsevern for voksne kunne ha klart seg med et lavere omsorgsnivå dersom dette hadde vært tilgjengelig.

9 Bruk av behandlingsformer

9.1 Spørsmålene om behandlingstilbud

Registreringsskjemaet inneholdt spørsmål om seks ulike typer behandlingsformer som brukes innen psykisk helsevern. Disse spørsmålene har ikke vært brukt i tidligere tilsvarende pasientregistreringer, og en kan derfor ikke sammenligne med tidligere undersøkelser. Det ble spurt om følgende behandlingsformer:

- Behandling med medisiner
- Samtaler med én behandler
- Gruppebehandling
- Samtaler der pasientens nærmeste deltar
- Treningsopplegg
- Behandlingsopplegg for rusproblem

Det var også satt av mulighet for avkryssing av annet behandlingstilbud en de som var listet opp. Behandlingsformene ble oppgitt som grove kategorier for å fange opp hovedtrekkene i den behandling som ble gitt. Mer detaljert oppdeling av behandlingstilbud ville gi et riktigere bilde, men ville gjøre skjemaet lengre og mer tidkrevende å fylle ut.

Behandlerne skulle krysse av om pasienten faktisk mottok den enkelte form for behandling, og om det var ønskelig at pasienten skulle få denne form for behandling. Kryss bare for ønskelig tolkes som udekket behandlingsbehov, mens kryss for faktisk tolkes som at pasienten både hadde behov for og mottok denne form for behandling uansett om det også var krysset av eller ikke for ønskelig. Om ingen av delene (faktisk eller ønskelig) var krysset av, tolkes dette som at slik behandling ikke er aktuelt for denne pasienten.

9.2 Omfang av ulike behandlingsformer

Tabell 9.1 Antall og andel (prosent) av pasienter med ulike behandlingsformer.

	Ikke aktuelt med slik behandling		Mottok slik behandling		Ønskelig med slik behandling	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Medikamenter	411	9,8	3 700	88,1	87	2,1
Individualsamtaler	865	20,6	3 090	73,6	242	5,8
Gruppesamtaler	3 102	73,9	852	20,3	241	5,7
Familiesamtaler	2 695	64,2	1 079	25,7	421	10,0
Treningsopplegg	2 516	60,0	1 287	30,7	392	9,3
Rusbehandling	3 715	88,6	195	4,6	285	6,8

Tabellen ovenfor viser at det er ulike mønstre for de behandlingsformene det var spurt om. Medikamentell behandling og individualsamtaler skiller seg ut ved at de fleste pasientene mottok disse behandlingsformene. Dekningen av behovet er størst for medikamentell behandling slik behandlerne har vurdert det.

Bare hver femte eller hver fjerde pasient hadde henholdsvis gruppesamtaler eller samtaler der deres nærmeste var med, og for henholdsvis 6 prosent og 10 prosent var det krysset av at dette ville være ønskelig for dem som ikke mottok det. Vel 30 prosent var med på treningsopplegg som en del av behandlingen, og behandlerne mente at dette hadde vært ønskelig for ytterligere 9 prosent av pasientene.

Behandlingsopplegg for rusproblem er selv sagt bare relevant for dem som har slike problem. Bare om lag 5 prosent var med på et slikt opplegg, mens det hadde vært ønskelig for ytterligere 6 prosent. Her ser det altså ut til at mindre enn halvparten av de med behov for det var med på et slikt opplegg.

9.3 Behandlingsformer ved ulike typer institusjoner og avdelinger

Andel pasienter som ikke mottok medikamentell behandling og der slik behandling ikke ble angitt som ønskelig, var høyest på sykehus (12 prosent) og lavere ved DPS-er (9 prosent) og psykiatriske sykehjem (5 prosent). Dette kan delvis skyldes at det i sykehus er flere pasienter som er til utredning og ikke har startet behandling ennå. En annen faktor som også kan spille inn, er at sykehusene har større andel pasienter som er innlagt mot sin vilje, og som derfor eventuelt avslår tilbud om behandlingsformer som behandlerne mener kan være ønskelige. Andel pasienter som ikke mottok medikamentell behandling og der dette var krysset av som ønskelig, var 2 prosent ved alle typer institusjoner.

Andel pasienter med individualsamtaler med én behandler var 79 prosent på sykehus. 70 prosent på DPS-er og 62 prosent på psykiatriske sykehjem. Denne variasjonen har trolig sammenheng både med omfang av utredning og behandling i de ulike institusjonstypene, og med tilgangen på fagfolk ved institusjonene. Andel pasienter der det var vurdert som ønskelig med individualsamtaler var litt høyere på DPS-er (7 prosent) enn på sykehus (5 prosent), noe som igjen kan henge sammen med ulik tilgang på aktuelle fagfolk.

For gruppebehandling og samtaler der pasientens nærmeste pårørende deltar, er det noe av den samme forskjellen mellom institusjonstyper som for individualsamtaler. Andelen som har slike tilbud er høyere ved sykehus (henholdsvis 24 prosent og 30 prosent) enn ved DPS-er (17 prosent og 21 prosent), som igjen er høyere enn ved psykiatriske sykehjem (14 prosent og 20 prosent). Også for disse formene for behandling er det oppgitt litt høyere andel pasienter ved DPS-er (7 prosent og 12 prosent) enn ved sykehus (5 prosent og 10 prosent) der dette tilbudet hadde vært ønskelig. Vi antar at noen av årsakene til disse mindre forskjellene er de samme som drøftet ovenfor. Samtaler der pårørende er med ser ut til å være en av de behandlingsformene som i følge behandlerne kunne utnyttes en del mer.

Bruk av treningsopplegg har en litt annen fordeling enn de ulike formene for samtaler, med 41 prosent med slike opplegg ved psykiatriske sykehjem, mot 29 prosent ved DPS-er og 31 prosent ved sykehus. Her dreier det seg trolig mest om treningsopplegg i praktisk og sosial fungering som særlig drives i institusjoner eller avdelinger med rehabilitering og langtidsbehandling som hovedoppgaver. Det udekkede behovet for slike tilbud (pasienter der dette ville være et ønskelig tilbud) er det samme (9-10 prosent) ved alle typer institusjoner.

9.4 Behandlingsformer sett i forhold til oppholdslengde

Faktisk bruk og ytterligere ønskelig bruk av de ulike behandlingsformene viser noen systematiske endringer over tid sett ut fra lengde på pasientenes opphold.

Vel 10 prosent av pasientene som har vært innlagt under to måneder mottar ikke medikamentell behandling, men denne andelen synker så til ca 6 prosent for de pasientene som har vært innlagt flere måneder eller år. En slik forskjell kan ha sammenheng med at pasienter som klarer seg uten medisiner heller ikke trenger lengre døgnopphold og derfor skrives ut etter noen få uker eller tidligere.

Andelen pasienter med individualsamtaler som en del av behandlingen er omtrent 80 prosent blant dem som har vært innlagt i opptil ett år, men ligger på 50-60 prosent eller lavere for dem som har vært innlagt mer enn to år. Omtrent 70 prosent av dem som har vært innlagt 1-2 år har individualsamtaler. Andelen pasienter som ikke har slike samtaler, men der dette vurderes som ønskelig, er omtrent 5-6 prosent uavhengig av lengde på oppholdet.

Gruppesamtaler eller gruppebehandling gis til omtrent 25 prosent av dem som har vært innlagt fra noen uker og opptil ett år, men til en mindre andel (ca 20 prosent) av dem som har vært innlagt lengre enn det. Det er bare noen få prosent av dem som har vært innlagt i flere år som mottar et slikt tilbud.

Andelen med samtaler der pårørende er med er omtrent 25 prosent ved opphold av opptil noen ukers varighet, og 30-35 prosent ved opphold fra et par måneder og opp til ett år. Slike samtaler er en del av opplegget for 10-20 prosent av de pasientene som har vært innlagt i flere år. Andelen der slike familiesamtaler hadde vært ønskelig, ligger på 10-12 prosent for opphold på opp til ett år, og en del lavere for opphold av flere års varighet.

Mens mønsteret for de ulike samtaleformene ovenfor er at de er mindre brukt etter lengre tids opphold enn etter kortere tids opphold, er mønsteret for treningsopplegg annerledes. Andelen med slike opplegg er rundt 15 prosent ved opphold på under to uker, og øker så gradvis fra 25 prosent til 45 prosent i løpet av tiden fra noen få uker og opp til ti år. Etter opphold på mer enn ti år avtar så bruken av treningsopplegg gradvis til omtrent 20 prosent.

9.5 Behandlingsformer og ulike pasientgrupper

Valg av behandlingsformer bør først og fremst være relatert til hva slags psykisk lidelse pasienten har, og variasjonen i bruk av de ulike behandlingsformene er også større sett i forhold til diagnosegruppe enn i forhold til de andre faktorene som er beskrevet ovenfor.

Medikamenter ble brukt av 91 prosent av pasientene med hjerneorganiske lidelser og 94 prosent av pasientene med schizofreni eller lignende lidelser. Bare 73 prosent med stoffrelaterte lidelser og 68 prosent med fysiske atferdslidelser brukte medikamenter. Andelen av pasienter med andre typer psykiske lidelser (stemningslidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser) som fikk medikamentell behandling var vel 85 prosent. Andelen som ikke fikk medikamentell behandling, men der dette var ønskelig, var noen få prosent for alle pasientgruppene.

Andelen med individualsamtaler var rundt 85 prosent for flere pasientgrupper (affektive, angstlidelser, fysiske atferdslidelser, personlighetsforstyrrelser), men lavere for organiske hjernelidelser (50 prosent), schizofreni (68 prosent) og stoffrelaterte lidelser (76 prosent). Andelen der slik behandling ikke ble gitt men var ønskelig, var 7 prosent for schizofreni og noen få prosent for de andre lidelsene.

Andelen pasienter med gruppebehandling var lavest for schizofreni (13 prosent), hjerneorganiske lidelser (16 prosent), og stoffrelaterte lidelser (20 prosent), - og var ellers rundt 30 prosent for de andre større pasientgruppene. Andelen pasienter der det ble ansett som ønskelig med gruppeterapi i tillegg til dem som fikk, var rundt 5 prosent for de fleste pasientgruppene.

Omtrent 25 prosent av pasientene i alle de større diagnosegruppene hadde samtaler der pasientenes nærmeste pårørende var med, og for de fleste av disse gruppene var det ønskelig å gi slikt tilbud til ytterligere 10-15 prosent. Det ser ut til at dette tilbudet er det med størst udekket behov slik behandlerne ser det.

Pasienter med schizofreni var den gruppen der størst andel (36 prosent) var med på et treningsopplegg som en del av behandlingen. Flere andre grupper var like under dette (angstlidelser, personlighetsforstyrrelser), mens andelen var lavere for stoffrelaterte lidelser (19 prosent) og særlig hjerneorganiske lidelser (7 prosent). Andelen der slike treningsopplegg var ønskelig i tillegg til de som fikk, var fra 6-7 prosent (affektive lidelser, angstlidelser) til 11 prosent (schizofreni, personlighetsforstyrrelser).

Behandling for rusproblem ble gitt til 40 prosent av dem med rusrelaterte hoveddiagnoser, samt til noen 2-4 prosent av andre grupper. Likevel var det 28 prosent av pasienter med rusrelaterte lidelser der slik behandling var ønskelig i tillegg til dem som mottok det. Dette er det største udekkende behovet som er registrert i denne delen av undersøkelsen.

Vi har også sett på bruk av behandlingsformer for de 990 pasientene der det var krysset av for middels eller stort misbruk av alkohol, medikamenter og/eller narkotika (inkludert bruk av heroin/opiater). Bare 16 prosent av denne gruppen hadde et behandlingsopplegg for rusproblem, mens dette var ønskelig for ytterligere 25 prosent. Også disse tallene viser at dette er det største udekkende behovet som er registrert i denne delen av undersøkelsen.

Andelen av de 990 med rusmisbruk som hadde medikamentell behandling av disse var 88 prosent, og det var ønskelig for ytterligere 3 prosent. Tilsvarende tall for individualsamtaler var 82 prosent og 5 prosent. Gruppeterapi og familiesamtaler var en del av opplegget for henholdsvis 24 prosent og 28 prosent, mens henholds-

vis ytterligere 8 prosent og 12 prosent burde fått et slikt tilbud. Andelen med faktisk og ønskelig treningsopplegg var som for familiesamtaler.

Vi har også sett på om mønsteret for bruk av behandlingsformer var annerledes for pasienter som med vedtak om tvangsinnleggelse, men dette fulgte hovedmønsteret som er beskrevet ovenfor.

9.6 Oppsummering om bruk av behandlingsformer

Registreringskjemaet inneholdt spørsmål om seks ulike typer behandlingsformer som brukes innen psykisk helsevern. Disse spørsmålene har ikke vært brukt i de tidligere pasientregistreringene og kan derfor ikke sammenligne med disse.

Medikamentell behandling er mest utbredt og med minst udekket behov. Individualsamtaler var nest hyppigst brukt og ble gjennomført for flertallet av pasienter. Gruppesamtaler og samtaler der pårørende var med ble bare brukt for 15-25 prosent av pasientene. De tre formene for samtalebehandling var mer brukt ved sykehus enn ved DPS-er, og mer ved DPS-er enn ved psykiatriske sykehjem. Disse systematiske forskjellene kan ha sammenheng både med bemanning og dermed tilgjengelighet på slike tilbud, og med andelen av pasienter som er i mer aktive behandlingsfaser i sitt sykdomsforløp. Den største variasjonen i bruk av de ulike metodene kunne en se i forhold til ulike diagnostiske grupper.

For 5-10 prosent av pasientene ble det vurdert som ønskelig å ta i bruk de ulike formene for samtalebehandling (individualsamtaler, gruppesamtaler, samtaler der pårørende er med), og dette behovet var generelt litt høyere ved DPS-er enn ved sykehus, - noe som trolig kan ha sammenheng med de forhold som er nevnt i forrige avsnitt.

Generelt er de ulike formene for samtalebehandling i bruk for størst andel pasienter i løpet av de første ukene og månedene, og omfanget av slik behandling avtar med årene ved lengre opphold. Bruk av treningsopplegg fulgte et annet mønster enn samtalebehandling ved at slike treningsopplegg var mest i bruk ved psykiatriske sykehjem, der rehabilitering og langtidsbehandling ofte er hovedoppgaver.

Rusmisbrukeres behov for behandling for sitt rusproblem var det området der det ble registrert størst udekket behov.

10 Samarbeid og koordinering

10.1 Samarbeid med andre instanser

Registreringsskjemaet inneholdt en rekke spørsmål om hvilke instanser en samarbeidet med når det gjaldt den enkelte pasient. Det går fram av tabellen nedenfor hvilke instanser det ble spurt om. I tillegg til spørsmål om pårørende, gjaldt det ulike kommunale tjenester, ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og ulike andre instanser eller tjenester. Det kunne settes kryss for alle de instanser som var aktuelle.

Tabell 10.1 Hvor stor andel (prosent) av pasientene der en har kontakt/samarbeid med andre.

	Sykehus	DPS	Sykehjem
Pårørende	56,5	47,8	54,9
Kommunale tjenester			
Fastlege	32,6	44,7	46,0
Pleie/omsorgstjenester	28,2	25,0	23,7
Sosialtjenester	21,1	19,8	14,6
Team i psyk. helsearbeid	22,8	34,9	24,2
Spesialisthelsetjenester			
Psykiatrisk poliklinikk	30,7	36,4	25,4
Dagavdeling/ambulant team	6,8	6,4	6,2
Somatisk sykehus	6,6	5,0	2,4
Andre tjenester			
Arbeidssted	4,5	5,9	4,3
Skole	5,7	4,3	3,1
AETAT	5,4	6,4	4,3
Trygdekontor	19,8	17,2	13,4
Rusomsorg/rusinstusjon	4,1	2,2	0,2
Politi/fengsel	4,5	2,0	1,4
Ingen	7,6	9,3	13,2

Hovedmønsteret i kontakten og samarbeid med andre instanser er overraskende likt ved alle de tre typene institusjoner, selv om det er noe variasjon.

Ved alle institusjonstypene var kontakten med familie eller pårørende mer utbredt enn kontakten med noen offentlig samarbeidspartner. Det var noe lavere ved DPS-er enn ved sykehus og sykehjem, mens en kanskje kunne ha ventet det motsatte.

Samarbeidet er generelt mest utbredt med fastlegen, pleie- og omsorgstjenesten eller psykiatriteam i kommunen, og psykiatrisk poliklinikk. Dette er tjenester som mange pasienter har kontakt med, og som ofte får i oppgave å følge opp pasienter etter utskrivning av et døgnopphold. Særlig fastlegen og poliklinikken har også ofte en rolle som den instansen som henviser pasienten til døgnavdelingen.

Den gruppen instanser som følger etter disse i hyppighet, er den kommunale sosialtjenesten og trygdekontoret. Dette er tjenester som visse pasientgrupper har mer behov for enn andre på grunn av sin livssituasjon.

10.2 Koordinering av det samlede tjenestetilbudet

Det var også et spørsmål på skjemaet om det var én koordinator for de samlede tilbudet til pasienten.

Tabellen nedenfor viser andel av pasienter der det var krysset av for at pasienten hadde en koordinator for det samlede tilbudet pasienten hadde.

Tabell 10.2 Andel pasienter (prosent) som har en koordinator for de samlede tilbudene.

Institusjonstype	Ja	Nei	Vet ikke
Sykehus	53,8	38,9	7,3
DPS	52,7	38,8	8,4
Psykiatriske sykehjem	60,3	36,6	3,1

Ved alle institusjonstypene var det vel halvparten av pasientene som hadde en koordinator, og andelen var høyest ved psykiatriske sykehjem. Dette er kanskje å vente ut fra at en der vil finne flest pasienter med veletablerte lange pasientforløp der behovet for en koordinator kan ha blitt identifisert.

Men ved alle institusjonstyper var det også slik at vel en tredel av pasientene ikke hadde noen koordinator, mens det var ubesvart med "vet ikke" for noen få prosent. Siden ikke alle pasienter har bruk for koordinator, er det vanskelig å vite noe sikkert om tallene i denne undersøkelsen peker på et udekket behov eller ikke. Men det er sannsynlig at flere burde hatt det.

10.3 Oppsummering om samarbeid og koordinering

Samarbeidsmønsteret er overraskende likt for pasienter ved de ulike typene døgninstitusjoner, med fastlege, kommunale pleie/omsorgs/psykiatritjenester og psykiatrisk poliklinikk som de hyppigste samarbeidspartnerne. Vel halvparten av pasientene har en koordinator for de samlede tjenester.

11 Klinisk bedring siden innleggelsen

11.1 Spørsmål om klinisk bedring

Registreringsskjemaet inneholdt et spørsmål om klinisk bedring siden innleggelsen. Dette spørsmålet har ikke vært med i de tidligere pasientregistreringene. Spørsmålet skulle besvares på følgende sjudelte skala:

- 2 Mye dårligere
- 1 Noe dårligere
- 0 Ingen endring
- +1 Litt bedre
- +2 En del bedre
- +3 Mye bedre
- +4 Svært mye bedre

Graderingen Ingen endring var med hensikt plassert på trinn 3, med to trinn for forverring og fire trinn for å angi bedring. Skalaen er altså skjev. Dette er gjort ut fra erfaringer med at en slik skjev skala ofte vil gi en normalfordeling av svarene, fordi de fleste pasientene vil bli litt eller noe bedre. Samtidig vil den også fange opp forverring og ikke bare bedring, for det vil kunne skje at noen pasienter blir dårligere under ett opphold.

Vi vurderte å ha med mer detaljerte spørsmål om bedring av flere sider ved pasientens tilstand (symptomer, kontakt med andre, fungering m.m.). Men da slike spørsmål i andre undersøkelser ofte besvares ganske likt og følger et hovedmønster for den enkelte pasient (Ruud & Reas 2003), valgte vi å bare ha med ett mer generelt spørsmål om klinisk bedring for å holde skjemaet så kort og enkelt som mulig.

11.2 Grad av klinisk bedring siden innleggelsen

Tabell 11.1 Grad av klinisk bedring siden innleggelsen.

	Samlet vurdering av klinisk bedring siden innleggelse	
	Antall	Prosent
Mye dårligere	36	0,9
Noe dårligere	150	3,7
Ingen endring	710	17,6
Litt bedre	1098	27,2
En del bedre	1161	28,7
Mye bedre	740	18,3
Svært mye bedre	146	3,6

Fordelingen av svarene på skalaen for grad av klinisk endring siden innleggelsen følger en normalfordelingskurve, slik en hadde antatt ved utformingen av skalaen. Den er derfor godt egnet for de statistiske analyser som er mest brukt.

11.3 Bedring i forhold til lengde på opphold

Det er nærliggende å tenke at grad av bedring øker med lengden på oppholdet. Analyse av dette viser en signifikant moderat høy korrelasjon (0,18) mellom grad av endring og lengde på oppholdet.

Siden pasienter skrives ut når deres tilstand er tilstrekkelig bedret, vil det stadig være slik at de som er innlagt er relativt dårlige. Det er derfor ikke så overraskende at det bare er en moderat sammenheng i denne undersøkelsen mellom grad av endring og oppholdslengde for disse som forststatt er innlagt.

11.4 Bedring for ulike pasientgrupper

Tabell 11.2 Grad av bedring siden innleggelsen for ulike pasientgrupper.

Pasientgruppe	Klinisk bedring siden innleggelsen på 7-trinns skalaen		
	Antall pasienter	Gjennomsnitt	Standardavvik
Organiske lidelser	68	1,09	1,32
Stoffrelaterte lidelser	176	1,66	1,17
Schizofrenier	1791	1,50	1,22
Affektive lidelser	941	1,54	1,24
Nevrotiske lidelser	293	1,48	1,17
Fysiske adferdssyndromer	63	1,35	1,05
Personlighetsforstyrrelser	279	1,32	1,19
Andre diagnoser	219	1,36	1,28
Mangler diagnose	211	1,55	1,35

Tabellen ovenfor viser at gjennomsnittelig bedring er ganske lik for de ulike pasientgruppene. Den eneste signifikante forskjell vi finner ved statistisk analyse er at grad av bedring er signifikant lavere for hjerneorganiske lidelser enn for stoffrelaterte lidelser.

Pasienter med psykose hadde litt større bedring (1,53 på skalaen, $p < 0,05$) enn pasienter uten psykose (1,44), men forskjellen var ikke stor. Siden pasienter med psykose er mer alvorlig syke enn mange andre ved en innleggelsen, er det også større rom for bedring enn for en som ikke er så dårlig.

En tilsvarende forskjell finner vi for pasienter med middels eller stort misbruk av alkohol, medikamenter og/eller narkotika. Pasienter med rusmiddelmissbruk hadde større grad av bedring (1,56 på skalaen, $p < 0,05$) enn pasienter uten psykose (1,46), men forskjellen var altså enda mindre enn for psykoser.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom grad av bedring for menn eller kvinner, og ingen forskjeller mellom aldersgrupper med unntak av noe mindre bedring for pasienter over 80 år sammenlignet med et par andre aldersgrupper.

11.5 Bedring ved ulike typer institusjoner

Tabell 11.3 Grad av bedring siden innleggelsen ved ulike institusjonstyper.

Institusjonstype	Klinisk bedring siden innleggelsen på 7-trinns skalaen		
	Antall pasienter	Gjennomsnitt	Standardavvik
Sykehus	2 274	1,57	1,19
DPS	1 385	1,34	1,25
Psykiatrisk Sykehjem	382	1,52	1,33

Tabellen ovenfor viser at gjennomsnittelig bedring siden innleggelse er lavere ved DPS-er enn ved sykehus og psykiatriske sykehjem.

11.6 Bedring i forhold til ulike behandlingsformer

Et viktig spørsmål er om pasientenes helsetilstand endrer seg mer til det bedre dersom de mottar konkrete behandlingsopplegg. For å svare på dette er det ønskelig å ha et pålitelig mål for helsetilstand både ved behandlingsstart og avslutning, og så sammenligne dette for pasienter som har fått eller ikke har fått en slik behandling, - og helst skulle pasientene fordeles tilfeldig på behandlingsform.

Selv om en retrospektiv vurdering ved behandlerne ikke er en ideell måte å undersøke grad av bedring på, er det av interesse å se om det er ut til å være noen sammenheng mellom vurdert grad av bedring og om pasienten har mottatt de formene for behandling som er registrert i denne undersøkelsen.

Analyser av dette viser at pasienter som mottok de ulike behandlingsformene hadde noe større klinisk bedring ut fra behandlernes vurdering enn pasienter som ikke mottok slik behandling.

En mulig feilkilde når det gjelder disse resultatene, er at vurderingen om klinisk bedring er gjort av behandlerne. Det kan derfor være at behandlerne har en tendens til å vurdere pasientene som bedre når de vet at de mottar konkrete behand-

lingsformer enn når de ikke gjør det. Det kan også tenkes at behandlerne vurderer at det er mer ønskelig med en behandlingsform dersom de vurderer det slik at pasienten har endret seg mindre enn andre.

11.7 Bedring sett i forhold til om pasienten er på rett sted

Grad av bedring er også analysert i forhold til om behandlerne mente at det var ønskelig med behandlingstilbud et annet sted. Det var ingen signifikant forskjell i grad av klinisk bedring siden innleggelsen mellom de 2148 pasientene en mente fikk behandling på riktig sted og de 1893 pasientene der en mente det ville være ønskelig med behandling på et annet sted.

11.8 Oppsummering om klinisk bedring siden innleggelsen

Registreringskjemaet hadde et spørsmål om grad av klinisk bedring siden innleggelsen. Dette skulle skåres på en 7-trinns skala, og skåringene fulgte en normalfordelingskurve med midtpunktet mellom litt bedre og en del bedre. Siden det er en retrospektiv vurdering, kan vi ikke utelukke at andre faktorer kan spille inn og svekke påliteligheten av vurderingene.

Det er en signifikant moderat høy korrelasjon mellom grad av bedring og lengde på oppholdet. Denne korrelasjonen skyldes i hovedsak at bedringen de første par ukene etter innleggelsen er lavere enn ved lengre opphold. Men i en slik tverrsnittundersøkelse vil de som blir bedre bli skrevet ut, og de som er i lengre tid er der fordi de ikke har oppnådd nok bedring.

Det er liten forskjell i grad av bedring mellom pasientgrupper, med unntak av mindre grad av bedring for hjerneorganiske lidelser enn stoffrelaterte lidelser. Det var også en tendens til noe mer bedring for pasienter med psykose enn for andre lidelser.

Det er signifikant lavere bedring siden innleggelse ved DPS-er sammenlignet med både sykehus og psykiatriske sykehjem.

Det var ingen signifikant forskjell i bedring mellom de pasientene behandlerne mente fikk behandling på rett sted og de som behandlerne mente burde hatt tilbud et annet sted.

Referanser

Andresen Ø, Bjørngaard JH, Dahle KA, Groven G, Grut L, Hofoss D, Saunes IS, Ruud T

2004 Måling av brukererfaringer blant voksne I det psykiske helsevernet. Innsamlingsmetode og spørreskjema. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten/SINTEF Helse, Oslo.

Barton R

1966 Institutional neurosis. Bristol: John Wrights and Son Ltd.

Bartlett C, Evans M, Holloway J, O'Connor S, Harrison G

1999 Markers of inappropriately placement in acute psychiatric inpatient care: a five hospital study. Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 34: 367-375.

Dohrenwend PB og Dohrenwend BD

1969 Social status and psychological disorder: A causal inquiry. New York: John Wiley.

Fulop NJ, Koffman J, Carson S, Robinson DP and Coleman K

1996 Use of acute psychiatric beds: a point prevalence survey in North and South Thames regions. Journal of Public Health Medicine, vol. 18 (2): pp 207-216.

Goffmann E

1961 Asylums. New York: Doubleday.

Hagen H

1991 Suicidal attempts among suicidal patients. In: Suicidal attempts in the Nordic countries. Epidemiology and treatment, Bjerke T og Stiles T (red). Trondheim: Tapir forlag.

Hagen H

1992 Pasienter i psykiatriske institusjoner 1 november 1989. NIS-rapport 6/92, Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning.

Hagen H

2001 Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1 november 1999. Rapport 5/01, Trondheim: SINTEF Helse.

Løchen Y

1965 Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Oslo: Universitetsforlaget.

Pedersen PB

1997 Teorier om nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene. Paper til seminar på ISS 11/6-97. Kurs i vitenskapsteori - SV 600.

Ruud T, Reas D

2003 Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: Status og variasjon 2002. SINTEF Unimed rapport STF78 A035008. SINTEF Unimed, Oslo.

Ruud T, Lidal E, Røhme K, Sitter M, Hagen, H

2004 Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003. SINTEF Helse rapport STF78 A045008, Trondheim

Sosialdepartementet

1988 Stortingsmelding nr 41 (1987-88): Helsepolitikken mot år 2000, Nasjonal Helseplan. Oslo: Sosialdepartementet.

Sosial og Helsedepartementet

St.melding nr 25 (1996-97) «Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene». Oslo.

Sosial- og helsedepartementet

1998 Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98), Oslo.

Statistisk sentralbyrå

NOS: Sinnssykehusenes virksomhet 1880-1969.

Statistisk sentralbyrå

1971- NOS: Psykiatriske sykehus (1970-1979).

Statistisk sentralbyrå

1981- NOS: Helseinstitusjoner (1980-1989).

Statistisk sentralbyrå

2004 Befolkningsstatistikk 2003.

Steenfeldt-Foss O

1970 Psykiatrisk helsetjeneste i et «Public Health»-perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen, 90:1267-71.

Øgar B

1983 Psykiatriske sykehjem i dag - morgendagens psykiatriske bo- og behandlingssentra? NIS-rapport 7/83, Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.