

SINTEF A1203

# RAPPORT

## Arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus

Torleif Ruud og Rolf W. Gråwe

**SINTEF Helse**  
Februar 2007

■ [www.sintef.no](http://www.sintef.no)

**SINTEF Helse**

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

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

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

Arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus

FORFATTER(E)

Torleif Ruud, Rolf W. Gråwe

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd, Styringsgruppe for evaluering av  
Opptappingsplan for psykisk helse

RAPPORTNR. SINTEF A1203	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Spesialrådgiver Signe Bang	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04230-6	PROSJEKTNR. 785198.01	ANTALL SIDER OG BILAG 62 sider + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE Arbeidsdeling samarbeid DPS sykehus.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Rolf W Gråwe
ARKIVKODE E	DATO 28.02.2007	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

**SAMMENDRAG**

Det ble vinteren/våren 2005 samlet inn data om alle døgnpasienter som åtte DPS-er og tilhørende sykehus hadde i løpet av fire uker. Det var 266 pasienter ved DPS og 268 pasienter i sykehus, altså ganske likt fordelt. Det var stor variasjon mellom de ulike DPS og sykehus med hensyn til antallet døgnpasienter og bruk av døgnplasser i forhold til folketallet i opptaksområdene, og i fordelingen av pasienter mellom DPS og sykehus.

DPS-ene hadde en større andel pasienter med depresjoner, mens sykehusene hadde en større andel pasienter med ruslidelser, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Øvrige diagnosegrupper var omtrent likt fordelt. For de vanligste diagnosegruppene hadde døgnpasientene i sykehus mer alvorlige psykiske problemer enn pasientene i DPS-avdelinger.

Behandlingssamarbeidet under oppholdet var ganske likt for DPS og sykehus. Det var mest kontakt med familie/pårørende, dernest psykiatritjenester i kommunene og andre psykiatriske institusjoner. Flertallet av døgnpasientene hadde individuell plan og omtrent halvparten av disse hadde fått denne under oppholdet. Det var en større andel som fikk denne planen under sykehusopphold enn ved DPS-opphold.

Logistisk regresjon viser at det først og fremst var behov for innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp eller tvangsinnleggelse som bestemte hvilke pasienter som var ved sykehus. Alvorlighetsgrad av symptomer og atferd betydde mer enn diagnose for hvilke pasienter som var ved henholdsvis sykehus og DPS. Dette er i samsvar med føringene i DPS-veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet. Justert for kliniske variabler var det liten forskjell mellom DPS-områder i sjansen til å være innlagt ved sykehus fremfor DPS.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	helse	health
GRUPPE 2	helsetjenester	health services
EGENVALGTE	distriktpsikiatriske sentre	community mental health centres
	desentralisert psykiatri	community psychiatry
	sykehus	hospital



# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	3
Tabeller .....	5
Figurer .....	7
Forord .....	9
Sammendrag .....	11
1 Innledning .....	15
1.1 Denne undersøkelsens plass innen et større prosjekt .....	15
1.2 Myndighetenes forventninger til samarbeidet mellom DPS og sykehus .....	15
1.3 Problemstillinger .....	16
2 Metode og materiale .....	17
2.1 Data om døgnpasienter og de tilbud de fikk .....	17
2.2 Data om bemanning .....	18
2.3 Data om kompetanse og klinisk praksis .....	18
2.4 Ledernes erfaringer med arbeidsdeling og samarbeid .....	19
3 Arbeidsdeling ut fra fordeling av pasienter .....	21
3.1 Fordeling av døgnpasienter .....	22
3.2 Hvordan bruk av døgnplasser var fordelt .....	23
3.3 Sosiodemografiske forhold og livssituasjon .....	25
3.4 Type og alvorlighetsgrad av psykiske lidelser og problemer .....	27
3.5 Bruk av rusmidler .....	29
3.6 Problemer med praktisk og sosial fungering .....	30

3.7 Pasientfordeling sammenholdt med anbefalinger i DPS-veilederen .....	32
3.8 Oppsummering om fordeling av pasienter .....	33
4 Ressurser og kompetanse ved DPS og sykehus .....	35
4.1 Bemanning .....	35
4.2 Kompetanse og kompetansebygging .....	37
4.3 Oppsummering om bemanning, kompetanse og kompetansebygging .....	39
5 Arbeidsdeling ut fra fordeling av oppgaver .....	41
5.1 Øyeblikkelig hjelp, nye pasienter og reinnleggelser .....	41
5.2 Tvangsinnleggelse og seinere juridisk status .....	42
5.3 Årsaker til døgnbehandling ved DPS og sykehus .....	43
5.4 Behandlingsprofil og praksis ved DPS og sykehus .....	43
5.5 Oppsummering om behandlingsprofiler .....	48
6 Samarbeid mellom DPS og sykehus .....	49
6.1 Hvem som henviser og hvem en henviser til .....	49
6.2 Kontakt og samarbeid med andre .....	51
6.3 Hva forklarer mest hvem DPS og sykehus samarbeider om .....	53
6.4 Oppsummering om samarbeid og koordinering .....	56
7 Erfaringer med arbeidsdeling og samarbeid .....	57
7.1 Intervjuene med ledere ved DPS og sykehus .....	57
7.2 Strukturer for kontakt og samarbeid .....	57
7.3 Samarbeid om pasienter og styring av pasientstrømmen .....	58
7.4 Samarbeid om utdanning og kompetansebygging .....	58
7.5 Samarbeidsklima .....	59
7.6 Oppsummering fra intervjuer med ledere .....	59
8 Hva som best forklarer pasientfordelingen .....	61
Litteraturhenvisninger .....	65
Vedlegg .....	67

# Tabeller

Tabell 3.1 Innleggelser og utskrivninger av pasienter under datainnsamlingen. ....	21
Tabell 3.2 Døgnpasienter registrer i løpet av fire uker fra de åtte DPS-områdene .....	22
Tabell 3.3 Fordeling av døgnplasser pr 100 000 brukt ved eget DPS og eget sykehus i 2005 (Samdata) .....	24
Tabell 3.4 Andel døgnpasienter (prosent) ved DPS og sykehus med ulike diagnosegrupper ut fra ICD-10 .....	27
Tabell 4.1 Antall som har besvart spørreskjema til personale og andel med spesialutdanning i psykiatri .....	37
Tabell 5.1 Inntaksvedtak gjort ved innleggelsen .....	42
Tabell 5.2 Juridisk status for oppholdet på registreringstidspunktet.....	42
Tabell 6.1 Fordeling etter hvem som har lagt inn pasienten .....	49
Tabell 6.2 Fordeling på hvem pasienten er henvist til ved utskrivning.....	50
Tabell 6.3 Andel (prosent) pasienter med kontakt mellom DPS og sykehus i registreringsperioden.....	52
Tabell 6.4 Logistisk regresjon av hvilke pasienter DPS og sykehus har hatt kontakt/samarbeid om i registreringsperioden .....	55
Tabell 8.1 Logistisk regresjon for innleggelse i sykehus fremfor DPS ut fra pasientkarakteristika og DPS-områder .....	62



# Figurer

Figur 3.1 Fordeling av døgnplasser pr 100 000 brukt ved eget DPS og eget sykehus i 2005 (Samdata) .....	24
Figur 3.2 Aldersfordeling (prosent) av døgnpasienter ved DPS og sykehus.....	25
Figur 3.3 Fordeling (prosent) på sivilstand for døgnpasientene fra DPS og sykehus.....	26
Figur 3.4 Andel pasienter (prosent) der bolig og arbeid/aktivitet er dårlig tilpasset deres behov.....	26
Figur 3.5 Fordeling av skåringer på GAF for symptomnivå for hvert titalls intervall på skalaen .....	28
Figur 3.6 Andel pasienter (prosent) med alvorlige problem innen ulike problemområder .....	29
Figur 3.7 Andel pasienter (prosent) med misbruk, avhengighet eller uførhet siste 6 måneder pga alkohol/stoff.....	29
Figur 3.8 Fordeling av skåringer på GAF for symptomnivå .....	30
Figur 3.9 Andel pasienter (prosent) med alvorlige problem innen sosial og praktisk fungering.....	31
Figur 3.10 Status for pasientens sykdomsfase ved nåværende opphold.....	32
Figur 4.1 Leger og psykologer ved døgnavdelinger ved DPS og sykehus pr 100 000 innbyggere.....	35
Figur 4.2 Samlet bemanning ved døgnavdelinger DPS og sykehus pr 100 000 innb. i opptaksområdene deres.....	36
Figur 4.3 Antall timer (gjennomsnitt) en har deltatt i undervisning og kurs siste 3 måneder .....	38
Figur 4.4 Antall timer (gjennomsnitt) en har mottatt veiledning siste 3 måneder .....	38
Figur 5.1 Førstegangspasienter, øyeblikkelig hjelp og reinnleggelser.....	41
Figur 5.2 Fordeling på hovedgrunner til oppholdet ved DPS og sykehus slik behandlerteamet ser det .....	43
Figur 5.3 Personalets engasjement ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder .....	44



Figur 5.4 Vekt på samarbeid med andre ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder .....	45
Figur 5.5 Vekt på bruk av tid ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder ...	46
Figur 5.6 Vekt på ulike terapiformer ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder .....	47
Figur 5.7 Vekt på intensiv oppfølging ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder .....	47
Figur 6.1 Andel pasienter (prosent) der en har hatt kontakt med andre tjenester i perioden .....	51
Figur 6.2 Andel pasienter (prosent) med ulike situasjoner når det gjelder individuell plan ...	52
Figur 6.3 Andel pasienter (prosent) med ulike situasjoner når det gjelder ansvarsgruppe ...	53

## Forord

Denne undersøkelsen er en del av prosjektet 'Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?', som inngår i Forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse.

Undertegnede takker fagpersonale både ved DPS-er og sykehus for at dere tok dere tid til å registrere en rekke opplysninger om pasientene midt i en hektisk og krevende hverdag. Det er bare dere som kunne gi disse opplysningene om pasientene dere utreder og behandler, om det tilbudet dere gir og om hva dere legger vekt på i det arbeidet dere gjør.

Den omfattende datainnsamlingen hadde heller ikke vært mulig uten den omfattende innsatsen som er gjort av lokale prosjektledere, kontorpersonale og andre medarbeidere som deltok i den praktiske gjennomføringen. Og den ville nok heller ikke ha vært mulig uten støtte fra ledere som ser behovet mer systematisk kunnskap om tjenestene de leder.

Tine Levin Granlund har gjennomført den elektroniske registreringen av data og koordinert det registreringsarbeidet som er gjort av innleide hjelpere. Forsker Johan Håkon Bjørngaard har bidratt med råd om bruk av logistisk regresjon.

Jeg takker også styringsgruppen for Evalueringen av Opptrappingsplan for psykisk helse og Signe Bang i Forskningsrådet for samarbeid om prosjektet gjennom flere år, og for innspill som har vært nyttige i arbeidet med denne rapporten.

Før denne studien har det eksistert svært lite empirisk basert kunnskap om arbeidsdeling og samarbeid mellom distriktpsikiatriske sentre og sykehus. Denne undersøkelsen må derfor betraktes som et tidlig steg i prosessen med å utvikle en arbeidsdeling mellom DPS og sykehus med støtte i empirisk kunnskap. Det er nødvendig med flere undersøkelser om dette for å bygge opp og korrigere denne kunnskapen.

Oslo, februar 2007

Torleif Ruud



# Sammendrag

## Utforming av undersøkelsen

SINTEF Helse gjennomfører en undersøkelse over tid om ulike virkninger av utbyggingen av distriktpspsykiatriske sentre på tjenestetilbudet og pasienters tilfredshet. Dette er et ledd i den evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse som Norges forskningsråd gjennomfører for Sosial- og helsedirektoratet.

Det ble vinteren/våren 2005 samlet inn data om alle pasienter de deltakende åtte DPS-ene hadde kontakt med i løpet av fire uker. I samme tidsrom ble det også samlet inn tilsvarende data om de pasientene sykehusene hadde fra de samme kommunene. Dette danner dermed et grunnlag for å kunne sammenligne DPS og sykehus. Denne rapporten presenterer resultater om arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus.

De åtte DPS-ene som deltok i studien hadde 266 døgnpasienter og sykehusavdelingene hadde 268 pasienter i registreringsperioden. Til sammen ble dette 534 døgnpasienter som altså var ganske likt fordelt mellom DPS og sykehus. Det antas at noen pasienter ved to av sykehus ikke ble med i studien.

## Arbeidsdeling mellom DPS og sykehus ut fra fordeling av pasienter

- Fordelingen av pasienter mellom DPS og sykehus var sterkt preget av arbeidsdelingen der det i hovedsak er sykehusene som skal ta i mot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp eller innleggelse ved bruk av tvang. Det var lite bruk av tvang ved DPS-ene.
- Det var alvorlighetsgraden av pasientens helsetilstand og atferd mer enn diagnosen som syntes å bestemme om pasienten var ved sykehus fremfor DPS. Dette er i tråd med føringene i DPS-veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet.
- Det synes å være stort samsvar i hvordan DPS-ene vurderer hvilke pasienter som skal være ved henholdsvis DPS og sykehus, siden det etter korrigering for klinisk tilstand var små forskjeller mellom områdene når det gjaldt sjansen for å være innlagt ved sykehus fremfor ved DPS.
- Samlet sett for de åtte områdene var både antallet døgnpasienter og bruk av døgnplasser omtrent likt fordelt mellom DPS og sykehus.
- Det var store forskjeller mellom opptaksområdene både når det gjaldt andel pasienter ved sykehus, samlet bruk av døgnplasser, og fordeling av døgnplasser mellom DPS og sykehus. Dette gjenspeiler trolig ulikheter i tjenestetilbudene mer enn ulikheter i behov.
- Pasienter med alvorlig psykose, alvorlig aggressiv atferd og selvskading ble i hovedsak behandlet ved sykehus. Pasienter med alvorlig senket stemningsleie ble i like stor grad behandlet i DPS og i sykehus.
- Det var små forskjeller i andelen døgnpasienter med alkoholmisbruk/avhengighet eller uførhet knyttet til alkoholbruk. Det var flere derimot pasienter i sykehus enn i DPS som hadde narkotikamisbruk/avhengighet eller uførhet knyttet til narkotika.

- Samarbeid om overflytting av pasienter mellom DPS og sykehus varierte mye mellom områdene, og det fungerte best der en hadde kommet lengst i å utvikle samarbeid i tråd med de føringene som er gitt for dette i DPS-veilederen.

### **Arbeidsdeling mellom DPS og sykehus ut fra fordeling av oppgaver**

- Tvangsinnleggelser og innleggelser for øyeblikkelig skjedde i hovedsak i sykehusene.
- Sykehusene hadde litt flere førstegangsinnlagte pasienter enn DPS-ene, men både ved DPS og sykehus hadde omtrent 40 % av pasienter blitt innlagt på nytt innen ett år.
- Å få kontroll over destruktiv atferd var en vanligere grunn for innleggelse ved sykehus enn ved DPS. For øvrig syntes innleggelser å ha mye de samme hovedfunksjoner både ved DPS og sykehus: Utrede, sette i gang eller endre behandling, og ta vare på og skjerme pasienten.
- Bemanningen med leger og psykologer var betydelig lavere ved døgnavdelinger i DPS enn i akuttavdelinger ved sykehus. Den samlede bemanningen av helsepersonell var også lavere i DPS enn i akuttavdelinger.
- Kompetansebygging ved undervisning og veiledning var ujevnt fordelt på ulike faggrupper, men relativt likt fordelt mellom DPS og sykehus.
- Spørreskjema til personalet viste at personalet ved DPS la mer vekt på samarbeid med andre enn personalet i akuttavdelingene gjorde. I akuttavdelingene ble det prioritert mer å ta inn nye pasienter og i DPS ble det prioritert mer tid til pasientene. Det var lagt mer vekt på medikamentell behandling i sykehus og mer vekt på familierarbeid og gruppeterapi i DPS. Det var ingen forskjeller mellom døgnavdelinger i DPS og akuttavdelinger i sykehus på generelle karakteristika som engasjement, programklarhet og samhold.

### **Samarbeidet mellom DPS og sykehus**

- Personalets kontakt og samarbeid med andre under oppholdet var ganske likt for DPS og sykehus. Det var mest kontakt med familie/pårørende, dernest med fastleger og psykiatritjenester i kommunene, og med andre psykiatriske institusjoner.
- Flertallet av døgnpasientene hadde individuell plan og omtrent halvparten av disse hadde fått denne under oppholdet. Det var en større andel som fikk denne planen under sykehusopphold enn ved DPS-opphold
- Pasienter ved sykehus ble i større grad innlagt av legevakt og pasienter ved DPS ble i større grad innlagt av fastlegen. Både ved DPS og ved sykehus var det en betydelig andel pasienter som ble innlagt fra andre enheter i samme institusjon.
- Både ved DPS og sykehus, var det i hovedsak fastlegen, kommunale psykiatritjenester og poliklinikker eller team ved DPS som fulgte opp pasientene etter utskrivning. Det vil si at det var mer likt mellom DPS og sykehus hvem pasienten ble henvist til for oppfølging etter et utskrivning enn hvem pasienten ble innlagt av.
- I følge lederne som ble intervjuet, var det varierende grad av samarbeid mellom DPS og sykehus når det gjaldt kompetansebygging, bortsett fra felles undervisning for leger under spesialistutdanning.
- Det var økt sjans for kontakt og samarbeid mellom DPS og sykehus om pasienten hadde vært mottatt tiltrengende øyeblikkelig hjelp, hadde en langvarig lidelse, eller alkoholmisbruk. Høyere alder eller stoffmisbruk reduserte sjansen for kontakt og samarbeid.

- Det var ingen signifikant forskjell i sjansen for kontakt og samarbeid mellom DPS og sykehus ut fra om pasienten var innlagt ved DPS eller sykehus.
- Det var en signifikant redusert sjanse for kontakt og samarbeid mellom DPS og sykehus i alle DPS-områdene i forhold til Nordre Vestfold, med unntak av i Vesterålen der sjansen for kontakt og samarbeid ikke var signifikant forskjellig fra i Nordre Vestfold.

### **Mulig sammenhenger mellom arbeidsdeling/samarbeid og utbyggingsgrad eller utbyggingsprofiler av DPS**

Vi har gjort analyser i form av logistisk regresjon både når det gjaldt sjansen for at det var kontakt/samarbeid om pasienten mellom DPS og sykehus, og når det gjaldt sjansen for å være innlagt ved sykehus fremfor ved DPS.

Etter korrigerings for kliniske variabler, var det for begge disse forhold lite forskjell mellom de fleste DPS-områdene som er med i undersøkelsen. Dette kan tyde på at det er lite sammenheng mellom arbeidsdeling/samarbeid og utbyggingsgrad/utbyggingsprofiler i vårt materiale, eller at forskjellene i utbyggingsgrad mellom disse DPS-ene er små.

To av DPS-ene syntes likevel å skille seg noe ut fra de andre i disse analysene, og disse forskjellene kan synes å ha sammenheng med utbyggingsgrad og/eller utbyggingsprofil.

Det ene er Nordre Vestfold DPS, som er et av områdene i landet med tidligst gjennomført DPS-utbygging. Nordre Vestfold pekte seg ut som det området som både hadde lavest samlet bruk av døgnplasser og det området som hadde høyest andel av pasienter der det hadde vært kontakt/samarbeid mellom DPS og sykehus i registreringsperioden. Men det er også andre forhold som kan tenkes å ha betydning for hvordan situasjonen er i Vestfold. Det er et fylke mer korte geografiske avstander, de er et av de få fylkene som har kunnet bygge opp et nytt psykisk helsevern uten å ha et stort psykiatrisk sykehus som skulle omformes, og de har utviklet en modell med tett samarbeid mellom DPS og sykehus når det gjelder døgnpasientet.

Det andre er Vesterålen DPS, som har mest ressurser sett i forhold til befolkningen, den mest desentraliserte modellen der døgnplassene ved DPS er fordelt på tre små avdelinger i tre ulike deler av opptaksområdet, den mest tungvint reisen til psykiatriske sykehusavdelinger, og kanskje en høyere ambisjon enn de fleste DPS på å klare å behandle flest mulig døgnpasienter selv. Vesterålen var eneste område der sjansen for kontakt og samarbeid ikke var signifikant forskjellig fra i Nordre Vestfold, der denne sjansen var høyest. Og Vesterålen var det eneste området med sterkt redusert sjanse for å være ved sykehus fremfor ved DPS, sammenlignet med Nordre Vestfold.

### **Konklusjoner og anbefalinger**

Det var alvorlighetsgraden av pasientens helsetilstand og atferd mer enn diagnosen som syntes å bestemme om pasienten var ved sykehus fremfor DPS. Dette er i tråd med føringene i DPS-veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet.

Intervjuene med ledere ved DPS og sykehus viste at samarbeidet om overflytting av pasienter mellom DPS og sykehus fungerte best der de hadde kommet lengst i å utvikle samarbeid i tråd med de føringene som er gitt for dette i DPS-veilederen.

Resultatene av undersøkelsen kan være en indikasjon på at høy grad av DPS-utbygging både kan bidra til at DPS tar større del av døgnpasientene (korrigert for alvorlighetsgrad), og at samarbeidet mellom DPS og sykehus øker. Undersøkelsen gir støtte for føringene i DPS-veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet når det gjelder arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus, og at utbyggingen av DPS-ene vil bidra til at de kan fylle sin plass i dette samarbeidet.



# 1 Innledning

## 1.1 Denne undersøkelsens plass innen et større prosjekt

SINTEF Helse gjennomfører 2002-2007 et prosjekt om hvilken virkning utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre har på tjenestetilbudet og pasienters tilfredshet. Undersøkelsen er et ledd i den evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse som Norges forskningsråd gjennomfører for Sosial- og helsedirektoratet. Åtte DPS-er er med i undersøkelsen.

Prosjektet er godkjent av Etisk forskningskomite for Helseregion Midt-Norge, meldt til NSD/Datatilsynet og fått dispensasjon fra taushetsplikten fra Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med innhenting av data fra helsetjenestene.

Første halvår 2005 ble det for annen gang i prosjektet samlet inn data om de pasientene de åtte DPS-ene hadde kontakt med i løpet av fire uker. For å få kunnskap om arbeidsfordeling og samarbeid mellom distriktpsikiatriske senter (DPS) og sykehus, ble det i 2005 også samlet inn tilsvarende data ved sykehus om de pasientene sykehusene hadde fra de samme kommunene i samme tidsrom. Denne rapporten omtaler arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus slik det var i 2005, og den inneholder også data som sier noe om faglig kompetanse og kompetanseutvikling.

Det er tidligere utgitt en rapport om status og variasjon i distriktpsikiatriske tilbud i 2002 (Ruud og Reas 2003) og en rapport om endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet fra 2002 til 2005 (Ruud et al 2006). Det er også utgitt en rapport om hvordan kommunenes helse- og sosialtjenester vurderte tilbudene fra DPS i 2005 (Ruud 2006).

## 1.2 Myndighetenes forventninger til samarbeidet mellom DPS og sykehus

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98)) definerer og beskriver en del prioriterte mål for endringer gjennom planperioden. Utbygging av DPS var et sentralt organisatorisk virkemiddel i denne planen.

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

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

DPS-et skal gi egne tjenester ved et bredt tilbud med god tilgjengelighet og god nok kvalitet. Med sin posisjon mellom førstelinjetjenesten og de mer spesialiserte sentralsykehusstilbudene



har DPS-et også en oppgave i å bidra til koordinering av det samlede tilbudet for den enkelte bruker og til det samlede tilbudet for befolkningen i opptaksområdet.

I veilederen 'Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen', utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2006, gis det føringer og anbefalinger når det gjelder arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus. Resultatene fra denne undersøkelsen er forsøkt drøftet i forhold til denne veilederen.

### 1.3 Problemstillinger

Hovedspørsmålet i undersøkelsen om DPS-ene i perioden 2002-2007 er: Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?

Undersøkelsen søker blant annet å belyse funksjonsdeling og samarbeid innen behandlingsnettverket, og om det er tilfredsstillende kvalitet på tilbudene ved DPS-ene. Ved å samle inn data på flere tidspunkter kan man si noe om disse forholdene bedres i takt med utbygging av DPS-ene.

Denne rapporten omhandler særlig arbeidsdeling og samarbeid, og i noen grad kompetanse og kvalitet på tilbudene. Fordi det bare er samlet inn data om dette på ett tidspunkt, kan vi ikke her uttale oss om endringer over tid.

Denne delen av prosjektet søker å besvare følgende problemstillinger:

1. Hvordan er arbeidsdelingen mellom DPS-er og sykehus sett ut fra hvilke pasientgrupper de gir utredning og behandling.
2. Hvordan er arbeidsdelingen mellom DPS-er og sykehus sett ut fra de tilbud som gis, de funksjoner som dekkes og den kompetansen de ulike basisenhetene har?
3. Hvordan er samarbeidet mellom DPS-er og sykehus? Hvor mye samarbeides det, hvilke pasientgrupper samarbeides det mest/minst om, hvem samarbeides det mest/minst med, og hvilke former for samarbeid brukes?
4. Synes det å være en sammenheng mellom økt utbygging eller ulike utbyggingsprofiler av DPS-er og arbeidsdelingen, f eks mindre bruk av sykehus eller visse sykehusfunksjoner?
5. Synes det å være en sammenheng mellom økt utbygging eller ulike utbyggingsprofiler av DPS-er og samarbeidet mellom DPS-er og sykehus?
6. Synes det å være en sammenheng mellom arbeidsfordelingen (fordeling av pasienter og funksjoner) mellom DPS og sykehus, og samarbeidet mellom de samme?

## 2 Metode og materiale

Det ble samlet inn data om følgende fire ulike datamaterialer ved hver av åtte DPS-er og de sykehusene som dekker deres opptaksområder (kommuner/bydeler):

- Data om døgnpasienter (ved DPS og sykehus i samme tidsrom)
- Data om helsefaglig bemanning
- Data om kompetanse og behandlingsprofil
- Data om ledernes erfaringer med arbeidsdeling og samarbeid

### 2.1 Data om døgnpasienter og de tilbud de fikk

Behandlerne ved DPS-er og sykehus registrerte opplysninger om alle pasientene som mottok døgnbehandling i prosjektperioden. Kun pasienter som var fra enhetenes opptaksområder ble inkludert (til sammen 45 kommuner/bydeler).

Det ble registrert sosiodemografiske opplysninger, opplysninger om helsetilstand og problemområder, og opplysninger om behandlingstilbudet pasientene fikk. Det ble fylt ut et skjema for hver pasient som hadde en behandlingsepisode som begynte, pågikk eller ble avsluttet i løpet av en prosjektperiode på fire uker. Befolkningen i opptaksområdene for de åtte DPS-ene utgjør vel 10 % av befolkningen i Norge.

Registreringsskjemaene som ble benyttet i DPS og sykehus var utformet på samme måten for at man kunne gjøre sammenligninger. Datainnsamlingen ved Lillestrøm DPS og sykehusavdelingene ved Akershus universitetssykehus (AHUS) ble gjennomført 18.04 – 16.05 i 2005. Datainnsamlingen ved de sju andre DPS-ene og sykehusavdelingene som dekket deres områder ble gjennomført 14.02 – 14.03 i 2005.

Alle typer psykiatriske døgnavdelinger ved DPS og sykehus ble inkludert. Dette ble gjort fordi en ønsket å se på helheten, siden for liten kapasitet i en type døgntilbud ofte kompenseres ved bruk av andre typer døgntilbud som er tilgjengelig.

Fordi det er døgnbehandlingstilbud som fordeles mellom DPS og sykehus, omfattet denne studien kun døgnpasienter.

Utvalget fra Lillestrøm DPS og Akershus universitetssykehus (AHUS) er også brukt i en rapport om pasientflyt og arbeidsdeling innen AHUS psykisk helsevern for voksne (Ruud, Hatling og Lilleeng 2006).

#### **Opplæring og pålitelighet av skåringer**

Det var utarbeidet en kort skriftlig veileder for utfylling av registreringsskjemaene som ble brukt i DPS-ene og i sykehusene.

Ved DPS-ene kunne en bygge på erfaringer fra tilsvarende datainnsamling i 2002, mens denne datainnsamlingen var ny for sykehusene. I motsetning til ved poliklinikkene der alle behandlere måtte lære seg skåringsskjem og registrere data om sine pasienter, var det som regel noen få personer som gjennomførte skåringene ved døgnavdelingene. Det var

gjennomført halvdagsseminarer i skåring av HoNOS (hovedmålet for psykiatriske problem) ved DPS-ene i 2002, og med et noe kortere repetisjon ved besøk av prosjektleder forut for datainnsamlingen i 2005. På nesten alle sykehusene hadde det vært opplæring i bruk av HoNOS i forbindelse med Multisenterstudie for akuttpsykiatri eller andre undersøkelser, og alle sykehusene fikk tilsendt undervisningsmateriellet og instruert i hvordan de skulle bruke dette for å trene på skåring av HoNOS før undersøkelsen ble gjennomført. Det var i hovedsak leger eller erfarne psykiatriske sykepleiere som fylte ut registreringskjemaene.

Ved to DPS ble det i 2002 gjennomført en reliabilitetstesting av ferdigheter i skåring av HoNOS og GAF ved at omtrent alle behandlerne skåret 20 pasientbeskrivelser ut fra HoNOS og GAF. Dette viste tilfredsstillende pålitelighet for skåringer på HoNOS (med unntak av skala 8, 'andre problemer') og for GAF (med noe svakere pålitelighet for symptomskalaen enn for funksjonsskalaen). Det ble ikke gjort tilsvarende reliabilitetstesting i 2005. Men det er grunn til å tro at en ved DPS og sykehus i 2005 med en tilnærmet lik opplæring som i 2002 og noe tidligere erfaring, også har en tilfredsstillende pålitelighet av skåringene i 2005.

### **Vurdering av datamaterialet**

Data ble oversendt til SINTEF i form av utfylte papirskjema, og ble så registrert elektronisk av SINTEF. Data ble registrert ved hjelp av programmet EpiData og overført til statistikkprogrammet SPSS for Windows versjon 13 for videre bearbeiding og analyser. Datafilene ble gjennomgått systematisk for å rette opp feil og mangler.

Ut fra gjennomgang av datafiler og arbeid med kvalitetssikring vet vi om noen mangler og svakheter ved datamaterialet om pasientene. Ved sykehuset i Østfold, som var det eneste sykehuset med to av DPS-ene i studien i sitt område (DPS Moss og DPS Edwin Ruud), var det for noen av pasientene ikke merket av hvilket DPS-område de kom fra. Dette ble identifisert for de fleste av disse pasientene, men noen få pasienter måtte fjernes fra datafila på grunn av usikkerhet. Dette er derfor ingen stor feilkilde.

Ved Sykehuset Innlandet (opptaksområde til Lillehammer DPS) var det noen mindre spesialavdelinger der det ikke er registrerte pasienter i studien. Dette medfører altså trolig en underrapportering for sykehuspasienter fra opptaksområdet for Lillehammer DPS. Ved Sandviken sykehus i Bergen ble alle pasientene som ble innlagt på psykiatrisk akuttmottak (PAM) registrert, men det er trolig at noen pasienter som ble direkte innlagt på andre avdelinger og som ikke gikk via PAM, ikke ble registrert i studien. Det er også sannsynlig at vi mangler en del data om oppholdsdøgn ved andre poster etter overflyttinger fra PAM.

Det er altså noe underrapportering fra sykehus for to av de åtte DPS-områdene. For døgnavdelingene ved DPS mener vi at så å si alle døgnpasienter i perioden ble registrert.

Når det gjelder data om oppholdslengde som grunnlag for å beregne bruk av døgnplasser, vurderte det slik at usikkerheten ved våre registreringer er større enn for data i Samdata psykisk helsevern for 2005. Vi har derfor brukt ut data fra Samdata på dette punktet, slik det er mer detaljert forklart i kapittel 3.2.

## **2.2 Data om bemanning**

Data om bemanning ved både DPS og sykehus ble hentet fra Samdata psykisk helsevern 2004 (Kalseth 2005). Dette viser hvordan bemanningen var ved årsskiftet 2004/2005, altså noen få måneder før registreringen av pasienter. Disse data bygger på institusjonenes rapporteringer til Statistisk sentralbyrå ved slutten av 2004.

## **2.3 Data om kompetanse og klinisk praksis**

De fleste behandlerne og miljøpersonale ved DPS-ene fylte ut et kort spørreskjema om egen kompetanse og et omfattende spørreskjema om klinisk praksis ved posten/teamet der de

arbeider. Disse skjemaene var kjent av personalet ved DPS-ene fra undersøkelsen i 2002. De to spørreskjemaene er omtalt i de kapitlene der det presenteres data fra dem.

De samme spørreskjema var planlagt gitt til behandlere og miljøpersonale ved sykehusavdelinger. Det viste seg imidlertid at en del sykehusavdelinger hadde svært få eller nesten ingen pasienter fra DPS-området i registreringsperioden. Det ble da vurdert som vanskelig å motivere sykehusavdelingene til å fylle ut et omfattende spørreskjema for en undersøkelse som i liten grad berørte dem. Utfylling av skjemaet ble derfor avgrenset til akuttavdelingene i sykehusene, fordi disse data ble innsamlet i Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) som også ble gjort i 2005. Det ble dermed mottatt opplysninger om kompetanse og klinisk praksis fra akuttavdelingene ved sykehusene i seks av de åtte DPS-områdene. Vi fikk data om fra 404 personale ved DPS (derav 114 fra døgnavdelinger) og fra 330 personale ved akuttavdelinger i sykehus. Dette utgjør langt de fleste av ansatte ved disse døgnavdelingene.

## 2.4 Ledernes erfaringer med arbeidsdeling og samarbeid

I tillegg til de opplysningene om arbeidsdeling og samarbeid som bygger på innsamlede data om pasienter og om personalets kompetanse og beskrivelse av sin kliniske praksis, er det også gjennomført kvalitative intervjuer med ledere ved DPS-ene og sykehusene.

Fokus for disse intervjuene var arbeidsdeling og samarbeid i 2005. Intervjuene ble i hovedsak gjort høsten 2006. De ble gjennomført som semistrukturerte telefonintervjuer av 15-30 minutters varighet. For hvert område ble det gjennomført intervjuer med en eller eventuelt flere ledere ved hvert DPS og hvert sykehus. Vi startet med å intervju den lederen som vi mente viste mest om arbeidsdelingen og samarbeidet, og supplerte så med å snakke med andre dersom den første ikke hadde en samlet oversikt. Det ble gjort notater under intervjuene.

Det var planlagt å bruke spørreskjema til noen flere informanter ved hver institusjon, eventuelt supplert med noen intervjuer. Men under forberedelsene kom en fram til at det ville være bedre med kvalitative intervjuer med sentrale ledere som hadde oversikt over helheten og alle kontaktflater med andre institusjoner, enn spørreskjema til mange som bare hadde oversikt og erfaring fra en del av samarbeidet. I ettertid har en vurdert det som en riktig beslutning å bruke kvalitative intervju, siden det varierte en del hvordan den viktigste informasjonen kom fram i intervjuene. Et spørreskjema med faste spørsmål og uten den interaksjon en har i et intervju, ville neppe ha fanget opp like mye informasjon.



### 3 Arbeidsdeling ut fra fordeling av pasienter

Dette kapitlet beskriver døgnpasienter i DPS og i sykehusavdelinger innen psykisk helsevern for voksne i de åtte DPS-områdene.

Materialet er hentet i løpet av en periode på fire uker, - altså de pasientene en hadde kontakt med i løpet av 4 uker. Materialet på i alt 534 døgnpasienter er stort nok til å vise en del hovedtrekk når det gjelder pasientfordeling og variasjoner i dette. Men det vil selvsagt ha begrensninger når det gjelder å analysere fenomener eller forhold som er relativt sjeldne, siden de aktuelle undergruppene da vil kunne bli små og tidsvinduet er kort. Det vises til kapittel 2 om materiale når det gjelder usikkerhet og mulige feilkilder.

Siden poliklinisk, dag- og ambulant behandling er lagt til DPS, er det bare døgntilbudene som er sammenlignbare i DPS og sykehus. I denne rapporten vil vi derfor bare ta for oss arbeidsdeling og samarbeid når det gjelder døgnpasienter. Når det gjelder de andre pasientene ved DPS, henvises det til andre rapporter fra prosjektet. En del av døgnpasientene har også vært i kontakt med andre typer enheter ved DPS-ene, men dette går vi heller ikke inn på i denne rapporten.

Både DPS og sykehus skulle en registrere alle pasienter de hadde kontakt med i løpet av registreringsperioden på fire uker. Dette inkluderer altså pasienter som var innlagt ved DPS eller sykehus da de fire ukene startet, og pasienter som ble lagt inn i løpet av de fire ukene. Noen pasienter ble også utskrevet i løpet av de fire ukene, enten de var innlagt ved starten av perioden eller ble innlagt under perioden. Tabellen nedenfor viser hvordan pasientsirkulasjonen var i løpet av registreringsperioden.

Tabell 3.1 Innleggelser og utskrivninger av pasienter under datainnsamlingen.

	Når innlagt		Antall i alt	Når utskrevet	
	Før perioden	Under perioden		Under perioden	Etter perioden
DPS	183	83	266	78	188
Sykehus	147	121	268	122	146

Tabellen viser at det var omtrent 50 % flere innleggelser og utskrivninger ved sykehus i forhold til DPS-ene. Det er altså samlet sett kortere gjennomsnittlig oppholdstid og større utskifting av døgnpasienter ved sykehusavdelingene enn ved døgnavdelingene ved DPS-ene.

### 3.1 Fordeling av døgnpasienter

Tabellen nedenfor viser fordelingen mellom DPS og sykehus av de døgnpasientene som ble registrert i løpet av 4 uker. Det vises til omtale i kapittel 2 når det gjelder at det trolig mangler noen pasienter på sykehus fra opptaksområdene til Lillehammer og Betanien. Folketallet for hvert område er vist i de tabellene i vedlegget som gjelder bemanning.

Tabell 3.2 Døgnpasienter registrert i løpet av fire uker fra de åtte DPS-områdene

	Antall pasienter			Prosent ved DPS	Pasienter pr 100 000 innb.		
	DPS	Sykehus	I alt		DPS	Sykehus	I alt
Moss	33	31	64	52	63	59	122
Edwin Ruud	33	26	59	56	73	57	130
Lillestrøm	56	80	136	41	42	60	102
Lillehammer	61	41	102	60	88	59	147
Ringerike	22	11	33	67	66	33	99
N Vestfold	9	22	31	29	17	43	60
Betanien	26	48	74	35	40	75	115
Vesterålen	26	9	35	74	85	30	115
<b>Til sammen</b>	<b>266</b>	<b>268</b>	<b>534</b>	<b>50</b>	<b>56</b>	<b>55</b>	<b>111</b>

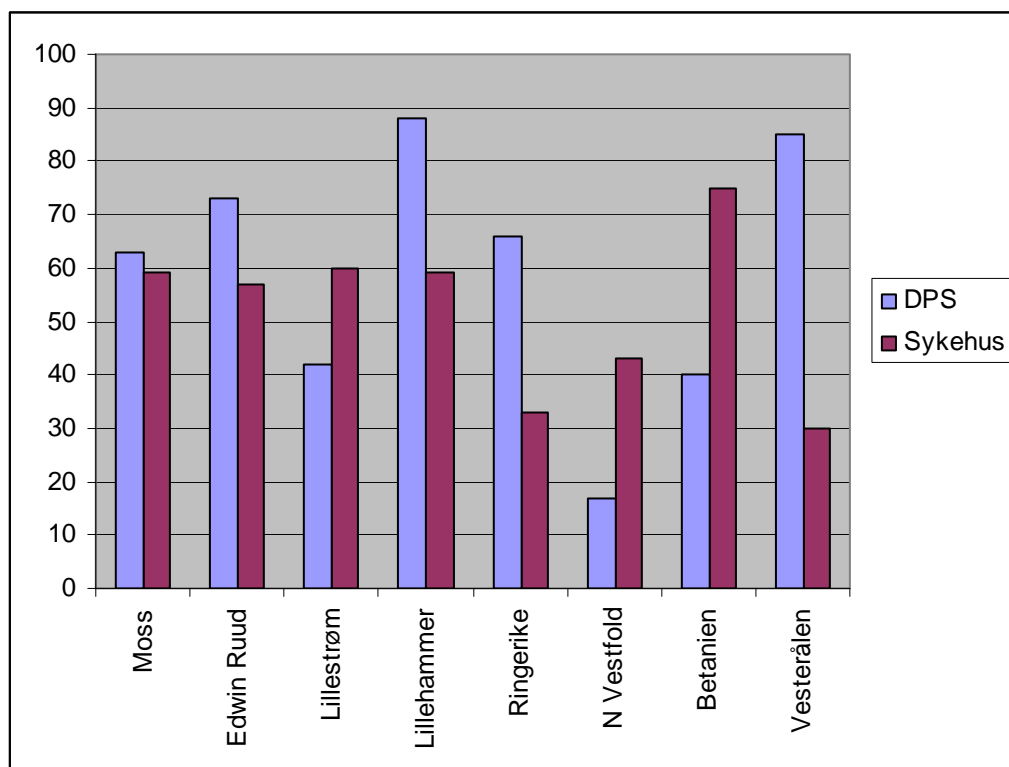
For de åtte opptaksområdene samlet sett var det like mange pasienter ved DPS-ene som ved sykehusene. Dette vises både i kolonnen over hvor stor prosent DPS-pasientene utgjorde av samlet antall døgnpasienter, og av forholdet mellom DPS og sykehus justert for folketall i DPS-områdene i de to siste kolonnene. Ut fra den underreporteringen som vi regner med er fra sykehus antar vi at det i virkeligheten var noen flere pasienter i sykehus, men at forskjellen for disse åtte områdene samlet sett ikke var stor.

Men det var stor variasjon mellom områdene både i antallet døgnpasienter pr 100 000 innbyggere i området som helhet, og i hvordan disse fordeler seg mellom DPS og sykehus. Antallet døgnpasienter er mer enn dobbelt så høyt i det området som har flest døgnpasienter (147) i forhold til det området som har færrest (60). Og andelen døgnpasienter ved DPS varierer fra 35 % til 74 %.

Det samlede antall personer som har vært døgnpasienter er egentlig noe lavere enn den siste kolonnen viser. Grunnen til dette er at noen pasienter er registrert både ved DPS og sykehus fordi de ble overflyttet fra en institusjon til en annen i løpet av registreringsperioden. Men antallet personer som hadde døgnplass på hver type institusjonen er likevel det antallet som står i kolonne fem og seks.

Antall pasienter ved henholdsvis DPS og sykehus er justert for folketallet er vist grafisk i figuren nedenfor. Den viser som tabellen at det er stor variasjon mellom DPS-områder på fordelingen av døgnpasienter mellom DPS og sykehus.

Figure 3.1 Antall pasienter registrert fra DPS-områdene i løpet av fire uker (pr 100 000 innb.)



### 3.2 Hvordan bruk av døgnplasser var fordelt

Vi har også analysert hvordan bruk av døgnplasser var mellom DPS og sykehus, både samlet sett og for hvert DPS-område. Folketallet for hvert område er vist i tabellene i vedlegget som gjelder bemanning.

Ved registreringen i denne undersøkelsen skulle det fylles ut antall døgn pasienten var ved den enkelte døgnpost i løpet av registreringsperioden på fire uker. Det skulle være grunnlaget for utregning av bruk av oppholdsdøgn og døgnplasser. For 11 prosent av pasientene var det ikke fylt ut antall døgn for noen post, og for 5 prosent var det fylt ut antall døgn ved to ulike poster. Vi vet ikke hvor mange pasienter som har vært på mer enn en post i perioden, og vet derfor ikke om det mangler data for opphold i andre poster for en del pasienter. Dette sammen med en sannsynlig underregistrering ved to sykehus (se kapittel 2) gjør at det er en viss usikkerhet i våre data om oppholdsdøgn og bruk av døgnplasser.

For å kontrollere våre data, har vi sammenlignet dem med de data om bruk av oppholdsdøgn i hele 2005 som er rapportert i Samdata psykisk helsevern (Pedersen 2006) for innleggelser ved det lokale DPS og sykehus for hvert DPS-område. Tallene i Samdata bygger på data fra institusjonenes elektroniske pasientregistre, slik de er rapportert til Norsk pasientregister. For å kunne sammenligne, måtte vi regne om våre tall for fire uker til estimater for ett år.

Denne kontrollen viste godt samsvar mellom våre tal og Samdata for vel halvparten av områdene. Men vi hadde høyere tall for DPS ved Lillehammer og Ringerike sammenlignet med Samdata, og lavere tall for Nordre Vestfold og Betanien. For sykehusene hadde vi lavere tall enn Samdata for områdene til Edwin Ruud, Ringerike og særlig Betanien. Ut fra dette har



vi her valgt å bruke Samdata som kilde for neste tabell og figur, siden vi vurderer disse tallene som mer pålitelige enn de data vi har samlet inn.

Tabell 3.3 Fordeling av døgnplasser pr 100 000 brukt ved eget DPS og eget sykehus i 2005 (Samdata)

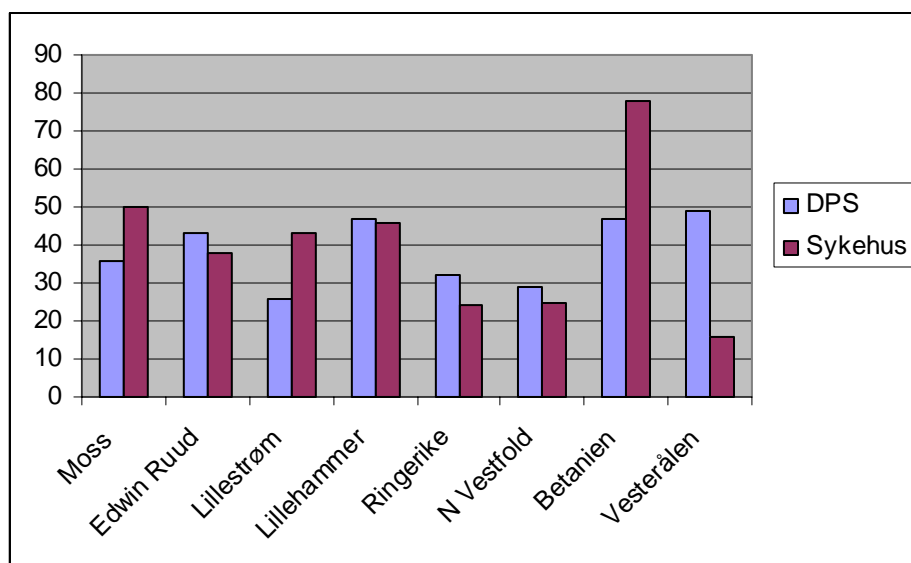
	Døgnplasser pr 100 000 brukt ved DPS og sykehus som dekker området			Prosent ved DPS	Andel (%) døgnbehov dekket innen området
	DPS	Sykehus	Samlet		
Moss	36	50	87	42	92
Edwin Ruud	43	38	81	53	91
Lillestrøm	26	43	69	38	87
Lillehammer	47	46	94	51	92
Ringerike	32	24	55	57	85
N Vestfold	29	25	53	54	93
Betanien	47	78	125	38	92
Vesterålen	49	16	66	75	100
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>79</b>	<b>51</b>	<b>92</b>

Kilde: Samdata psykisk helsevern for 2005 (Pedersen 2006)

I følge data fra Samdata er 51 % av bruken av døgnplasser i disse åtte områdene samlet sett ved DPS, altså omtrent halvparten. Men det er en del variasjon mellom områdene. Den siste kolonnen viser hvor stor andel av befolkningens samlede bruk av døgnplasser som skjer ved det lokale DPS og sykehus. Resten skjer ved DPS eller sykehus andre steder.

Figuren nedenfor viser de samme tallene i grafisk fremstilling for å synliggjøre variasjonen.

Figur 3.1 Fordeling av døgnplasser pr 100 000 brukt ved eget DPS og eget sykehus i 2005 (Samdata)



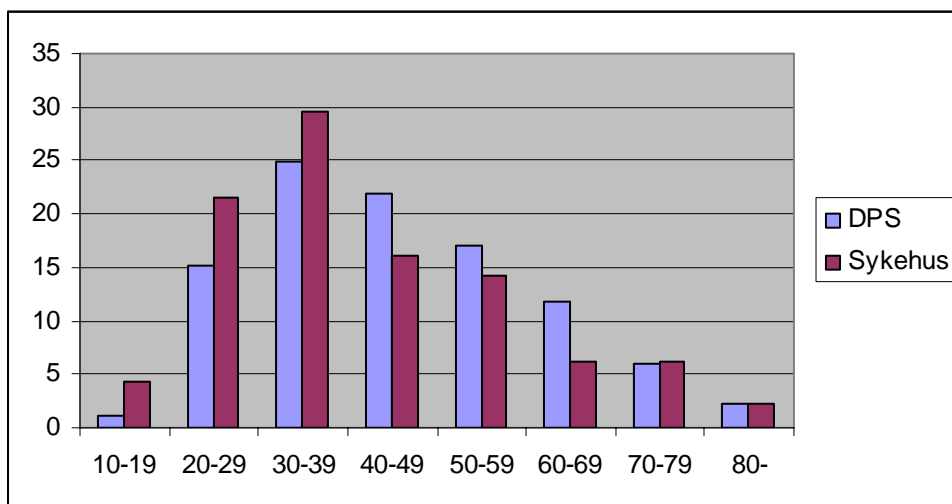
Kilde: Samdata psykisk helsevern for 2005 (Pedersen 2006)

### 3.3 Sosiodemografiske forhold og livssituasjon

Ved DPS var det 40 % menn og 60 % kvinner, mens det ved sykehus var 45 % menn og 55 % kvinner. Denne lille forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Gjennomsnittsalderen var 45 år (SD = 16) ved DPS og 41 år (SD (16) ved sykehus, og den noe lavere gjennomsnittsalderen ved sykehus var statistisk signifikant forskjellig ( $p < 0.01$ ). Aldersfordelingen ved begge typer institusjoner er vist i figuren nedenfor.

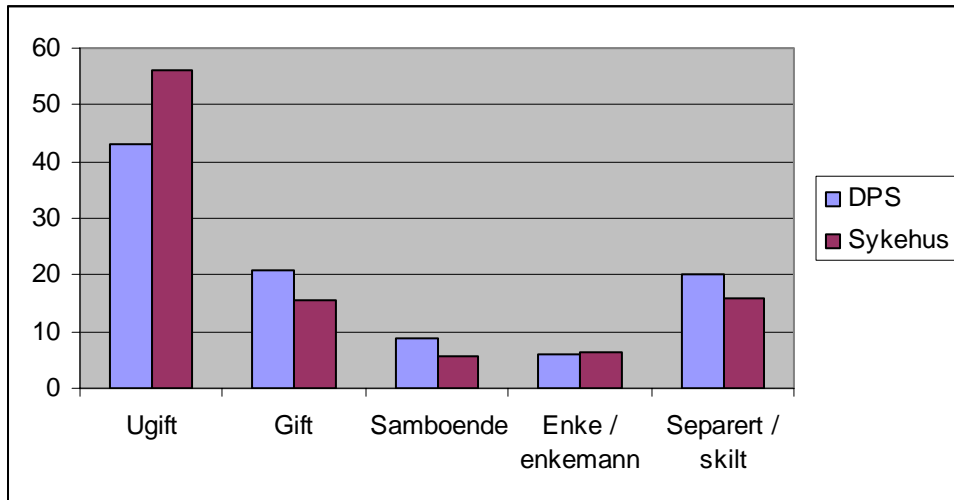
Figur 3.2 Aldersfordeling (prosent) av døgnpasienter ved DPS og sykehus



Figuren ovenfor viser at det er en større andel pasienter ved sykehus enn ved DPS for alle aldersgruppene under 40 år, mens det er motsatt for pasienter mellom 40 og 70 år.

Det er få døgnpasienter med ikke-vestlig etnisk bakgrunn. Bare 12 pasienter ved DPS og 10 ved sykehus er registrert med en fremmedkulturell bakgrunn, og en trengte tolk bare overfor fire ved DPS og tre ved sykehus. Tre av pasientene ved DPS var asylsøkere og ingen av pasientene ved sykehusene.

Figur 3.3 Fordeling (prosent) på sivilstand for døgnpasientene fra DPS og sykehus



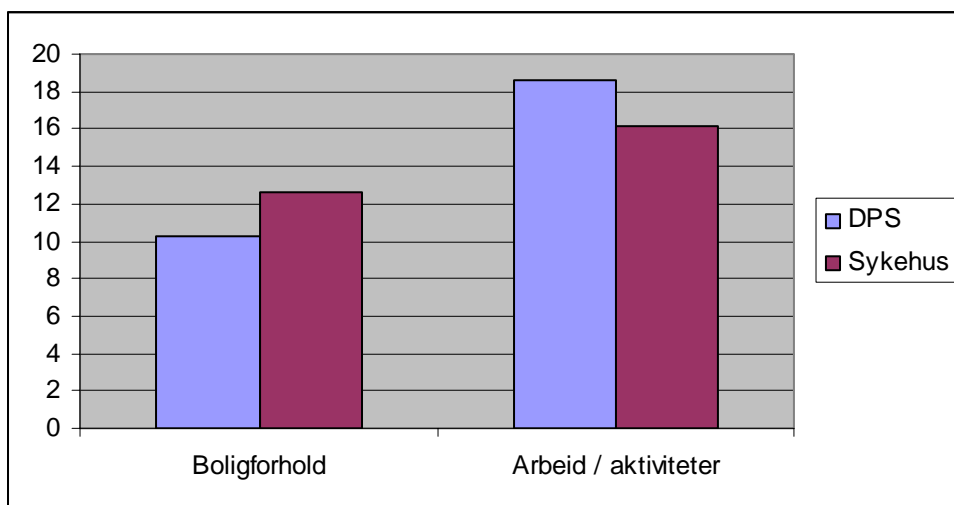
Figuren viser at flertallet er enslige (ugift, enke/enkemann eller separert/skilt). Mønsteret i fordelingen er ganske likt for DPS-pasienter og sykehuspasienter. Men det ser ut til av sykehusene i noen større grad mottar pasienter som ikke er eller har vært gift eller samboende.

På et annet spørsmål på skjemaet ble det registrert av 54 % av pasientene ved DPS bor alene, mens 60 % av pasientene ved sykehus bor alene. Sett ut fra dette som et mål på sosialt nettverk, har sykehuspasientene litt dårligere nettverk ( $p < 0,05$ ).

### Hvordan bolig og arbeid/aktivitet er tilpasset pasientenes behov

Behandlerne har skåret på skala 11 og 12 i HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) hvor godt bolig og daglig arbeid/aktivitet er tilpasset pasientens behov. Dette er vist i figuren nedenfor. Se ellers mer om HoNOS i neste underkapittel.

Figur 3.4 Andel pasienter (prosent) der bolig og arbeid/aktivitet er dårlig tilpasset deres behov



Skåring 3 eller 4 (moderat alvorlig til svært alvorlig) på skalaene på HoNOS (se vedlegg)

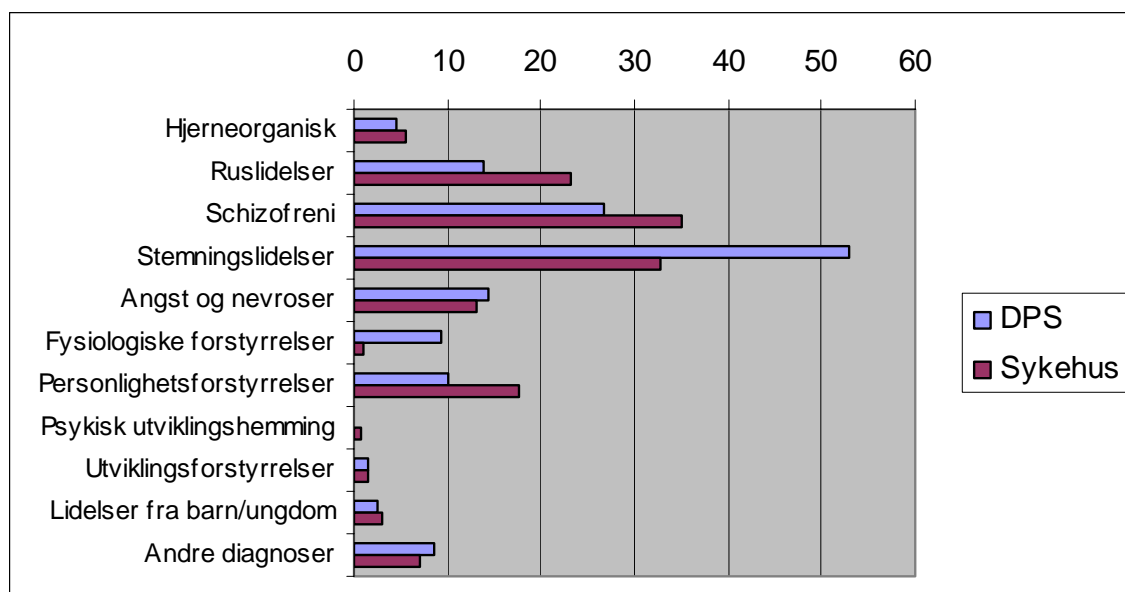
Det er en god del pasienter der bolig og særlig daglig aktivitet er dårlig tilpasset pasientens behov. For daglig aktivitet er dette vurdert til å være et alvorlig problem for opptil 15-20 % av pasientene. Mønsteret her er omtrent det samme for både DPS og sykehus.

Det er godt dokumentert gjennom forskning at det å ha noe meningsfylt å gjøre til daglig er viktig både for livskvalitet og for psykisk helse. For å bidra til å imøtekomme slike behov, må psykisk helsevern samarbeide med andre tjenester og instanser som har kompetanse og virkemidler innen disse områdene.

### 3.4 Type og alvorlighetsgrad av psykiske lidelser og problemer

#### Diagnosegrupper

Tabell 3.4 Andel døgnpasienter (prosent) ved DPS og sykehus med ulike diagnosegrupper ut fra ICD-10



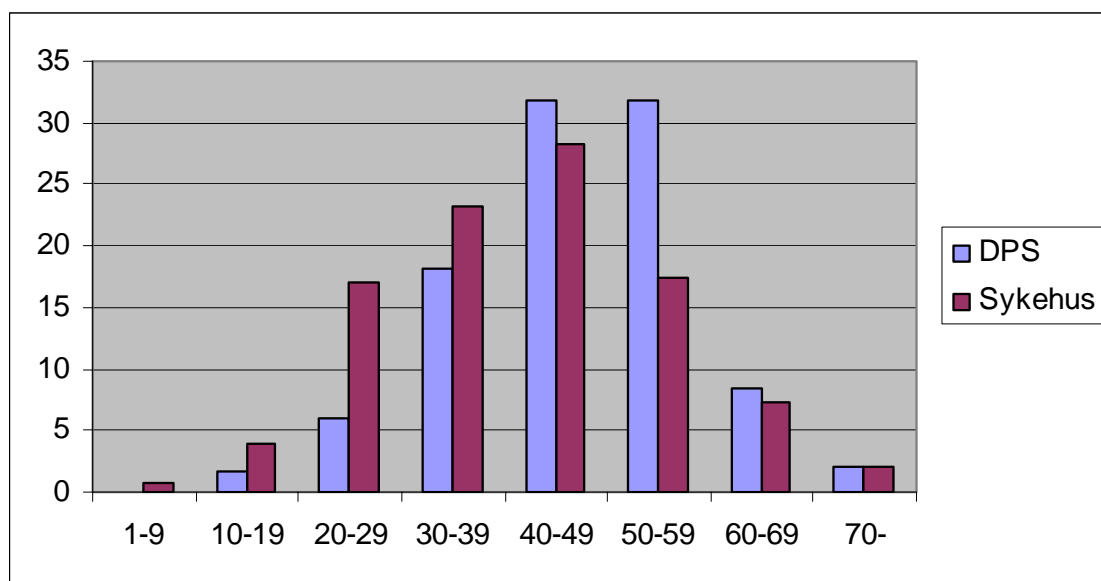
Diagrammet viser diagnoser samlet sett med inntil 3 diagnoser for hver pasient. Det samlede prosenttallet er derfor over 100 prosent.

DPS-ene har en større andel pasienter med stemningslidelser (i hovedsak depresjoner), mens sykehusene har en større andel pasienter med ruslidelser, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. For de andre diagnosegruppene er det omtrent samme mønster ved DPS og sykehus. Det er likevel mange pasienter med schizofreni også ved DPS, der de utgjør den nest største pasientgruppen på vel 25 % av døgnpasientene. Andre diagnoser inkluderer pasienter med somatiske diagnoser og koder for observasjon eller annet.

## Symptomnivå

Symptomnivå ble skåret på GAF (Global Assessment of Functioning Scale) symptomskala fra den todelte versjonen av GAF som har vært brukt i Norge i noen år. Fordelingen mellom DPS og sykehus for de ulike områdene på skalaen er vist i figuren nedenfor.

Figur 3.5 Fordeling av skåringer på GAF for symptomnivå for hvert titalls intervall på skalaen



Skåringskala: Fra 1 = alvorligste mulige symptomnivå, til 99 = best mulig helsetilstand (se vedlegg).

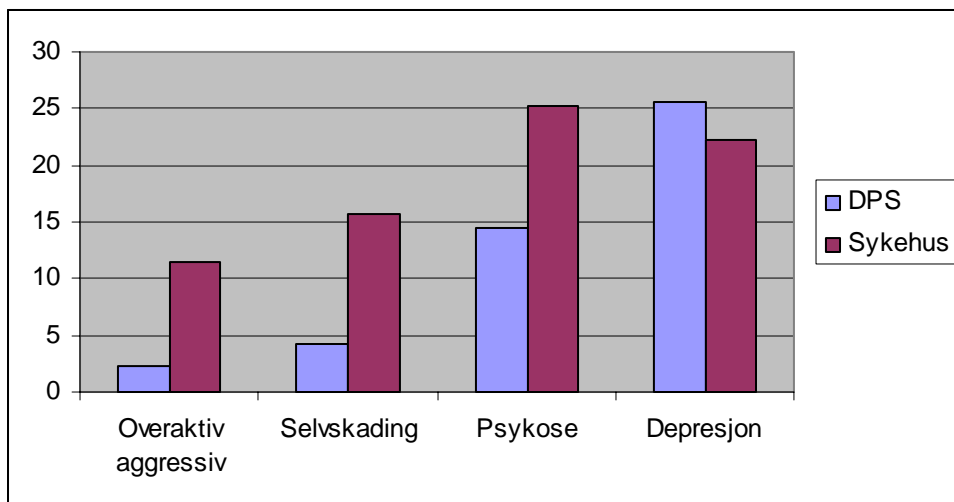
Figuren viser at pasienter med lavere symptomskåre og dermed alvorligere symptomer i større grad er innlagt ved sykehus enn ved DPS. Pasienter med høyere symptomskåre og dermed mer moderate symptomer er i større grad innlagt DPS enn sykehus. Skiftet mellom disse to mønstrene er ved GAF=40. Dette er i samsvar med anbefalingene i DPS-veilederen om at dårligere pasienter skal behandles ved sykehus.

Men figuren viser også at det er en betydelig overlapping mellom pasienter ved DPS og pasienter ved sykehus sett ut fra skåring på GAF symptomskala. Mange av pasientene i de midtre delene av skalaen kan trolig hjelpes både ved DPS og sykehus. Det er derfor trolig mange andre faktorer og forhold som også påvirker hvor den enkelte pasient blir innlagt.

## Alvorlighetsgrad innen ulike problemområder

Figuren nedenfor viser andel pasienter med alvorlige problemer innen fire ulike typer psykiatriske problemområder ut fra bruk av skåringskjemaet HoNOS (Health of the Nation Scales). HoNOS er et sett med 12 skåringskalaer som er utviklet for bruk i klinisk arbeid som et ledd i utredning av pasienter, monitorering av behandlingen og måling av utfall (ref). Opplæringen i HoNOS og spørsmål om pålitelighet av skåringene er omtalt i kapittel 2. I figuren nedenfor har vi tatt med de skalaene som er mest relevante for sammenligningen av pasienter ved DPS når det gjelder problemområder.

Figur 3.6 Andel pasienter (prosent) med alvorlige problem innen ulike problemområder



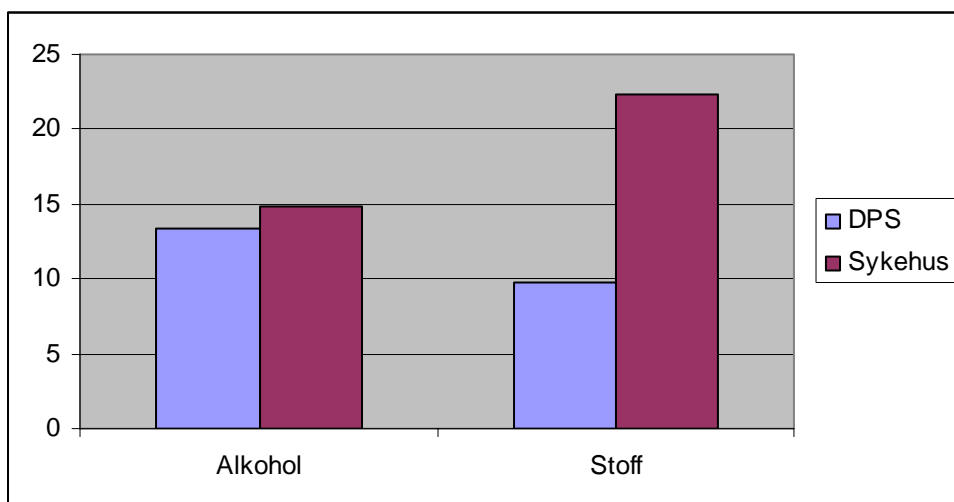
Skåring 3 eller 4 (moderat alvorlig til svært alvorlig) på skalaene på HoNOS (se vedlegg)

Figuren viser at pasienter med alvorlig grad av problem innen aggressiv atferd og selvskading i hovedsak behandles ved sykehus, og at pasienter med alvorlig grad av psykose (som altså for tiden har hallusinasjoner eller vrangforstillinger i alvorlig grad) også for det meste behandles i sykehus. Men pasienter ned alvorlig grad av senket stemningsleie, behandles like mye eller vel så mye ved DPS sammenlignet med sykehus.

### 3.5 Bruk av rusmidler

Misbruk og avhengighet av alkohol og narkotika i løpet av de siste seks månedene før registreringstidspunktet er skåret på to skalaer som brukes mye til dette, og som har vist seg å være ganske robuste skalaer som gir pålitelige skåringer. (Mueser 1995)

Figur 3.7 Andel pasienter (prosent) med misbruk, avhengighet eller uførhet siste 6 måneder pga alkohol/stoff



Figuren viser at det ikke er noen særlig forskjell på andelen døgnpasienter ved DPS og sykehus som har misbruk, avhengighet eller uførhet når det gjelder alkohol. Men pasienter med misbruk, avhengighet eller uførhet når det gjelder stoff er i mye større grad pasienter ved sykehus enn ved DPS. Dette er trolig mer komplekse tilstander med kombinasjon av ruslidelse og psykisk lidelse, og i så fall i tråd med anbefalingene i DPS-veilederen.

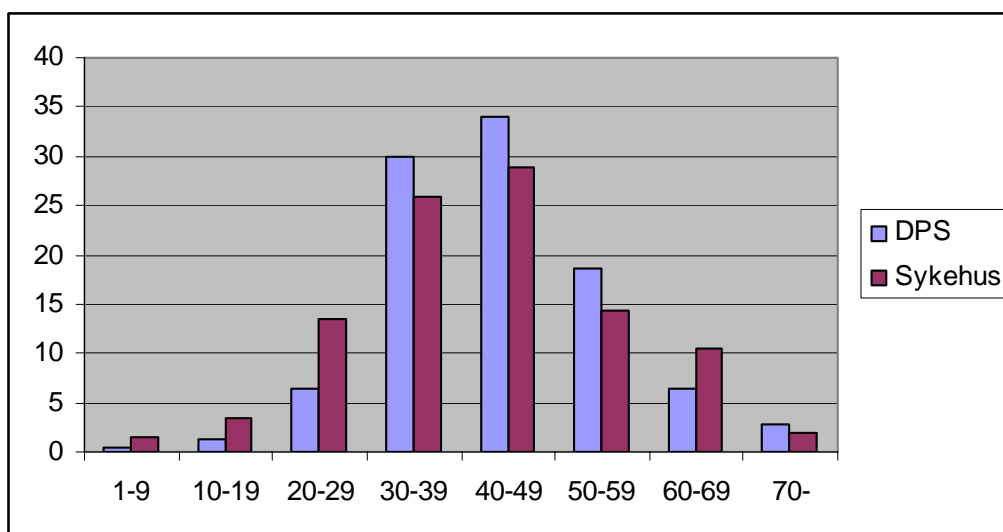
### 3.6 Problemer med praktisk og sosial fungering

Pasientenes funksjonsnivå eller problem med å fungere er skåret av behandlerne både på GAF F (skala om funksjonssvikt) og på to skåringsskalaer på HoNOS om henholdsvis praktisk fungering og sosial fungering.

Figuren nedenfor viser noe av det samme mønsteret som for GAF symptomskala, ved at pasienter med lav skåre og dermed stor funksjonssvikt i større grad er pasienter ved sykehus enn ved DPS, mens pasienter med høyere skåre og mindre funksjonssvikt i større grad er pasienter ved DPS enn sykehus. Men skiftet mellom disse to områdene på funksjonsskalaen er lavere (ved skåre=30) enn for symptomskalaen.

Vi forutsetter her at GAF er skåret pålitelig nok. Testing av dette ved to DPS i forbindelse med datainnsamlingen i 2002 viste at behandlerne kunne skåre GAF brukbart pålitelig. Vi antar at det samme også gjelder i 2005 selv om vi ikke har testet dette. Men det er altså en viss usikkerhet knyttet til påliteligheten av skåringene.

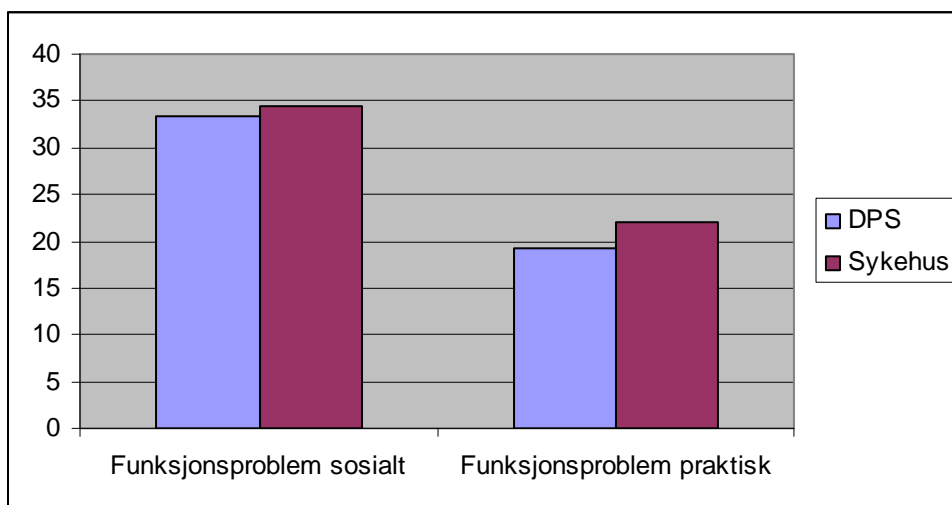
Figur 3.8 Fordeling av skåringer på GAF for symptomnivå



Skåringsskala: Fra 1 = lavest mulige funksjonsnivå, til 99 = best mulig funksjonsnivå. Se skalaene i vedlegget.

Den neste figuren viser problemer innen sosial og praktisk fungering slik det er skåret på to av skalaene i HoNOS (se avsnittet om HoNOS under psykiske problemer ovenfor). Figuren viser andel av pasienter med alvorlig grad av problemer innen disse to områdene.

Figur 3.9 Andel pasienter (prosent) med alvorlige problem innen sosial og praktisk fungering



Skåring 3 eller 4 (moderat alvorlig til svært alvorlig) på skalaene på HoNOS (se vedlegg)

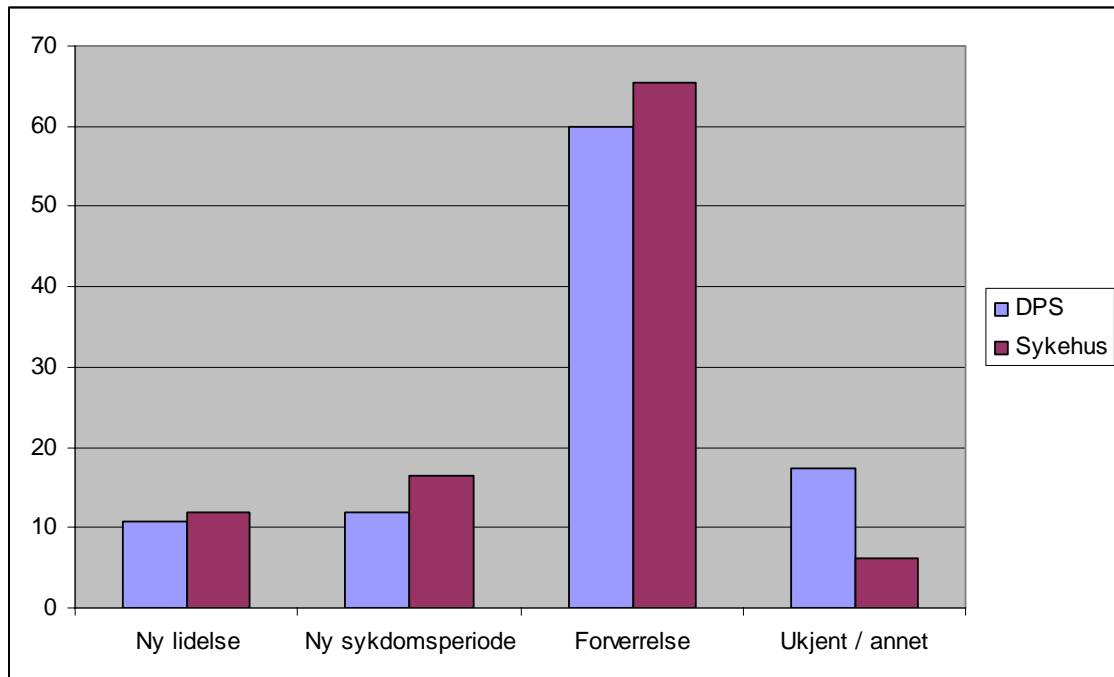
Det er ingen forskjeller av betydning mellom DPS og sykehus når det gjelder andelen av pasienter som har alvorlige funksjonsproblemer. Men både ved DPS og ved sykehus er det omtrent dobbelt så mange pasienter som er vurdert til å ha alvorlige problemer med å fungere sosialt, sammenlignet med å fungere praktisk. Siden det ikke er klare forskjeller mellom DPS og sykehus, er det trolig andre forhold som i større grad avgjør hvor den enkelte pasient behandles.

#### Pasientenes sykdomsfase

Det var et spørsmål på registreringsskjemaet om hvilken fase pasienten var i ved innleggelsen når det gjaldt utvikling av psykisk lidelse og sykdomsforløp. Behandlerne kunne da sette kryss for et av de alternativene som er vist på figuren nedenfor.



Figur 3.10 Status for pasientens sykdomsfase ved nåværende opphold



Hovedmønsteret i figuren er at både ved DPS og ved sykehus hadde omtrent 2/3 av pasientene en forverrelse av en langvarig eller kronisk lidelse da de ble innlagt til det nåværende oppholdet. Det er litt tendens til at pasienter med en ny lidelse, eller med en ny sykdomsperiode av en lidelse de har hatt tidligere, i litt større grad kommer til sykehus. Men den største forskjellen i figuren er at spørsmålet er ubesvart hos færre pasienter ved sykehus. Dette kan bidra til at de andre søylene blir litt høyere for sykehus ved at flere pasienter fordeles på disse. Det er derfor usikkert om det egentlig er noen forskjell av betydning her mellom DPS og sykehus. Hovedmønsteret er at de fleste pasienter ved døgnavdelinger har langvarige psykiske lidelser.

### 3.7 Pasientfordeling sammenholdt med anbefalinger i DPS-veilederen

Den nye veilederen for distriktpsikiatriske sentre (2006) fra Sosial og helsedirektoratet beskriver en anbefalt oppgavefordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusfunksjoner. Den fordelingen er satt opp mest ut fra hvilke tilbud pasientene trenger, og lite ut fra diagnoser. Men det nevnes at sykehusene bør ta seg av pasienter med særlig vanskelige og kompliserte tilstander innen følgende diagnosegrupper: Spiseforstyrrelser, kombinasjon av rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse, selvskading, tvangstilstander og alderspsikiatriske lidelser.

Vi har testet forskjeller i alvorlighetsgrad mellom pasienter i DPS og sykehus målt på begge GAF-skalaene og på de fire HoNOS-skalaene som er vist i figuren i dette kapitlet (overaktiv/aggressiv, selvskade, psykose, senket stemningsleie), for å se om vi fant en fordeling i samsvar med de anbefalingene som er gitt i den nye DPS-veilederen. For de diagnosegruppene der det var mange nok døgnpasienter til at vi kunne teste forskjell i gjennomsnittsskåre, fant vi følgende:

- Ruslidelser (42 pasienter): Døgnpasienter ved DPS hadde mer senket stemningsleie ( $p < 0,05$ ).

- Schizofreni (149 pasienter): Døgnpasienter ved sykehus hadde høyere aggresjon ( $p < 0,001$ ) og mer senket stemningsleie ( $p < 0,001$ ).
- Stemningslidelser (177 pasienter): Døgnpasienter ved sykehus hadde lavere skåringer på GAF symptomskala ( $p < 0,01$ ) og GAF funksjonsskala ( $p < 0,05$ ), og mer aggresjon ( $p < 0,05$ ) og selvskading ( $p < 0,01$ ).
- Angst og nevrososer (44 pasienter): Pasienter i sykehus hadde lavere skåring på GAF symptomskala ( $p < 0,05$ ), mer selvskading ( $p < 0,001$ ) og mer tendens til psykotiske trekk ( $p < 0,01$ ).
- Personlighetsforstyrrelser (48 pasienter): Pasienter i sykehus hadde mer selvskading ( $p < 0,05$ ).

For de større diagnosegruppene fant vi altså at døgnpasientene i sykehus hadde mer alvorlige psykiske problemer enn pasientene i DPS-avdelinger, og dette gjaldt særlig alvorlighetsgrad av aggressiv atferd eller selvskading. Dette er i samsvar den nye DPS-veilederens anbefalinger.

### 3.8 Oppsummering om fordeling av pasienter

De åtte DPS-ene hadde 266 døgnpasienter og sykehusavdelingene hadde 268 pasienter i løpet av registreringsperioden på fire uker, - til sammen 534 døgnpasienter som altså var ganske likt fordelt. Det antas å være noe underrapportering fra noen avdelinger ved to sykehus når det gjelder pasienter.

Når vi ser på pasientfordelingen mellom DPS og sykehus for hvert område, er det stor variasjon mellom områdene både i antallet døgnpasienter pr 100 000 innbyggere, og i hvordan disse fordeler seg mellom DPS og sykehus.

Ved analyse av oppholdsdøgn og døgnplasser har vi brukt Samdata psykisk helsevern som kilde fordi det var mangler for noen områder i det materialet vi hadde samlet inn. Antall oppholdsdøgn i forhold til folketallet var omtrent likt fordelt på DPS og sykehus for de åtte områdene samlet sett. Men det var en del variasjon mellom områdene både når det gjaldt samlet bruk av døgnplasser og hvordan bruk av døgnplasser var fordelt på DPS og sykehus.

Det var ingen forskjell av betydning i andelen kvinner og menn ved DPS og sykehus, men det var en noe lavere gjennomsnittsalder ved sykehus enn ved DPS. Vurdert ut fra hvor mange som bor alene, har sykehuspasientene litt dårligere nettverk. For en god del pasienter er bolig og særlig daglig aktivitet dårlig tilpasset pasientens behov. Det er få døgnpasienter med ikke-vestlig etnisk bakgrunn.

DPS-ene har en større andel pasienter med stemningslidelser (i hovedsak depresjoner), mens sykehusene har en større andel pasienter med ruslidelser, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. For de andre diagnosegruppene er det omtrent samme mønster ved DPS og sykehus. Det er likevel mange pasienter med schizofreni også ved DPS, der de utgjør den nest største pasientgruppen på vel 25 % av døgnpasientene. For de større diagnosegruppene fant vi at døgnpasientene i sykehus hadde mer alvorlige psykiske problemer enn pasientene i DPS-avdelinger, og dette gjaldt særlig alvorlighetsgrad av aggressiv atferd eller selvskading. Denne fordelingen er i samsvar den nye DPS-veilederens anbefalinger.

Pasienter med lavere GAF symptomskåre var i større grad innlagt sykehus enn DPS, mens pasienter med høyere symptomskåre i større grad var innlagt DPS. Det samme mønster fant vi for GAF funksjonsskala, men litt forskjøvet. Det er ingen forskjeller av betydning mellom DPS og sykehus når det gjelder andelen av pasienter som har alvorlige funksjonsproblemer. Men både ved DPS og sykehus er det omtrent dobbelt så mange pasienter som er vurdert til å ha alvorlige problemer med å fungere sosialt, sammenlignet med å fungere praktisk.

Pasienter med alvorlig grad av problem innen aggressiv atferd og selvskading er i hovedsak ved sykehus, og pasienter med alvorlig grad av psykose behandles for det meste i sykehus. Men pasienter med alvorlig grad av senket stemningsleie, behandles like mye eller vel så mye ved DPS sammenlignet med sykehus. Det ikke er noen særlig forskjell på andelen døgnpasienter ved DPS og sykehus som har misbruk, avhengighet eller uførhet når det gjelder alkohol. Men andelen pasienter med misbruk, avhengighet eller uførhet når det gjelder stoff er større ved sykehus enn ved DPS.

Både ved DPS og ved sykehus hadde omtrent 2/3 av pasientene en forverrelse av en langvarig eller kronisk lidelse da de ble innlagt til det nåværende oppholdet.

## 4 Ressurser og kompetanse ved DPS og sykehus

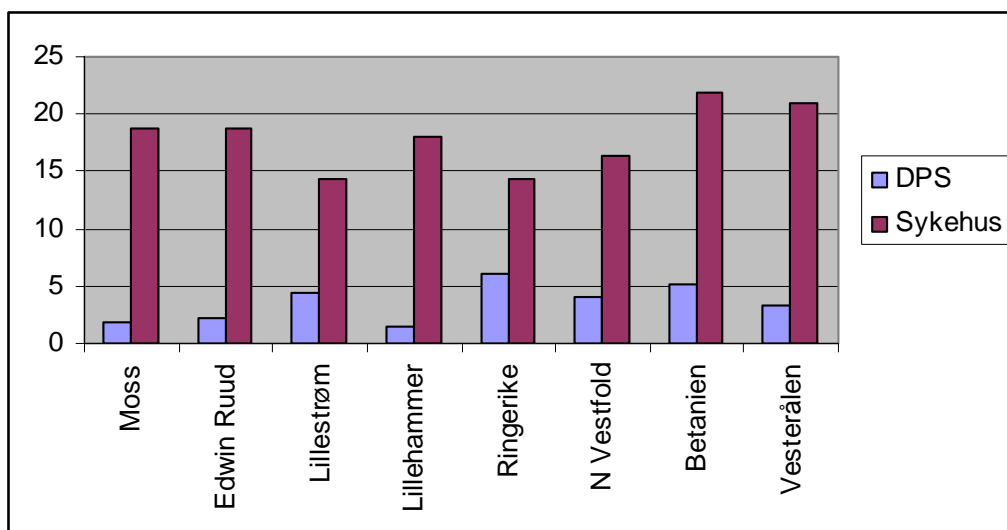
Detta kapitlet tar for seg fordeling mellom DPS og sykehus i de åtte områdene når det gjelder bemanning, kompetanse og kompetansebygging.

### 4.1 Bemanning

Opplysningene om bemanning er hentet fra Samdata psykisk helsevern for 2004, som bygger på de tall institusjonene selv har rapportert ved avslutningen av 2004, altså bare noen få måneder før perioden med registrering av pasienter.

Vi har søkt å avgrense opplysningene om bemanning til det som var bemanning av døgnavdelingene. For DPS-ene er dette oppgitt for seg i Samdata psykisk helsevern, men delvis med unntak når det gjelder leger og psykologer. For en del DPS er alle leger og psykologer ført opp under poliklinikken og ingen under døgnavdelinger, selv om en del arbeider deltid ved døgnavdelingene. For sykehusene er det bare oppgitt samlet bemanning, og siden de stort sett har døgnavdelinger oppfatter vi dette som døgnbemanning.

Figur 4.1 Leger og psykologer ved døgnavdelinger ved DPS og sykehus pr 100 000 innbyggere

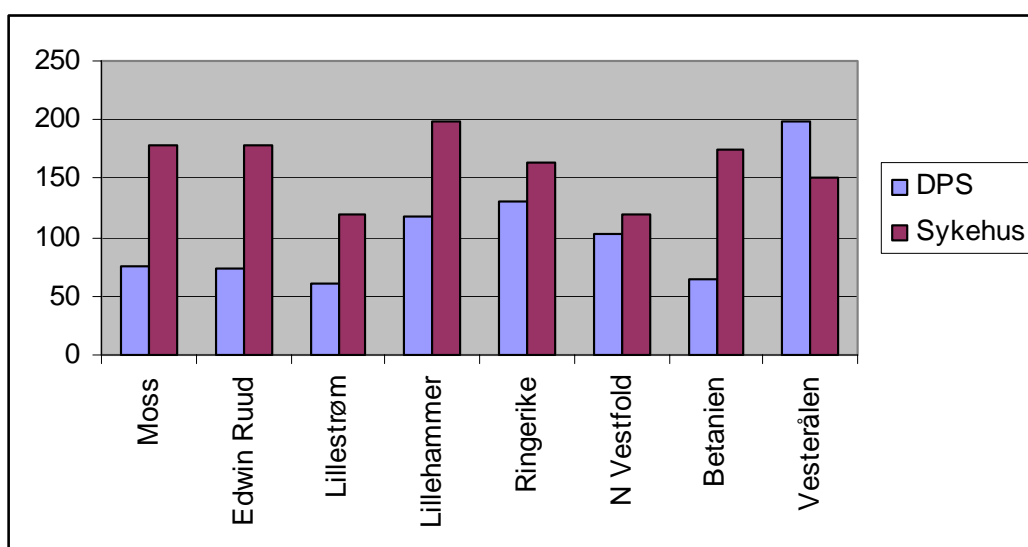


Kilde: Samdata psykisk helsevern for 2004. For DPS-ene er bemanningen sammenholdt med folketallet i opptaksområdet for DPS-et, og for sykehusene er bemanningen sammenholdt med folketallet i opptaksområdet for sykehuset. Det varierer hvorvidt arbeid ved leger og psykologer ved døgnavdelinger i DPS er skilt ut.

Hovedmønsteret i figuren ovenfor er at bemanningen med leger og psykolog er mye lavere ved døgnavdelinger ved DPS enn ved sykehus. Dette har delvis sammenheng med historiske forskjeller, delvis ved at undersøkelser og vedtak i forbindelse med den nye psykisk helsevernloven krever høyere bemanning, og delvis kan det ut fra den nevnte registreringspraksisen være lavere tall i Samdata enn det er i virkeligheten. Men i telefonintervjuer har lederne ved DPS-ene nettopp beskrevet for lav bemanning med leger og psykologer ved døgnavdelinger som ett sentralt problem. Tallene for sykehus er trolig for høye, fordi det kan være stillinger for leger og psykologer som ikke er knyttet til døgnavdelingene, men som f.eks. kan være knyttet til spesialteam, veiledningsoppgaver, tilsyn av pasienter på somatiske avdelinger og annet. Vi vet altså ikke hvor mye de store forskjellene skal korrigeres. Men det er likevel sannsynlig at forskjellene mellom DPS-ene og sykehusene er store, og at det også er store variasjoner mellom områdene.

Den neste figuren viser bemanningen samlet sett for døgnavdelingene ved DPS og samlet sett ved sykehus. Disse er også hentet fra Samdata psykisk helsevern.

Figur 4.2 Samlet bemanning ved døgnavdelinger DPS og sykehus pr 100 000 innb. i opptaksområdene deres



Kilde: Samdata psykisk helsevern for 2004. For DPS-ene er bemanningen sammenholdt med folketallet i opptaksområdet for DPS-et, og for sykehusene er bemanningen sammenholdt med folketallet i opptaksområdet for sykehuset.

Også for samlet bemanning finner vi med ett unntak mye større bemanning ved sykehus enn ved DPS. Det er trolig mindre feilkilder i denne figuren enn i den ovenfor om leger og psykologer. Men også her er det sannsynligvis slik at en del av bemanningen ved sykehus ikke er knyttet til døgnavdelingene. Ved psykiatriske sykehus er det blant annet i større grad tekniske avdelinger som trolig også er regnet med i den samlede bemanningen. Som i forrige figur er det en god del variasjon mellom områdene både for DPS, sykehus og forholdet mellom dem.

## 4.2 Kompetanse og kompetansebygging

Et kort spørreskjema om egen faglig bakgrunn og kompetanse er rapportert fra de fleste av behandlingspersonalet ved DPS-ene og fra de fleste av behandlingspersonalet ved de fem akuttavdelingene som er med i Multisenterstudie av akuttpsykiatri. Opplysningene nedenfor bygger på 404 skjema fra DPS-ene og 330 skjema fra akuttavdelinger ved sykehus.

Tabellen nedenfor viser fordelingen på faggrupper, samt hvor stor andel (prosent) av disse som har krysset av at de har tatt den spesialutdanning som er tilgjengelig i psykiatri for sin faggruppe (spesialistutdanning i psykiatri for leger, klinisk psykologspesialist for psykologer, psykiatrisk sykepleier, klinisk sosionom med mer).

Tabell 4.1 Antall som har besvart spørreskjema til personale og andel med spesialutdanning i psykiatri

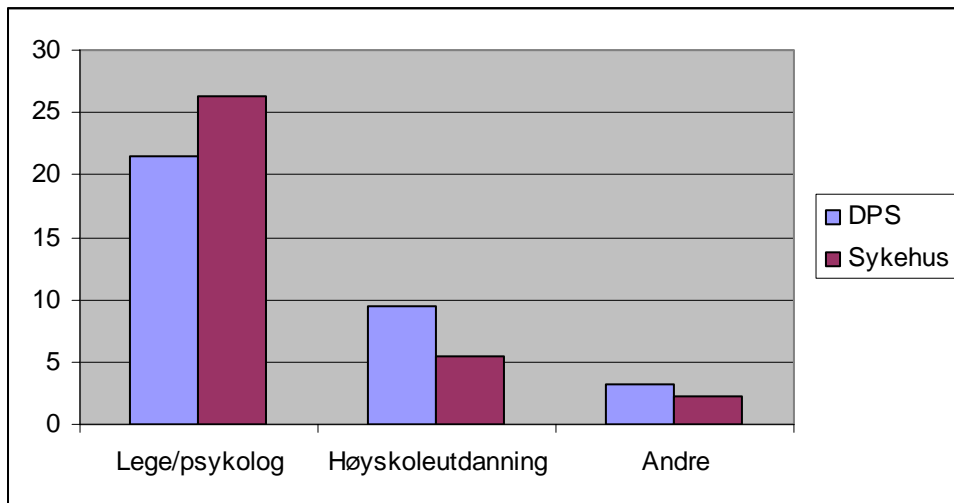
	Antall som har fylt ut spørreskjema		Prosent med spesialutdanning i psykiatri for sin faggruppe	
	DPS	Akuttavdelinger	DPS	Akuttavdelinger
Lege	43	31	67	43
Psykolog	65	7	36	57
Sosionom	26	10	48	22
Sykepleier	136	182	76	52
Pedagog	5	2	60	0
Vernepleier	15	5	33	40
Fysioterapeut	5	1	60	0
Ergoterapeut	12	0	70	0
Hjelpepleier	75	44	75	60
Aktivitør	3	2	0	50
Annen	12	17	20	25
Ufaglært	7	29		
<b>Til sammen</b>	<b>404</b>	<b>330</b>		

Ut fra denne tabellen, der alle fagpersonene ved DPS er med, virker det som om det er en større andel ved DPS en ved akuttavdelinger av en del faggrupper. Ikke minst synes det å være få psykologer ved akuttavdelingene ved sykehus. Det kan ikke utelukkes at det her også til en viss grad kan være skjevheter ved at ulike grupper ikke har fylt ut skjemaet i samme grad som andre. En bør derfor være forsiktig med å trekke sikre konklusjoner fra oversikten.

### Kompetansebygging

På spørreskjemaet skulle en oppgi hvor mange timer en hadde deltatt i intern undervisning eller eksterne kurs andre steder i løpet av de tre siste månedene. Se figuren nedenfor.

Figur 4.3 Antall timer (gjennomsnitt) en har deltatt i undervisning og kurs siste 3 måneder

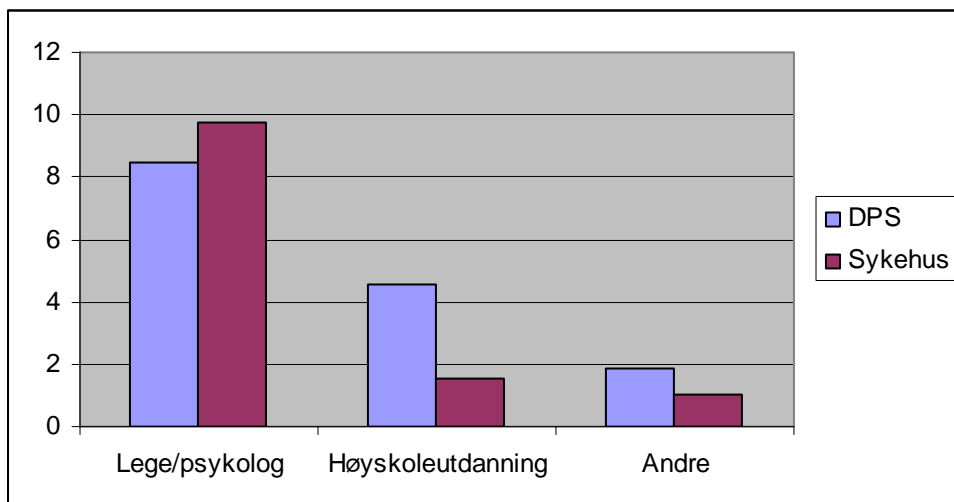


Det er store forskjeller mellom faggrupper, noe som delvis skyldes at leger og psykologer som er under spesialistutdanning må delta i regelmessig undervisning som ledd i dette. Men selv justert for dette, er deltakelse i undervisning og kurs trolig skjevt fordelt mellom ulike grupper av fagpersonalet.

Men det er også noe forskjell mellom DPS og akuttavdelinger for personale med høyskoleutdanning, som tyder på at personale med høyskoleutdanning ved DPS deltar i mer undervisning og kurs enn tilsvarende på sykehus.

Figuren nedenfor viser på samme måte hva personalet har svart når det gjelder deltakelse i individuell veiledning eller veiledning gruppevis.

Figur 4.4 Antall timer (gjennomsnitt) en har mottatt veiledning siste 3 måneder



Figuren viser samme mønster som i figuren ovenfor, men generelt med lavere antall timer for veiledning enn for undervisning. Det er de samme forskjellene mellom personalgrupper og de samme forskjellene mellom DPS og sykehus.

### 4.3 Oppsummering om bemanning, kompetanse og kompetansebygging

Bemanningen med leger og psykologer er mye lavere ved døgnavdelinger ved DPS enn ved akuttavdelinger ved sykehus, selv om en korrigerer for noen mulige feilkilder. Den samlede bemanningen er også for nesten alle DPS-områdene lavere ved DPS enn ved akuttavdelinger i sykehus, men ikke i samme grad. De sammenstillingene som er gjort gir et visst bilde av ulikheter og variasjon. Men sikrere svar ville kreve en grundig analyse av svært omfattende informasjon om begge de komplekse organisasjonene som DPS-er og sykehus består av. Dette ville i seg selv være en stor egen undersøkelse.

Kompetanse målt ved andelen av fagpersoner i ulike personalgrupper og i andelen som har tatt spesialutdanning i psykiatri for sin faggruppe, tyder på at DPS-ene ikke står tilbake for sykehusenes akuttavdelinger når det gjelder andel av ulike faggrupper og gjennomsnittlig kompetanse. Men bemanningen er altså lavere. Kompetansebygging ved undervisning/kurs og veiledning er ujevnt fordelt på personalgrupper, og mer likt fordelt på DPS og sykehus.





## 5 Arbeidsdeling ut fra fordeling av oppgaver

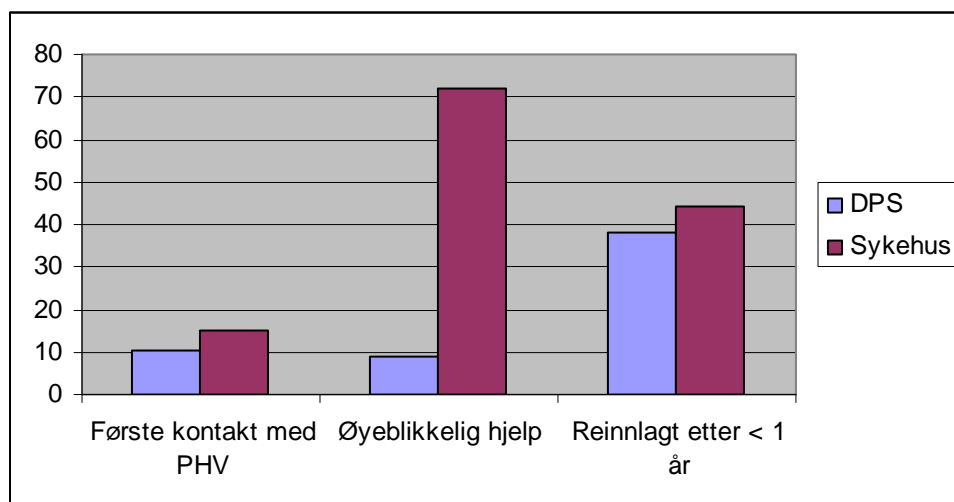
Dette kapitlet omhandler fordeling av oppgaver eller funksjoner ut fra de data som er registrert om det tilbudet pasientene har fått, ut fra behandlernes vurdering av hva hovedgrunnene til oppholdet var, og ut fra et omfattende spørreskjema til behandlingspersonalet om den kliniske praksis ved posten eller teamet der de arbeider.

### 5.1 Øyeblikkelig hjelp, nye pasienter og reinnleggelser

Behandleren skulle krysse av på registreringskjemaet på tre ja/nei/vet ikke spørsmål om dette oppholde var pasientens første møte med psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten), om innleggelsen gjaldt øyeblikkelig hjelp, og om denne innleggelsen var en reinnleggelse mindre enn ett år etter en utskrivning fra et tidligere opphold.

Resultatene fra disse tre spørsmålene er vist i figuren nedenfor.

Figur 5.1 Førstegangspasienter, øyeblikkelig hjelp og reinnleggelser



Figuren viser som ventet at det i hovedsak er sykehusene som tar i mot til innleggelse for øyeblikkelig hjelp. Men det skjer også noe mottak for øyeblikkelig hjelp ved DPS-ene i det nær ti prosent av pasientene er mottatt på denne måten.

Når det gjelder spørsmålet om dette oppholdet var første kontakt med psykisk helsevern, var det litt flere ved sykehusene enn ved DPS-ene, men ikke veldig stor forskjell.

For omtrent 40 % av pasientene var dette et nytt opphold mindre enn ett år etter utskrivning fra et tidligere opphold. Andelen reinnleggelses var også ganske likt fordelt på DPS og sykehus.

## 5.2 Tvangsinnleggelse og seinere juridisk status

Den første tabellen nedenfor viser fordeling av pasientene etter spesialistvedtak gjort ved innleggelsen. Nær 3/4 av døgnpasientene er blitt innlagt frivillig, og selv ved sykehusene ble halvparten av pasientene frivillig innlagt.

Tvang brukes nesten ikke ved DPS-ene, da det i alle områdene var slik at tvungen psykisk helsevern i hovedsak var en oppgave sykehusene skulle ha. Fire av pasientene med tvang ved DPS var ved Lillestrøm, og en var ved Betanien.

Tabell 5.1 Inntaksvedtak gjort ved innleggelsen

	DPS		Sykehus	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	250	94,0	134	50,0
Tvungen observasjon utenfor institusjon	0	0,0	1	0,4
Tvungen observasjon i institusjon	1	0,4	69	25,7
Tvungen psykisk helsevern utenfor institusjon	2	0,8	4	1,5
Tvungen psykisk helsevern i institusjon (inkl dømt)	2	0,8	53	19,8
Ukjent	11	4,1	7	2,6
<b>Til sammen</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>

Den neste tabellen viser juridisk status på tidspunktet for registrering. Da er det få som er på tvungen observasjon, mens antallet med tvungen behandling i institusjon er nesten like høyt som antallet med dette som spesialistvedtak ved innleggelsen.

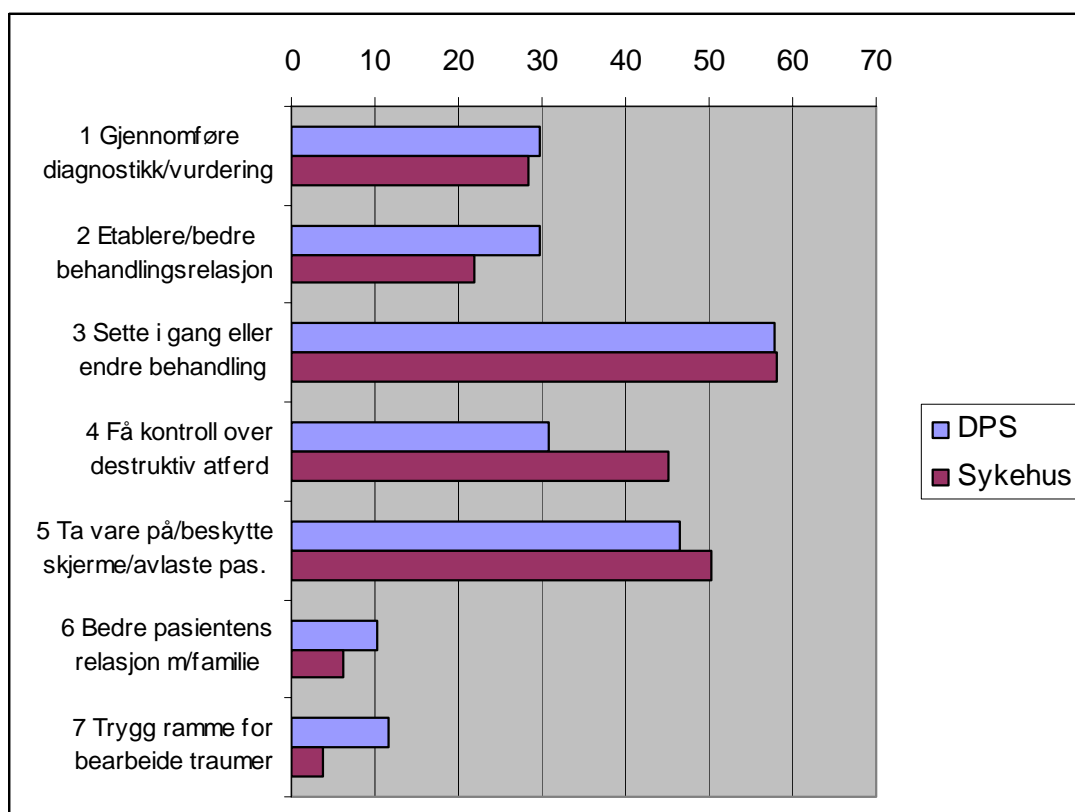
Tabell 5.2 Juridisk status for oppholdet på registreringstidspunktet

	DPS		Sykehus	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	237	89,1	173	64,6
Tvungen observasjon utenfor institusjon	0	0,0	0	0,0
Tvungen observasjon i institusjon	0	0,0	8	3,0
Tvungen psykisk helsevern utenfor institusjon	2	0,8	5	1,9
Tvungen psykisk helsevern i institusjon (inkl dømt)	3	1,1	49	18,3
Ukjent	24	9,0	33	12,3
<b>Til sammen</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>

### 5.3 Årsaker til døgnbehandling ved DPS og sykehus

Tabellen nedenfor viser mønstre i hva avdelingene vurderer som de viktigste grunnene til at pasienten er innlagt. Det kunne settes kryss ved 1-3 grunner, slik at det samlede antall avkryssinger for hver avdelingstype er større enn antallet pasienter.

Figur 5.2 Fordeling på hovedgrunner til oppholdet ved DPS og sykehus slik behandlersteamet ser det



Behandlerne kunne krysse av for inntil tre hovedgrunner for oppholdet, slik de vurderte det.

Mønstrene for fordeling av grunner, og dermed hvilke oppgaver en oppfatter at en står ovenfor som avdeling, er ganske likt for DPS og akuttavdelinger ved sykehus. En kunne vel ha ventet f eks større forskjeller når det gjelder å få kontroll over destruktiv atferd. Det relativt like mønsteret kan tyde på at innleggelses har mye av samme funksjon uansett sted.

### 5.4 Behandlingsprofil og praksis ved DPS og sykehus

Som et ledd i undersøkelsen av arbeidsdelingen mellom DPS og sykehus har vi også gjort en sammenligning mellom klinisk praksis ut fra hva behandlingspersonalet har svart på et omfattende spørreskjema om dette.

Dette er gjort ved at behandlingspersonalet ved sykehusets akuttavdeling i fem DPS-områder har svart på samme spørreskjema som behandlingspersonalet ved DPS-ene. Som det er redegjort for å kapittel 2, ble dette gjort i et samarbeid med Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP), der samme spørreskjema ble brukt. Men dette førte også til at vi ikke har med denne type data fra to sykehus som ikke var med på MAP, og som dekker tre av de

åtte DPS-områdene. Det er også en begrensning av at vi ikke har med slike data fra de andre avdelingene ved sykehusene.

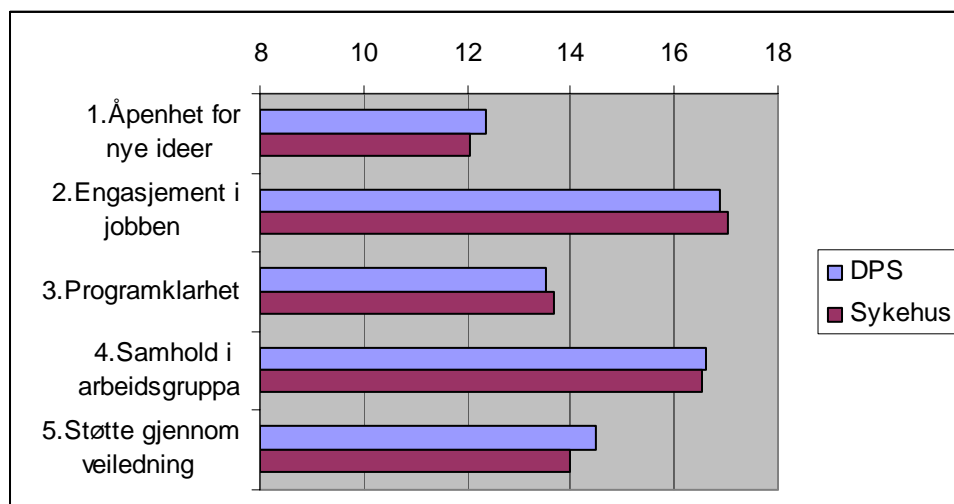
I tillegg til utfylt spørreskjema fra 401 av personalet ved DPS-ene, har vi utfylte skjema fra 330 fagpersonale ved de fem akuttavdelingene i sykehus. Ved sammenligning mellom sykehus og DPS har vi bare brukt 114 skjema utfylt av personale ved døgnavdelinger i de fem DPS som ligger i opptaksområdet til et av dem fem sykehusene vi har slike data fra.

Spørreskjemaet om klinisk praksis er en utvidet norsk versjon av skjemaet Community Program Philosophy Scale (Jerrell & Hargreaves 1991). Dette spørreskjemaet med 80 spørsmål fordelt på 20 skalaer er tidligere oversatt til norsk og utvidet med 40 spørsmål (ti skalaer) for å dekke bedre forholdene i Norge og ved alle typer poster og team. De norske skalaene hadde like gode eller bedre psykometriske egenskaper (intern konsistens målt ved Cronbachs alfa) som de 20 opprinnelige skalaene. Erfaringer med bruk av skjemaet i Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester er publisert i et kapittel i en delutredning fra det prosjektet (Ruud 1996), og orientering om spørreskjemaet og praktisk bruk av det er gitt i en annen delutredning (Ruud og Breimoen 1996).

Spørreskjemaet er utformet med tanke på å måle klinisk praksis i poster eller team. I denne rapporten slår vi sammen akuttavdelingene ved sykehusene i en gruppe (kalt sykehus i figurene) og døgnavdelingene ved DPS-ene i en gruppe (kalt DPS i figurene). Vi har også sett på variasjonen mellom ulike avdelinger for hver skala ved å kjøre enveis variansanalyse. Disse har vist signifikante forskjeller mellom akuttavdelinger og mellom DPS-avdelinger for mer enn halvparten av skalaene. Men spørsmålet i denne rapporten er om det er forskjeller mellom sykehus og DPS, og vi har derfor holdt oss til disse analysene her.

I denne rapporten har vi valgt ut noen grupper av skalaer som måler en del forhold som er relevante både ved døgnavdelinger i DPS-er og akuttavdelinger i sykehus. Hver figur viser en gruppe av skalaer om et felles tema. Figurene er utformet på samme måten, og for hver figur gir vi opplysninger om signifikante forskjeller (ved t-test) og kommenterer mønsteret.

Figur 5.3 Personalets engasjement ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder

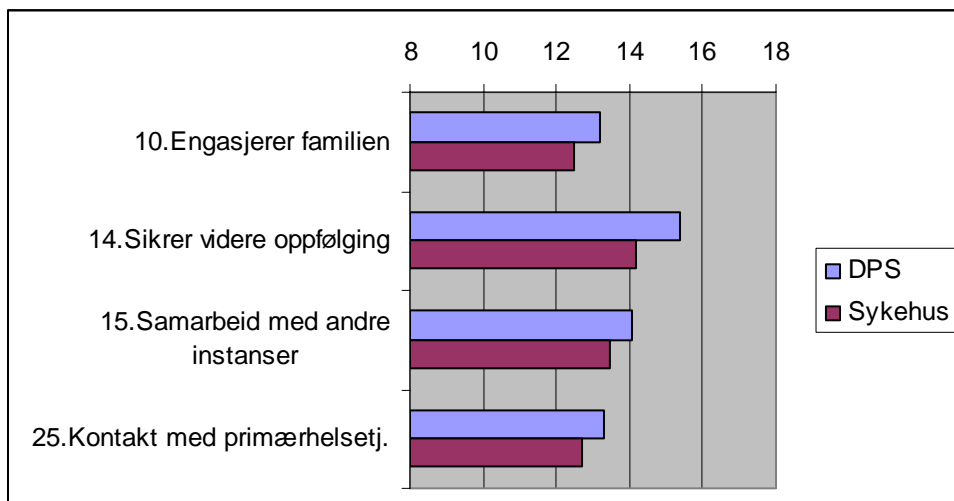


Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål. Det er ikke signifikant forskjell mellom DPS og sykehus på noen av disse fem skalaene.

De fem skalaene i figuren ovenfor har i flere undersøkelser kommet ut som en felles faktor ved faktoranalyse av skalaene i spørreskjemaet. Mens de fleste andre skalaene i skjemaet måler i hvilken grad en legger vekt på bestemte typer behandling eller tiltak, måler disse fem skalaene mer generelle forhold som kan være viktige uansett hva slags behandling en

gir. Navnene på skalaene i figuren er rimelig dekkende for hva de måler. Det er altså ingen signifikante forskjeller mellom akuttavdelingene og DPS-avdelingene på disse skalaene.

Figur 5.4 Vekt på samarbeid med andre ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder

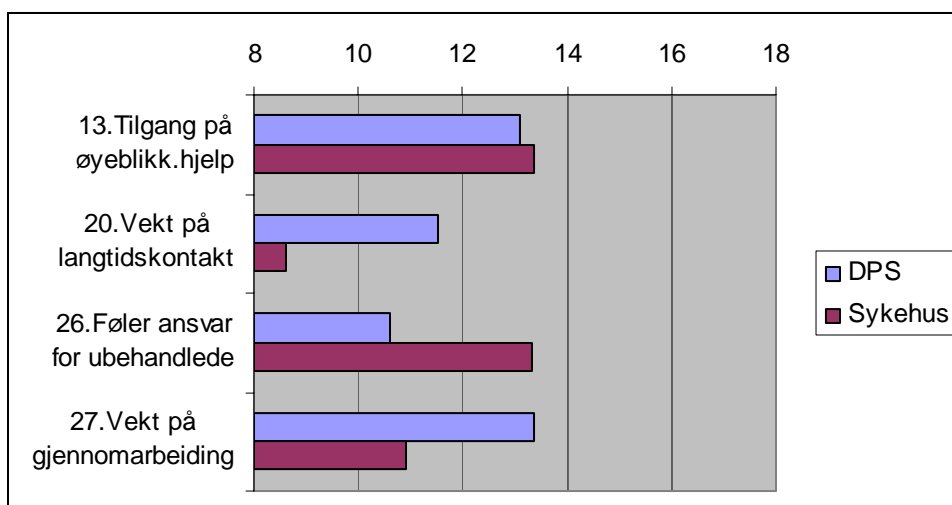


Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål. Det er signifikant forskjell ( $p < 0,05$ ) for skalaene 10, 15 og 25, og svært signifikant forskjell ( $p < 0,001$ ) for skala 14.

Mønsteret i skalaene ovenfor, der det altså er signifikante forskjeller mellom DPS og sykehus for alle skalaene, viser at døgnavdelingene i DPS legger mer vekt på samarbeid med ulike instanser, slik behandlingspersonalet selv vurderer det. Dette gjelder både arbeid med å engasjere pasientens familie i et samarbeid, kontakt med primærhelsetjenesten, og samarbeid med andre instanser og tjenester generelt.

Den klareste forskjellen gjelder arbeidet med å sikre pasienten videre oppfølging dersom en selv skal avslutte kontakten. Dette er også svært relevant for akuttavdelinger, for undersøkelser har vist at slikt arbeid kan være avgjørende for om pasienten kommer i gang med den oppfølgingen som skal gis ved en poliklinikk etter utskrivning fra en akuttavdeling. Helsetilsynet har i to av sine siste tilsynsrapporter nettopp pekt på at dette ofte svikter ved akuttavdelinger her i landet.

Figur 5.5 Vekt på bruk av tid ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder

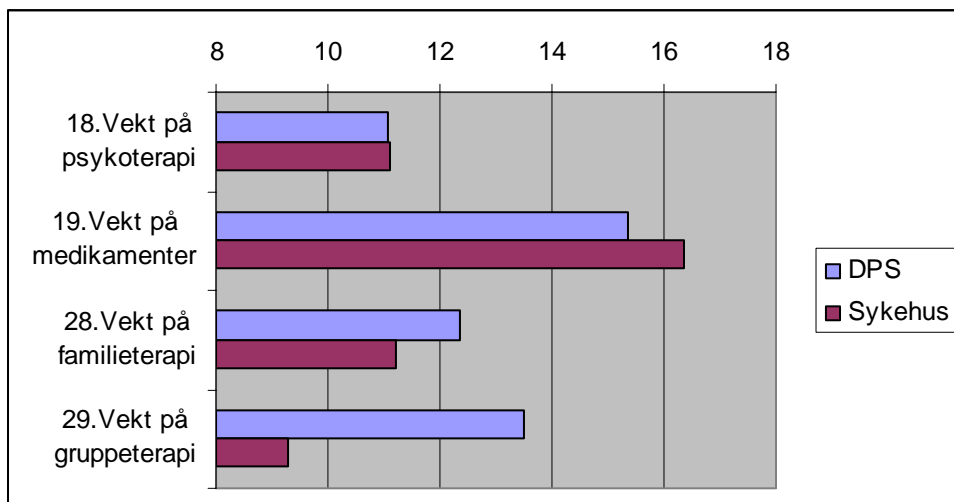


Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål. Det er ikke signifikant forskjell på skala 13, men svært signifikante forskjeller på skalaene 20, 26 og 27.

Skala 13 er nok ikke signifikant fordi formuleringen på spørsmålene ikke går på om den konkrete avdelingen gir øyeblikkelig hjelp, men om pasientene er sikret tilgang på øyeblikkelig hjelp innen helsetjenestene på stedet. Dette spørsmålet skiller altså ikke så godt mellom ulike steder i Norge, fordi tilgang på akuttinnleggelser er sikret ved tilgangen på akuttavdelinger med plikt til å gi øyeblikkelig hjelp.

Ikke overraskende er det klart mye større vekt ved døgnavdelingene i DPS på å gi lengre tids behandling og oppfølging når det er behov for det, og på å la pasientene få bearbeide problemene sine i størst mulig grad. Akuttavdelingene føler på sin side mer ansvar for å gi tilbud til pasienter som ikke har fått tilbud eller venter på det. De har stadig fokus på å skaffe eller ha plass til nye pasienter som henvises og som trenger plass med en gang. Mønsteret på de tre siste skalaene er altså som en kunne vente.

Figur 5.6 Vekt på ulike terapiformer ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder

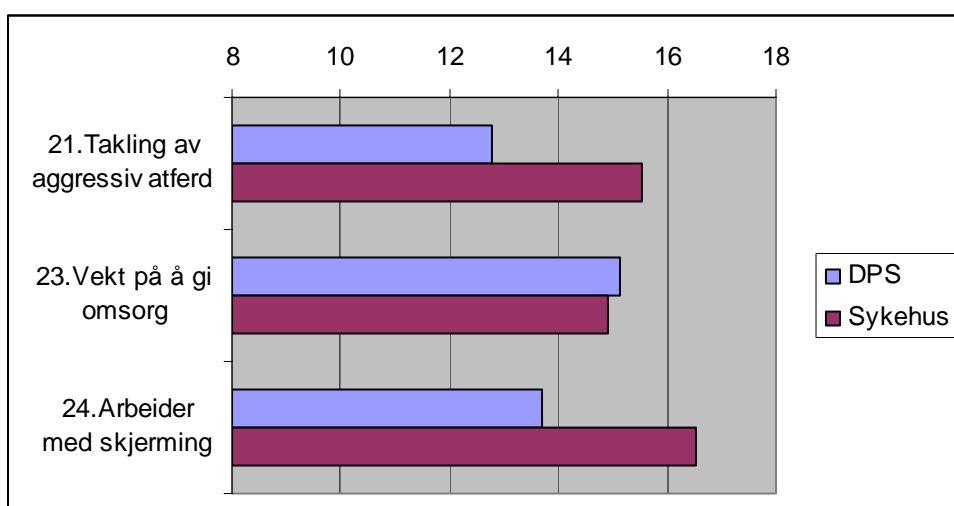


Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål. Det er ikke signifikant forskjell på skala 18, men svært signifikante forskjeller på skalaene 19, 28 og 29 ( $p < 0,001$ ).

Det kan virke overraskende at det ikke er mer vekt på psykoterapi ved DPS-avdelingene enn ved akuttavdelingene. Dette skyldes trolig at begge typer døgnavdelinger i hovedsak har så dårlige pasienter at psykoterapi som oftest ikke vurderes som aktuelt. Dette vises også ved at det ved begge typer avdelinger skåres lavere på denne skalaen enn på de fleste andre.

Medikamentell behandling vektlegges signifikant mer på akuttavdelinger i sykehus enn på døgnavdelinger ved DPS, mens en ved DPS er klart mer opptatt av å bruke både grupper og familierarbeid eller familierterapi. Disse forskjellene i profil er også forståelige ut fra at en ved akuttavdelinger stort sett bare gir korte opphold til pasientene.

Figur 5.7 Vekt på intensiv oppfølging ved akuttavdelinger og DPS døgnavdelinger i fem områder



Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål. Skala 23 viser ikke signifikant forskjell, mens skalaene 21 og 24 viser svært signifikante forskjeller ( $p < 0,001$ ).



Skala 23 ble tatt med i samme gruppe som de to andre skalaene fordi det i flere sammenhenger har vist seg at akuttavdelinger kan skåre høyt på å gi mye omsorg og praktisk hjelp fordi mange pasienter trenger dette i akutte faser. Men den viste altså ikke noen sikker forskjell mellom akuttavdelingene og DPS-avdelingene i denne undersøkelsen.

Både takling av aggressiv atferd og skjerming er som ventet mye mer vektlagt og brukt ved akuttavdelinger, selv om begge deler nok også er en del aktuelt ved DPS. Det viktigste skille mellom hvilke pasienter DPS kan ta og ikke ta, går vel ofte etter hvor høy bemanning og kontroll pasienten krever ut fra sin atferd.

Det samlede mønsteret fra figurene ovenfor viser i hovedtrekk en differensiering i klinisk praksis som en ville vente mellom akuttavdelinger i sykehus og døgnavdelinger i DPS. Siden vi dessverre ikke har denne type data fra andre typer døgnavdelinger ved sykehus, kan vi ikke analysere likheter og forskjeller f eks mellom DPS-avdelinger og sykehusavdelinger som har et lengre tidsperspektiv.

## 5.5 Oppsummering om behandlingsprofiler

Registreringen av om innleggelsen til dette oppholdet var for øyeblikkelig hjelp, viste som ventet at det i hovedsak er sykehusene som tar i mot til innleggelse for øyeblikkelig hjelp. Men det skjer også noe mottak for øyeblikkelig hjelp ved DPS-ene, i det nær ti prosent av pasientene er mottatt på denne måten.

Når det gjaldt spørsmålet om dette oppholdet var første kontakt med psykisk helsevern, var det litt flere ved sykehusene enn ved DPS-ene, men ikke veldig stor forskjell. For omtrent 40 % av pasientene var dette et nytt opphold mindre enn ett år etter utskrivning fra et tidligere opphold. Andelen reinnleggelser var også ganske likt fordelt på DPS og sykehus.

Nær 3/4 av døgnpasientene er blitt innlagt frivillig, og selv ved sykehusene ble halvparten av pasientene frivillig innlagt. Tvangsinnleggelser ble nesten ikke brukt ved DPS-ene. På registreringstidspunktet hadde 2/3 av pasientene som ble innlagt til tvungen observasjon gått over til frivillig opphold. Av de som ble innlagt til tvungent psykisk helsevern, hadde nær 1/3 nå frivillig opphold, mens 2/3 fortsatt var under tvungent psykisk helsevern

Behandlerne skulle krysse av for opptil tre av sju definerte hovedgrunner for det aktuelle oppholdet. Fordelingen av slike grunner, og dermed hvilke oppgaver en oppfatter at en står ovenfor som avdeling, var ganske lik for DPS og akuttavdelinger ved sykehus. Det relativt like mønsteret kan tyde på at innleggelser har mye av samme funksjon uansett sted.

Behandlerpersonalet ved DPS og ved akuttavdelinger i sykehus fylte ut et spørreskjema om hva som blir vektlagt i posten/teamet der de arbeider. Dette er en måte å måle behandlingsprofil på. Det var ingen forskjeller mellom døgnavdelinger ved DPS og akuttavdelinger ved sykehus på mer generelle karakteristika som engasjement, programklarhet og samhold. Men DPS-avdelingene la klart mer vekt på samarbeid med andre enn det akuttavdelingene gjorde. Prioritering av å ta inn pasienter var som ventet større ved akuttavdelingene, og prioritering av å la pasienten få mer tid ble vektlagt ved DPS. Det var mer vekt på medikamentell behandling ved sykehus og mer vekt på familiearbeid og gruppeterapi ved DPS. Det samlede mønsteret av klinisk praksis målt på denne måten viste i hovedtrekk en differensiering slik en ville vente mellom akuttavdelinger og DPS-døgnavdelinger.

## 6 Samarbeid mellom DPS og sykehus

Registreringene av hvem pasienten er henvist fra og til, samt registrering av hvilke andre instanser en hadde kontakt med under pasientens opphold, kan si noe om kontakt og samarbeid mellom DPS og sykehus. Det ble også registrert noe om koordinering av tilbudene til pasienten og om endringer av dette under oppholdet.

### 6.1 Hvem som henviser og hvem en henviser til

Tabellen nedenfor viser hvem som henviste pasienter til innleggelse ved henholdsvis DPS og sykehus.

Tabell 6.1 Fordeling etter hvem som har lagt inn pasienten

	DPS		Sykehus	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Pasienten selv	5	1,9	12	4,5
Fastlegen	104	39,1	50	18,7
Allmenn / psykiatrisk legevakt	8	3,0	100	37,3
Kommunal pleie / omsorg / psykiatriteam	5	1,9	9	3,4
Somatisk poliklinikk / avdeling	2	,8	8	3,0
Poliklinikk / team / dagavdeling DPS	53	19,9	39	14,6
Døgnavdeling DPS	77	28,9	11	4,1
Annen psykiatrisk enhet ved sykehus	3	1,1	28	10,4
Privatpraktiserende psykiater / psykolog	0	0,0	3	1,1
Politilege / lege i fengsel / rettsvesen	0	0,0	5	1,9
Ubesvart	9	3,4	3	1,1
<b>Til sammen</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>

Pasienter ved sykehus ble i større grad innlagt av legevakt, mens pasienter innlagt DPS ble i større grad innlagt av fastlegen.

Både ved DPS og ved sykehus ble pasientene i større grad innlagt eller overflyttet fra andre enheter i samme institusjon enn fra annen psykiatrisk institusjon.

Andre instanser står samlet sett for en liten andel av innleggelsene.

Tabellen nedenfor viser hvor pasientene henvises videre fra henholdsvis DPS og sykehus. Mange av pasientene er ikke skrevet ut ennå, og dette spørsmålet kunne ikke besvares for disse.

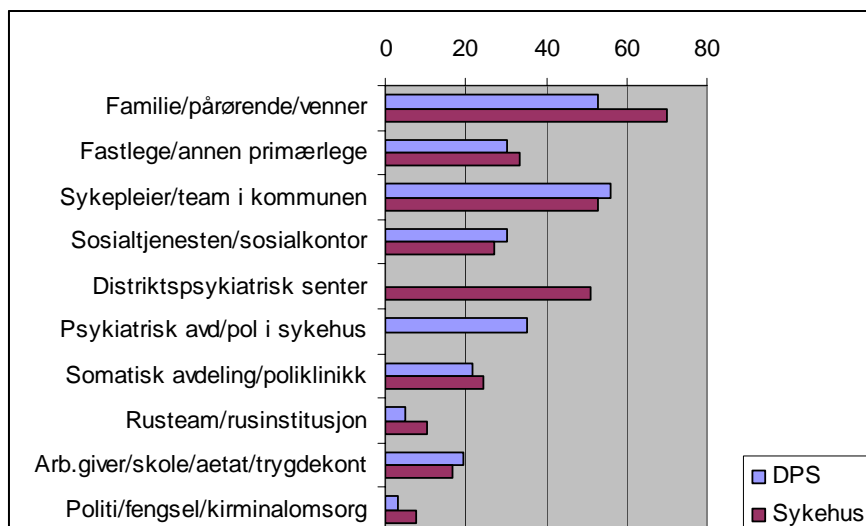
Tabell 6.2 Fordeling på hvem pasienten er henvist til ved utskrivning

	DPS		Sykehus	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Pasienten selv	2	,8	5	1,9
Fastlegen	54	20,3	21	7,8
Kommunal pleie / omsorg / psykiatriteam	38	14,3	25	9,3
Somatisk poliklinikk / avdeling	0	0,0	2	,7
Poliklinikk / team / dagavdeling DPS	44	16,5	43	16,0
Døgnavdeling DPS	8	3,0	18	6,7
Annen psykiatrisk enhet ved sykehus	5	1,9	8	3,0
Privatpraktiserende psykiater / psykolog	0	0,0	5	1,9
Politlege / lege i fengsel / rettsvesen	0	0,0	1	0,4
Ubesvart / pasienten ikke utskrevet ennå	115	43,2	140	52,2
<b>Til sammen</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>

Det er i hovedsak fastlegen, kommunale psykiatritjenester og poliklinikk eller team ved DPS som følger opp pasientene etter utskrivning, enten pasienten skrives ut fra DPS eller sykehus. Mønsteret for hvem pasientene skrives ut til er mye mer likt mellom DPS og sykehus enn mønsteret for hvem pasientene innlegges av.

## 6.2 Kontakt og samarbeid med andre

Figur 6.1 Andel pasienter (prosent) der en har hatt kontakt med andre tjenester i perioden



Ved utfylling av registreringsskjemaet kunne en også krysse av for om det ikke hadde vært kontakt eller om en mente at det ikke var aktuelt med kontakt. Disse tallene er tatt med i en mer detaljert tabell i vedlegg.

Figuren ovenfor viser at samarbeidsmønsteret er ganske likt for DPS og sykehus. Den største kontaktflaten er med familie/pårørende, og dernest med psykiaritjenester i kommunen og andre psykiatriske institusjoner (henholdsvis sykehus og DPS). Deretter følger fastlegen og sosialtjenesten.

På registreringsskjemaet ved sykehusene var det også med et spørsmål om det hadde vært samarbeidsmøte om denne pasienten med DPS i perioden, og et spørsmål om pasienten venter på tilbud på et lavere omsorgsnivå (i DPS eller kommune). Disse spørsmålene var ikke med på registreringsskjemaet ved DPS.

Det ble svart at det hadde vært samarbeidsmøte med DPS vedrørende 45 pasienter (17 %) og at det ikke hadde vært for 141 pasienter (53 %). Spørsmålet var ikke besvart for 82 pasienter (30 %).

Sekstiåtte pasienter (25 %) ved sykehusavdelingene ventet på tilbud på lavere omsorgsnivå, mens 113 pasienter (42 %) ikke gjorde det. Det var ubesvart for 87 pasienter (33 %).

Tabellen nedenfor viser hvor stor andel av pasientene der det var kontakt mellom DPS og sykehus i registreringsperioden, slik det er registrert ved henholdsvis DPS og sykehus.

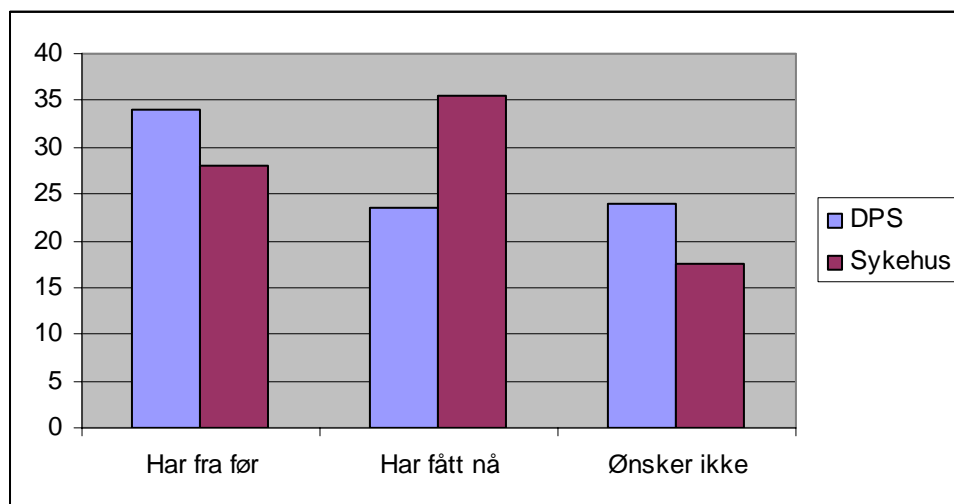
Samlet sett var det kontakt om flest pasienter i Nordre Vestfold, og dette skyldtes at dette er registrert for de fleste av sykehuspasientene. Vesterålen var det området som hadde nest mest registrert kontakt mellom DPS og sykehus, og her var det ganske jevnt fordelt.

Tabell 6.3 Andel (prosent) pasienter med kontakt mellom DPS og sykehus i registreringsperioden

	Ved DPS	Ved sykehus	Samlet
Moss	24	35	30
Edwin Ruud	21	50	34
Lillestrøm	64	31	45
Lillehammer	7	54	25
Ringerike	32	27	30
N Vestfold	33	82	68
Betanien	35	50	45
Vesterålen	58	56	57
<b>Samlet</b>	<b>33</b>	<b>45</b>	<b>39</b>

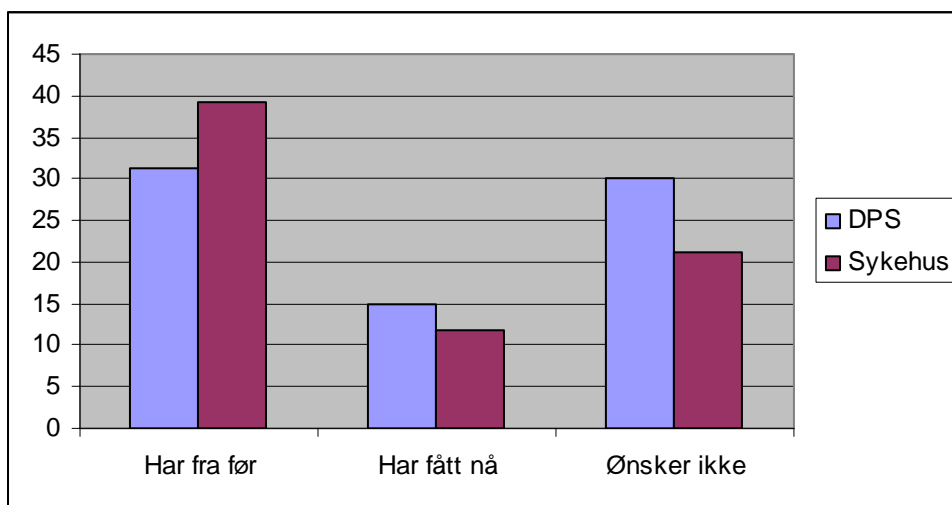
De to figurene nedenfor viser andel med individuell plan og ansvarsgruppe i kommunen.

Figur 6.2 Andel pasienter (prosent) med ulike situasjoner når det gjelder individuell plan



Flertallet av døgnpasientene har individuell plan, og omtrent halvparten av disse har fått individuell plan under det nåværende oppholdet. Det er en større andel som har fått slik plan under nåværende opphold ved sykehus enn ved DPS. Det er også en del som ikke ønsker individuell plan.

Figur 6.3 Andel pasienter (prosent) med ulike situasjoner når det gjelder ansvarsgruppe



Figuren ovenfor viser at en del av de pasientene som ikke hadde ansvarsgruppe i kommunen, har fått det under det nåværende oppholdet. Hovedtrekkene i fordelingen er omtrent den samme ved DPS og sykehus. Det er også en del av pasientene som ikke ønsker å ha ansvarsgruppe i kommunen.

Nesten alle pasientene hadde i følge behandlerne fastlege, og ytterligere noen få hadde fått fastlege under nåværende opphold. Dette mønsteret var likt ved DPS og sykehus.

Mønsteret for koordinator i kommunen var også likt ved DPS og sykehus. Omtrent 40 % hadde koordinator fra før, ytterligere 17 % hadde fått det under oppholdet, og omtrent 22 % ønsket ikke koordinator.

### 6.3 Hva forklarer mest hvem DPS og sykehus samarbeider om

For hver pasient ble det krysset av om det hadde vært kontakt mellom DPS og sykehus i løpet av registreringsperioden. Vi regner avkryssing av at det har vært kontakt som et mål på at det har vært kontakt og samarbeid om pasienten. DPS-ene hadde hatt kontakt med sykehus om 89 pasienter (34 %), og sykehusene hadde hatt kontakt med DPS om 121 pasienter (45 %). Samlet sett hadde det vært kontakt om 210 pasienter (39 %).

Ulike forhold ved pasienter og ved helsetjenestene kan ha betydning for om det har vært kontakt og samarbeid. Vi har brukt logistisk regresjon for å se hvilke av de ulike variablene som har størst forklaringskraft når det gjelder hvilke pasienter det var kontakt om. Dette er vist i tabellen på neste side.

De variablene som er tatt med i tabellen, er variabler der vi fant signifikante forskjeller mellom pasienter det var kontakt om og pasienter det ikke var kontakt om.

De uavhengige variablene som er med i modellen for logistisk regresjon er svakt korrelert og i hovedsak av størrelsesorden under 0,20. Se mer detaljer om noen av korrelasjonene i kapittel 8.

### **Forklaring til tabellen**

Tabellen viser to par kolonner. Hvert par med kolonner viser henholdsvis signifikans og odds ratio for den enkelte variabel. Vi regner p-verdier under 0,05 som signifikante, og odds ratio er bare av interesse for signifikante variabler. Odds ratio for signifikante variabler viser da hvor mye større eller mindre sjanse det er for at det var kontakt mellom DPS og sykehus om en pasient i registreringsperioden ved en enhets endring i forklaringsvariabelen. Odds ratio på over 1 viser økt sjanse til at det har vært kontakt og samarbeid, og odds ratio under 1 viser redusert sjanse til at det har vært kontakt og samarbeid. Odds ratio på 2 betyr dobbelt så stor sjanse til at det har vært kontakt og samarbeid mellom DPS og sykehus.

For diagnosegrupper er odds ratio regnet ut i forhold til diagnosegruppen depresjon som referanse, fordi det var minst forskjell i samarbeid for denne diagnosegruppen. For DPS-områder er Nordre Vestfold valgt som referanseområde, fordi andelen pasienter DPS og sykehus hadde kontakt om var høyest i dette området.

De første to kolonnene i tabellen viser signifikans og odds ratio for hver variabel ved bivariat (ujustert) analyse for hver variabel for seg. De to kolonnene til høyre i tabellen viser justert analyse der vi har tatt med alle variablene samlet. En slik samlet analyse viser da hvilke variabler som har størst forklaringskraft for kontakt og samarbeid om pasientene mellom DPS og sykehus.

Tabell 6.4 Logistisk regresjon av hvilke pasienter DPS og sykehus har hatt kontakt/samarbeid om i registreringsperioden

Variabel	Ujustert (bivariat)		Justert (samlet)	
	Signifikans (p)	Odds ratio	Signifikans (p)	Odds ratio
Alder	,000	,978	,034	,981
Mottatt for øyeblikkelig hjelp (1=ja, 0=nei)	,000	2,564	,043	2,112
Første kontakt med psykisk helsevern (1=ja, 0=nei)	,026	,503	,478	,731
Ble reinnlagt innen 1 år fra utskrivning (1=ja, 0=nei)	,031	1,530	,813	,939
Langvarig lidelse med forverrelse (1=ja, 0=nei)	,001	1,914	,022	1,889
Tvangsinnlagt (1=ja, 0=nei)	,008	1,720	,923	,966
Diagnose: (referanse: Depresjon)				
- Psykose	,289	1,275	,274	,676
- Ruslidelse	,047	,447	,187	,434
- Personlighetsforstyrrelse	,421	1,317	,842	1,101
- Annen diagnose	,009	,477	,022	,392
Overaktiv, aggressiv (HoNOS 1)	,023	1,223	,792	1,034
Selvskading (HoNOS 2)	,022	1,205	,829	1,025
Fysisk sykdom/handikap (HoNOS 5)	,036	,846	,238	,870
Psykose (HoNOS 6))	,008	1,189	,163	1,158
Misbruk/avhengighet/uførhet av alkohol	,011	1,300	,024	1,445
Misbruk/avhengighet/uførhet av stoff	,046	,835	,003	,629
Hvor pasienten er innlagt (1=sykehus, 0=DPS)	,006	1,637	,814	,916
DPS: (referanse: Nordre Vestfold)				
- Moss	,001	,201	,021	,210
- Edwin Ruud	,003	,244	,053	,255
- Lillestrøm	,024	,387	,047	,290
- Lillehammer	,000	,163	,004	,145
- Ringerike	,004	,207	,004	,102
- Betanien	,033	,383	,033	,248
- Vesterålen	,377	,635	,114	,290



### Hva den logistiske regresjonen viser

Sett hver for seg i den ujusterte (bivariate) analysen til venstre i tabellen er nesten alle variablene signifikante, og med en moderat økning eller reduksjon i sjansen for at det var kontakt om pasienten i registreringsperioden.

Den justerte analysen viser at det er noen få variabler som ser ut til å gi en signifikant økt eller redusert sjanse for at det er kontakt og samarbeid mellom DPS og sykehus om pasienten. Det å ha vært mottatt tiltrengende øyeblikkelig hjelp, det å ha en langvarig lidelse med forverrelse (i motsetning til en nylig oppstått lidelse eller ny sykdomsperiode) og misbruk av alkohol økte sjansen for kontakt og samarbeid. Høyere alder, annen diagnose og stoffmisbruk reduserte sjansen for kontakt og samarbeid mellom DPS og sykehus.

Det var ingen signifikant forskjell i sjansen for kontakt og samarbeid ut fra om pasienten var innlagt ved DPS eller sykehus. Det var en signifikant redusert sjanse for kontakt og samarbeid ved alle DPS i forhold til Nordre Vestfold, med unntak av i Vesterålen der sjansen for kontakt og samarbeid ikke var signifikant forskjellig fra i Nordre Vestfold.

## 6.4 Oppsummering om samarbeid og koordinering

Pasienter ved sykehus ble i større grad innlagt av legevakt, mens pasienter innlagt DPS ble i større grad innlagt av fastlegen. Både ved DPS og ved sykehus ble pasientene i større grad innlagt eller overflyttet fra andre enheter i samme institusjon enn fra annen psykiatrisk institusjon. Andre instanser står samlet sett for en liten andel av innleggelsene.

Det er i hovedsak fastlegen, kommunale psykiatritjenester og poliklinikk eller team ved DPS som følger opp pasientene etter utskrivning, enten pasienten skrives ut fra DPS eller sykehus. Mønsteret for hvem pasientene skrives ut til er mye mer likt mellom DPS og sykehus enn mønsteret for hvem pasientene innlegges av. Omtrent  $\frac{1}{4}$  av pasientene ved sykehusavdelingene ventet på tilbud på lavere omsorgsnivå.

Mønsteret for hvem behandlerteamet har kontakt med under oppholdet, er ganske likt for DPS og sykehus. Den største kontaktflaten er med familie/pårørende, og dernest med psykiatritjenester i kommunen og andre psykiatriske institusjoner.

Flertallet av døgnpasientene har individuell plan, og omtrent halvparten av disse har fått individuell plan under det nåværende oppholdet. Det er en større andel som har fått slik plan under nåværende opphold ved sykehus enn ved DPS

Logistisk regresjon viste at det var økt sjanse for kontakt og samarbeid mellom DPS og sykehus om pasienten hadde vært mottatt tiltrengende øyeblikkelig hjelp, hadde en langvarig lidelse med forverrelse, eller alkoholmisbruk. Høyere alder eller stoffmisbruk reduserte sjansen for kontakt og samarbeid. Det var ingen signifikant forskjell sjansen for kontakt og samarbeid ut fra om pasienten var innlagt ved DPS eller sykehus. Det var en signifikant redusert sjanse for kontakt og samarbeid ved alle DPS i forhold til Nordre Vestfold, med unntak av i Vesterålen der sjansen for kontakt og samarbeid ikke var signifikant forskjellig fra i Nordre Vestfold.

## 7 Erfaringer med arbeidsdeling og samarbeid

Det er gjennomført intervjuer med ledere ved DPS-ene og sykehusene for å supplere det en kunne analysere om arbeidsdeling og samarbeid ut fra data om pasientene og de tilbudene de fikk, og personalets opplysninger om klinisk praksis.

### 7.1 Intervjuene med ledere ved DPS og sykehus

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte telefonintervju av 15-30 minutters varighet. For hvert område ble det gjennomført intervju med en eller eventuelt flere ledere ved hvert DPS og sykehus. Vi startet med å intervju den lederen som vi mente viste mest om arbeidsdelingen og samarbeidet, og supplerte så med å snakke med andre dersom den første ikke hadde en samlet oversikt. Det ble tatt notater under intervjuene. De fleste lederne hadde arbeidet i området i mange år og kunne se forholdene også i perspektiv av hvordan utviklingen av samarbeidet hadde vært.

### 7.2 Strukturer for kontakt og samarbeid

I alle områdene hadde det i 2005 vært gjennomført ledermøter på tvers av DPS og sykehus innen helseforetaket. Slike møter gjaldt samarbeidet generelt og ulike andre forhold, men ikke vurderinger av konkrete pasienter. Det var en generell positiv erfaring med slike møter som nødvendige og viktige, og at de bidro til et bra samarbeid. Det var mest vanlig at slike ledermøter var en eller to ganger i halvåret, men det var også områder der ledere møttes så ofte som hver eller annen hver uke.

I ett område der det hadde vært mye kontakt mellom DPS og sykehus før, hadde denne kontakten i løpet av de siste årene blitt mye mindre. Vedkommende leder mente at det ikke var noen som var negative til kontakt, men at det bare var blitt slik når en ikke arbeidet aktivt med å vedlikeholde kontakten.

Men både der og i de fleste av de andre områdene var det i løpet av det siste året tatt initiativ til og delvis gjennomført økning i kontakt mellom DPS og sykehus. Dette skyldtes både føringer ovenfra fra helseforetak og statlige myndigheter, men også en økende erkjennelse blant lederne selv om behovet for kontakt og samarbeid.

Innen flere områder var det slik at ledere ved DPS opplevde at de og deres medarbeidere hadde vært aktive for å bli kjent med sykehusavdelingene og hvordan de arbeidet. Men de opplevde oftest at det ikke var en tilsvarende interesse eller engasjement ved sykehuset for å bli kjent med DPS og hvordan de arbeidet. Noen DPS-ledere nevnte at det var hyppigere kontakt og mer fellesskap mellom DPS-ene i helseforetaket enn mellom DPS og sykehus.

### 7.3 Samarbeid om pasienter og styring av pasientstrømmen

Innen de ulike områdene var det i hvert fall i noen grad en felles oppfatning av hvilke pasienter som skulle behandles hvor. Dette var i liten grad skriftlige regler eller avtaler, og i den grad slike delvis fantes, var dette primært noe som stod i fylkeskommunale planer før den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Fordelingen av pasienter skjedde i hovedsak ut fra hvordan dette hadde gått seg til over tid.

Det var felles for alle områder at det var sykehusene som skulle ta i mot akuttinnleggelses som krevde bruk av tvang eller forutsatte godt bemannede avdelinger. Andre pasientgrupper som i flere områder primært gikk til sykehuset, var unge personer med begynnende eller mulig psykotisk lidelse som trengte utredning, eldre med nydebutert psykisk lidelse som trengte utredning, pasienter med kombinasjon av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse, og pasienter med kompliserte spiseforstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser. I de områdene der dette var mest spesifisert, var dette i stor grad i tråd med anbefalingene i den nye DPS-veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet.

Styring av inntak og overflyttinger mellom DPS og sykehusavdelinger skjedde oftest ved kontakt ad hoc og avtale ut fra det. Men det var også noen områder der det i 2005 var regelmessige møter eller telefonmøter hver uke eller annen hver uke mellom DPS og sykehus for å avtale overflyttinger. Slike møter ble noen steder primært brukt for å drøfte mer kompliserte saker der det var behov for å få en felles vurdering og eventuelt en felles plan for hva som skulle gjøres. For at slike møter skulle være effektive, var det viktig at de som møtte i dem hadde fullmakter til å kunne ta beslutninger om å ta i mot pasienter.

Ved omtrent halvparten av sykehusene hadde det vært frustrasjoner over at DPS hadde tungvinte og tidkrevende prosedyrer for vurderinger og beslutninger om mottak av pasienter fra sykehuset. Flere DPS praktiserte de samme henvisningsprosedyrene overfor henvendelser fra sykehuset som overfor henvisninger fra fastleger og kommuner, med krav om skriftlig søknad og bruk av forvernsamtaler. Sykehusene kunne oppleve at deres vurderinger av pasientene ble overprøvd ved DPS, og delvis av fagfolk med mindre kompetanse. Det var forståelse ved sykehus for at DPS i blant trengte tid før de kunne ta i mot en pasient, men det var frustrasjon over at det kunne ta lang tid før en i hele tatt fikk vite om DPS ville ta i mot pasienten. Dersom svaret så ble nei, kunne det ha gått mye tid før en ble klar over at en måtte finne tilbud til pasienten et annet sted. Flere av DPS-ene hadde etter klage fra sykehusene gjort om sine rutiner og funnet fram til raske og mer smidige prosedyrer.

Skepsisen ved noen DPS til å ta imot pasienter fra sykehusavdelinger uten først å vurdere dem selv, skyldtes en del erfaringer med å ta i mot pasienter som viste seg å være mer vanskelige å behandle i DPS enn sykehuslegene hadde vurdert. DPS hadde som regel mest kontakt med akuttavdelingene ved sykehuset.

### 7.4 Samarbeid om utdanning og kompetansebygging

I alle områdene var det samarbeid om undervisningen av underordnede leger som er under spesialistutdanning i psykiatri. Den ukentlige undervisningen som kreves ble vanligvis holdt ved sykehuset, slik at legene reiste dit. Men selv om sykehuset ofte tok hovedansvaret for undervisningen, ble innholdet i undervisningen som regel planlagt av et felles undervisningsutvalg der leger ved DPS også var med. Psykoterapiveiledning som leger må ha i sin spesialistutdanning, blir i større grad enn den interne undervisningen ivaretatt av DPS-ene selv, enten ved egne eller innleide psykoterapiveiledere. Men det samarbeides også mellom DPS og sykehus om dette i flere områder.

Både leger og psykologer trenger å jobbe ved ulike typer avdelinger eller team som ledd i sin spesialistutdanning. Dette krever en koordinering mellom DPS og sykehus. I et helseforetak

hadde en gjort det slik at leger i spesialistutdanning ble tilsatt sentralt, og at det i samråd med sykehus og DPS ble lagt en plan for hvor i systemet de skulle arbeide i ulike tidsrom. Dette kunne i blant oppleves som frustrerende, men ble likevel sett på som nyttig. Utdanning av andre yrkesgrupper ble ikke nevnt spesielt under intervjuene, trolig fordi slik utdanning ikke krever samme koordinering på tvers av institusjoner som for leger og psykologer.

Flere ledere ved DPS nevnte at fagfolk hos dem hadde hospitert ved sykehusavdelinger for å bli kjent med dem og lære noe som en kunne ta med tilbake til DPS. Men de opplevde ikke eller i liten grad interesse fra sykehusavdelingene for hospitering ved DPS.

I de fleste helseforetakene ble det arrangert en del felles undervisning, og ofte var det sykehusene eller helseforetaket som tok det største ansvaret for dette. Ved et helseforetak har en i økende grad laget en felles årelig undervisningsplan og kurskatalog der de samme kurs blir holdt ved alle institusjonene, og der en i større grad styrer hva slags kurs medarbeiderne skal ta enn det som har vært vanlig innen psykisk helsevern.

## 7.5 Samarbeidsklima

De fleste lederne ved både DPS og sykehus mente at samarbeidet mellom DPS og sykehus kunne bli bedre eller mye bedre, og de fleste gav også eksempler på at kontakt og samarbeid nå ble prioritert høyere og var under utvikling.

Selve det mellommenneskelige samarbeidsklimaet ble for det meste beskrevet som positivt. Det var få eksempler på at personer motvirket eller saboterte samarbeid. Og det var flere eksempler på at en på grunn av et godt samarbeidsklima hadde fått til mye på tross av begrenset omfang av kontakt eller mangel på struktur på samarbeidet. Dette kan tyde på at det bør være gode muligheter til å utvikle et bedre og mer fruktbart samarbeid ved å sikre felles regelmessige møteplasser. Her kan den nye DPS-veilederen med sine forslag og anbefalinger også være et bidrag til slike prosesser.

## 7.6 Oppsummering fra intervjuer med ledere

Den viktigste arbeidsdelingen mellom DPS og sykehus når det gjelder pasienter, var at sykehusene hadde hovedansvaret for tvangsinnleggelser og akuttinnleggelser fordi dette krever en sterkere bemanning. I den grad det ble praktisert en fordeling av andre pasientgrupper, var dette i stor grad i tråd med anbefalingene i den nye DPS-veilederen.

Overflytting av pasienter ble avtalt enten ad hoc eller i egne møter om dette. Det var en del frustrasjon i 2005 ved noen sykehus over tidkrevende og selektive inntaksprosedyrer i noen DPS, noe som skyldes at DPS i blant hadde opplevd å ta over pasienter som viste seg å være dårligere enn en trodde og vanskelige å takle i DPS. Det har siden 2005 vært en positiv utvikling av samarbeidet om overflytting av pasienter.

Det var en del samarbeid mellom DPS og sykehus om utdanning og kompetansebygging, og det er underutvikling modeller for hvordan dette kan gjøres ennå bedre. Samarbeidsklimaet oppleves stort sett som positivt mellom DPS og sykehus.



## 8 Hva som best forklarer pasientfordelingen

En rekke ulike forhold ved pasienter og ved helsetjenestene kan ha betydning for om en pasient innlegges DPS eller sykehus. I de tidligere kapitlene har vi beskrevet eller analysert slike forhold hver for seg. I et sammensatt mønster av årsaksforhold kan noen faktorer virke gjennom andre, slik at betydningen av den enkelte faktor endres.

I dette kapitlet har vi brukt logistisk regresjon for å se hvilke av de ulike variablene som har størst forklaringskraft om vi analyserer dem samlet. Vi har testet en samlet modell med faktorer som ut fra kapitlene foran ser ut til å ha betydning for om en pasient er innlagt sykehus fremfor DPS. Dette er vist i tabellen på neste side.

De uavhengige variablene som er med i modellen for logistisk regresjon er svakt korrelert og i hovedsak av størrelsesorden under 0,20. De eneste korrelasjonene over 0,30 er mellom øyeblikkelig hjelp og tvangsinnlagt (0,45), mellom tvangsinnlagt og henholdsvis HoNOS1 (0,33) og HoNOS6 (0,38), mellom HoNOS3 og henholdsvis bruk av alkohol (0,64) og bruk av stoff (0,54), og mellom bruk av alkohol og bruk av stoff (0,34). GAF-skåre for funksjonssvikt ble ikke tatt med i analysene fordi de er høyt korrelert med GAF-skåre for symptomer.

### Forklaring til tabellen

Tabellen viser tre par kolonner. Hvert par med kolonner viser henholdsvis signifikans og odds ratio for den enkelte variabel. Vi regner p-verdier under 0,05 som signifikante, og odds ratio er bare av interesse for disse. Odds ratio for signifikante variabler viser da hvor mye større eller mindre sjanse det er for en pasient å være innlagt ved sykehus fremfor ved DPS ved en enhets endring i forklaringsvariabelen. Odds ratio på over 1 viser økt sjanse til å være ved sykehus fremfor DPS ut fra den aktuelle variabelen, og odds ratio under 1 viser redusert sjanse til å være ved sykehus fremfor DPS. Odds ratio på 2 betyr dobbelt så stor sjanse til å være ved sykehus fremfor DPS.

For diagnosegrupper er odds ratio regnet ut i forhold til diagnosegruppen depresjon (som er referanseverdi), og for DPS-områder er Nordre Vestfold valgt som referanseområde, siden bruk av døgnplasser er lavest i dette området. Sjansen (odds ratio) for å være ved sykehus fremfor DPS i de andre områdene er derfor regnet ut i forhold til Nordre Vestfold.

De første to kolonnene i tabellen viser signifikans og odds ratio for hver variabel ved bivariat (ujustert) analyse for hver variabel for seg.

De to midterste kolonnene i tabellen viser justerte resultater for en samlet modell med de variablene vi har valgt ut. I denne analysen har vi ikke tatt med om pasienten ble innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp eller om pasienten ble tvangsinnlagt. Grunnen til dette er at disse to faktorene er svært dominerende når vi har dem med, slik det vises i de første to kolonnene med ujustert analyse, og i de to siste kolonnene. Ved å holde disse to faktorene utenfor i en analyse, ville vi se hvilke faktorer som betyr mest før vi tar med disse to.

De to kolonnene til høyre i tabellen viser justert analyse der vi også har med om pasienten ble innlagt tiltrengende øyeblikkelig hjelp og/eller ble tvangsinnlagt.

Tabell 8.1 Logistisk regresjon for innleggelse i sykehus fremfor DPS ut fra pasientkarakteristika og DPS-områder

Variabel	Ujustert		Justert (uten øhj og tvangsinnlagt)		Justert (med ø.hj. og tvangsinnlagt)	
	Signifikans (p)	Odds ratio	Signifikans (p)	Odds ratio	Signifikans (p)	Odds ratio
Alder	,006	0,985	,576	,996	,678	,996
Mottatt for øyeblikkelig hjelp (referanse: Ikke)	<,001	25,755			<,001	68,067
Tvangsinnlagt (referanse: Ikke)	<,001	47,017			<,001	16,323
Diagnose: (referanse: Depresjon)						
- Psykose	,048	1,572	,104	,573	,304	,577
- Ruslidelse	,001	3,653	,618	,745	,320	,401
- Personlighetsforstyrrelse	,446	1,296	,154	,519	,091	,314
- Annen diagnose	,600	,871	,020	,434	,096	,411
Overaktiv, aggressiv (HoNOS 1)	<,001	1,583	,033	1,292	,277	1,226
Selvskading (HoNOS 2)	<,001	1,430	,001	1,535	,209	1,257
Rusmiddelmissbruk (HoNOS 3)	<,001	1,349	,135	1,262	,750	1,083
Psykose (HoNOS 6)	<,001	1,338	,323	1,110	,215	,809
Depresjon (HoNOS 7)	<,001	,703	,000	,583	,006	,597
Misbruk/avhengighet/uførhet av alkohol	,030	1,255	,642	,920	,674	,891
Misbruk/avhengighet/uførhet av stoff	<,001	1,371	,241	1,167	,002	1,985
GAF symptomskala	<,001	,964	,009	,973	,021	,964
DPS: (referanse: N Vestfold)						
- Moss	,041	,384	,498	,666	,828	1,244
- Edwin Ruud	,017	,322	,327	,551	,881	,854
- Lillestrøm	,214	,584	,557	,719	,961	,956
- Lillehammer	,004	,275	,211	,486	,456	2,040
- Ringerike	,003	,205	,084	,289	,097	,119
- Betanien	,546	,755	,721	,803	,424	,427
- Vesterålen	<,001	,142	,005	,138	,004	,038

## Hva den logistiske regresjonen viser

I den ujusterte analysen er det en rekke faktorer som er signifikante hver for seg, og som ut fra det kan tenkes å bidra til økt eller redusert sjans til å være innlagt sykehus fremfor DPS. Tvangsinnleggelse økte sjansen med 47 ganger, og innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp økte sjansen med nesten 26 ganger. Grunnen til dette er at sykehusene har et hovedansvar ved slike innleggelser. Økende alder og økende GAF-skår (mindre alvorlige symptomer) reduserte sjansen litt for å være ved sykehus. Av diagnosegruppene var det bare ruslidelse som har betydning sett i forhold til depresjon som referansediagnose, og ruslidelse øker da sjansen til å være innlagt i sykehus med nærmere 4 ganger. Økt alvorlighetsgrad innen de problemområdene som de fem HoNOS-skalaene måler, gav en signifikant moderat økning av sjansen til å være ved sykehus fremfor DPS, med unntak av depresjon som gav en redusert sjans. Også økt alvorlighetsgrad av rusmisbruk med alkohol eller stoff gav en signifikant økt sjans til å være ved sykehus. Vi har også sammenholdt de sju andre For pasienter i fem av de sju områdene utenom referanseområdet Nordre Vestfold var det en signifikant redusert sjans til å være ved sykehus fremfor DPS, sett i forhold til Nordre Vestfold.

Når vi så de to kolonnene til høyre ser resultatene fra logistisk regresjon med alle variablene samlet i stedet for hver for seg, endrer bildet seg. Innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp og innleggelse ved tvang er de to dominerende variablene og gir henholdsvis nesten 65 og vel 17 ganger økt sjans for å være ved sykehus fremfor DPS. De individuelle pasientkarakteristika som fortsatt er signifikante, er alvorlighetsgrad av depresjon (litt redusert sjans for å være ved sykehus), alvorlighetsgrad av stoff (økt sjans til å være ved sykehus) og Gaf-skåre for symptomer (litt redusert sjans til å være ved sykehus når mindre alvorlige symptomer).

Etter korrigerer for alle de andre variablene som er med i modellen, er det ingen signifikante forskjeller mellom DPS-områdene sett i forhold til Nordre Vestfold som referanseområde, men unntak av Vesterålen, der det er en sterkt redusert sjans for å være ved sykehus sammenholdt med Nordre Vestfold. Det er flere forhold som trolig bidrar til dette: Vesterålen DPS har mest ressurser sett i forhold til befolkningen, de har en modell der døgnplassene ved DPS er fordelt på tre små avdelinger i tre ulike deler av opptaksområdet, de har mest tungvindt reise til sykehuset, og de har kanskje mer enn de fleste DPS vært opptatt av å klare å behandle flest mulig pasienter selv.

De to midtre kolonnene viser logistisk regresjon av de samme variablene samlet, med unntak av de to dominerende variablene øyeblikkelig hjelp og tvangsinnlagt. De individuelle variablene som da i tillegg viser signifikante forskjeller, er annen diagnose sammenholdt med depresjon, HoNOS1 og HoNOS2. Men odds ratio er relativt små for disse variablene, som overskygges av øyeblikkelig hjelp og tvangsinnleggelse når de tas med.

## Oppsummering av logistisk regresjon av en samlet modell

Pasientene er i hovedsak fordelt på sykehus og DPS ut fra alvorlighetsgrad av symptomer og atferd, og ikke så mye ut fra diagnose. Dette er i samsvar med føringene i DPS-veilederen. Forskjellene vises i samlet analyse først og fremst ved at pasientene som trengte øyeblikkelig hjelp og/eller ved bruk av tvang var innlagt ved sykehus fremfor ved DPS.

Sykehusene har og skal ha et hovedansvar for tvungent psykisk helsevern. DPS-ene har også fått godkjenning for tvangsinnleggelser, men omfanget av tvangsinnleggelser er svært lite ved DPS.

Forskjellene mellom DPS-områdene er ganske små når vi kontrollerer for kliniske variabler. Dette kan tyde på at det på tvers av DPS-områder er stort samsvar mellom kliniske vurderinger om hvor behandlingen skal finne sted. Korrigert for alvorlighetsgrad av symptomer og atferd, og ikke minst for innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp og/eller ved bruk av tvang, er det bare i Vesterålen det er en redusert sjans til å være ved sykehus fremfor DPS sammenholdt med Nordre Vestfold som referanse, der det var minst bruk av



døgnplasser. Det er flere forhold ved Vesterålen DPS som kan bidra til dette, slik det er nevnt i avsnittene på forrige side.

Vi viser ellers til oppsummering og konklusjoner til slutt i sammendraget framme i rapporten.

## Litteraturhenvisninger

Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder. Veiledningsserie 1-2001. IK-2738. Statens helsetilsyn, 2001.

Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Veileder IS-1388. Sosial- og helsedirektoratet, 2006.

Jerrell JM, Hargreaves W (1991). The Operating Philosophy of Community Support Programs. Working Paper Series 18, Institute of Mental Health Services Research, Berkeley, San Fransisco 1991.

Kalseth J (red.) (2005). Samdata psykisk helsevern. Sektorrapport 2004. Sammenligningsdata for psykisk helsevern. Rapport 2/05. SINTEF rapport STF78 A055021

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

Pedersen PB (red.) (2006). Samdata psykisk helsevern. Sektorrapport 2005. Sammenligningsdata for psykisk helsevern. Rapport 2/06. SINTEF rapport A264.

Ruud T. (1996) Evaluering av psykiatriske helsetjenester: Erfaringer og resultat fra en utprøving av noen metoder. Statens helsetilsyn, Oslo. IK 2546

Ruud T, Breimoen M (1996). Evaluering av psykiatriske helsetjenester: Praktisk veiledning i bruk av noen evalueringsmetoder. Statens helsetilsyn, Oslo. IK 2547

Ruud T, Reas D (2003). Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: Status og variasjon 2002. SINTEF Unimed rapport STF78 A035008, SINTEF Unimed, Trondheim.

Ruud T, Lidal K, Røhme K, Sitter M, Hagen H (2004). Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003. SINTEF Helse rapport STF78 A045008. SINTEF Helse, Trondheim/Oslo.

Ruud T, Lilleeng S, Hatling T (2006). Pasientflyt og pasientfordeling ved AHUS psykisk helsevern for voksne 2004-2005. SINTEF-rapport STF78 F0055027. SINTEF Helse, Trondheim/Oslo.

Ruud T, Gråwe RW, Lilleeng S, Bjørngaard JH (2006). Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsikiatriske sentre fra 2002 til 2005. SINTEF rapport STF78 A055028. SINTEF Helse, Oslo.

Ruud T (2006). Kommunenes vurdering av distriktpsikiatriske tilbud. SINTEF rapport A259. SINTEF Helse, Trondheim/Oslo.

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

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

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

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

# Vedlegg

Supplerende tabeller om bemanning og samarbeidskontakt.

Registreringsskjema for pasienter ved distriktpspsykiatriske sentre 2005 (skjema AB), og veiledning for utfylling av skjemaet.

Registreringsskjema for pasienter ved sykehus 2005 (skjema S), og veiledning for utfylling av skjemaet.

Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Norsk versjon.

Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Todelt norsk versjon.

Skåringsskjema for misbruk av alkohol og stoff.



## Vedlegg til rapport om DPS og sykehus

Tabell 1 i vedlegg. Bemanning ved DPS

DPS	Folketall i opptaksområdet	Leger og psykologer	Samlet bemanning	Leger /psykologer pr 100 000 innb	Samlet bemanning pr 100 000 innb
Moss	52237	12	59	23	113
Edwin Ruud	45403	11	52	24	115
Lillestrøm	133297	31	128	23	96
Lillehammer	69595	16	114	23	164
Ringerike	33308	13	66	39	198
N Vestfold	51551	15	75	29	145
Betanien	64299	15	62	23	96
Vesterålen	30469	9	78	30	256
<b>Gj.snitt</b>		<b>15</b>	<b>79</b>	<b>27</b>	<b>148</b>

Tabell 2 i vedlegg. Bemanning på sykehusnivå i helseforetakene

Helseforetak	Folketall i opptaksområdet	Leger og psykologer	Samlet bemanning	Leger /psykologer pr 100 000 innb	Samlet bemanning pr 100 000 innb
Østfold	257875	49	458	19	178
AHUS	285074	41	341	14	120
Innlandet	371550	67	741	18	199
Buskerud	194484	28	317	14	163
Vestfold	220736	36	263	16	119
Bergen	380692	83	663	22	174
Nordland	277651	58	417	21	150
<b>Gj.snitt</b>		<b>51</b>	<b>457</b>	<b>18</b>	<b>160</b>

Tabell 3 i vedlegg. Andel pasienter (prosent) der en har hatt kontakt med andre typer tjenester i registreringsperioden

Registrert ved:	Hatt kontakt		Ikke hatt kontakt		Ikke aktuelt	
	DPS	Sykehus	DPS	Sykehus	DPS	Sykehus
<b>Kontakt med:</b>						
Familie/pårørende/venner	53	70	27	14	20	16
Fastlege/annen primærlege	30	33	43	45	27	21
Sykepleier/team i kommunen	56	53	22	28	22	19
Sosialtjenesten/sosialkontor	30	27	24	34	45	38
Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	-	51	-	25	-	23
Psykiatrisk sykehusavdeling/poliklinikk	35	-	24	-	40	-
Somatisk sykehusavdeling/poliklinikk	22	24	23	24	55	52
Rusteam/rusinstitusjon	5	10	21	23	74	67
Arbeidsgiver/skole/aetat/trygdekontor	19	17	20	31	60	53
Politi/fengsel/kriminalomsorg	3	8	18	20	79	72

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

Institusjon   Opptaksområde (for DPS)

Kodenummer for pasienten i 2005

Pasienten registrert i 2002?  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

Kodenummer for pasienten i 2002

Første kontakt med institusjonen (mmåå)

Inntak denne episode (ddmmåå)

Henvisning mottatt (ddmmåå)

Ev. utskrivning/avslutningsdato

Fødselsår

Inntak som øyeblikkelig hjelp  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

Første kontakt med psyk.h.v.  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

Reinnleggelse innen ett år  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

**Sivilstatus**

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

**Kjønn**

1 Mann  2 Kvinne

**Bor alene**

1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

**Hovedinntektskilde**

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

**Pasientens etniske bakgrunn**

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

Nødvendig med tolk i samtale  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

Pasienten er asylsøker  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

**Juridisk status ved inntaksvedtak (første kolonne) og nå**

1 Frivillig   2 Tvungen observasjon utenfor institusjon   3 Tvungen observasjon i institusjon   4 Tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon   5 Tvungent psykisk helsevern i institusjon (inkl dømt)

**Hvem som henviste pasienten (første kolonne) og hvem pasienten eventuelt er henvist tilbake til (andre kolonne)**

1 Pasienten selv / 1 Ingen oppfølging   2 Fastlegen   3 Allmenn / psykiatrisk legevakt (strek under)   4 Kommunal pleie / omsorg / psykiatriteam   5 Somatisk poliklinikk / avdeling   6 Psykiatrisk enhet ved DPS   7 Annen psykiatrisk enhet ved sykehus   8 Privatpraktiserende psykiater/psykolog   9 Politilege / tilsynslege i fengsel / rettsvesen

**Hovedgrunner for inntak slik team/avdeling ser det**

Sett kryss på 1- 3 linjer

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

**Hoveddiagnose (ICD-10)**

**Annen diagnose (bidiagnose)**

**Annen diagnose (bidiagnose)**

**Status for nåværende psykiske lidelse**

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

**Omfang av sosialt nettverk (slekt / venner)**

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

**Deltagelse i lokalmiljø sammen med andre**

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

**HoNOS (se veiledning)**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1 Overaktiv eller aggressiv atferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Selvskade som ikke skyldes uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Drikking eller bruk av stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Kognitive problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fysisk sykdom / funksjonshemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Hallusinasjoner og vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Senket stemningsleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Andre psykiske plager (merk bokstav)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A fobisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C tvangsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D stress/spenninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E dissosiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F somatoforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G spiseproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H søvnproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I seksuelle pr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J andre probl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Problem med forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Problem med dagliglivets aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Problem med boligforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Problem med yrke og aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Psykologiske problem (se veil.)**

P1 Problem etter traumer eller tap

P2 Problem med selvilde eller identitet

P3 Personlige eller indre konflikter

P4 Problem i parforhold eller nære familie

**Bruk av alkohol og stoff (se veil.)**

1 Bruk av alkohol

2 Bruk av medikamenter / narkotika

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

**Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) siste 12 mnd**

	Ingen	Måneder			
		0-6	7-11	Hele tiden	Ukjent
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sett ett kryss pr linje					
1 Poliklinisk/ambulant tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Dagtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Døgnopphold ved DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Døgnopphold ved sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Behandling ved rusteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Døgnopphold i rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvilke av disse tilbudene har pasienten fra før, - eller har fått nå under oppholdet / behandlingen?**

	Behov for	Har fra før	Har fått nå	Ønsker ikke	Ukjent
Sett ett kryss på hver linje	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1 Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Individuell plan i følge loven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Koordinator i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ansvarsgruppe i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Prosjektleder Torleif Ruud  
Telefon 9136 2750  
Epost: [torleif.ruud@sintef.no](mailto:torleif.ruud@sintef.no)

## Veiledning om utfylling av skjema AB ved Moss DPS vinteren 2005

### Hvilke pasienter som inkluderer

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

### Skjema AB om pasienter og tilbud

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

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

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

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

### Side 1

Institusjon: 01

Opptaksområde: 1

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

Første kontakt med psykisk helsevern: Gjelder spesialisthelsetjenester i psykiatri, ikke bare denne institusjonen.

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

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

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

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

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

Psykologiske problem: Skåres ut fra skalaer på eget ark.

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

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

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

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

### Side 2

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

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

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

Koder for basisenheter ved Moss DPS:

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

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

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

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

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

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

Prosjektleder Torleif Ruud  
Telefon 9136 2750  
Epost: [torleif.ruud@sintef.no](mailto:torleif.ruud@sintef.no)

## Veiledning for datainnsamling ved DPS-er i evalueringsprosjektet vinteren 2005

### Hvilke pasienter som inkluderes

Alle pasienter som DPS-et har kontakt med i form av fysisk møte i ukene (uke 7-11) fra mandag 14.februar kl.08.00 til mandag 14.mars kl.08.00 i 2005) tas med.

Dette gjelder polikliniske, dagpasienter, pasienter ved ambulante team og døgnpasienter, - og det gjelder alle kliniske enheter (team, poster, avdelinger) ledelsen ved DPS-et har ansvar for (inkl. psykiatriske sykehjem og oppsøkende team). Skjema skal sendes inn 30.mars.

Pasientene inkluderes når første fysiske kontakt skjer.

Det fylles ut skjema på alle pasienter, uansett om de gir samtykke til å utlevere opplysninger med kodenummer.

### Tildeling av kodenummer for pasientene

Kodenummer føres på skjema bare for pasienter som gir skriftlig samtykke til dette etter å ha lest brevet om prosjektet. For pasienter som ikke gir samtykke, sendes skjema inn uten noe påført kodenummer.

Skjema kan merkes midlertidig med navn/fødselsdato, men dette må fjernes før skjema sendes inn.

Kodenummer velges av institusjonen og kan ha inntil 6 siffer. Det bør tildeles hver pasient så tidlig som mulig, slik at det kan påføres spørreskjemaet til pasienten.

For alle som pr. 14.februar er registrert som pasienter, kan en tildele slikt kodenummer i starten. For pasienter som tas inn i løpet av perioden, bør kodenummer gis ved oppretting av journalen.

### Kontakt med pasienter og pårørende

Hver pasient gis ved første fysiske kontakt i perioden et **brev fra prosjektleder** der de informeres om prosjektet og spørres om skriftlig samtykke til bruk av et kodenummer, samt om han/hun vil ta i mot et spørreskjema og om nærmeste pårørende kan spørres om å fylle ut et spørreskjema. Samtykke gis ved å krysse av og undertegne **samtykkeskjemaet** som følger brevet.

Brevet gis til pasienten av den behandler som har denne første kontakten i perioden. Pasienten bør få anledning til å stille spørsmål om det han/hun eventuelt lurer på. Pasientens skriftlige svar om samtykke gis til den lokale koordinator/sekretær for prosjektet. Dette skriftlige svaret skal oppbevares av ledelsen ved DPS-er og sendes ikke til prosjektet.

Brevet og informasjon om prosjektet kan settes opp på en oppslagstavle der pasientene kan lese om det.

**Spørreskjemaet til pasienten** gis til pasienten i slutten av registreringsperioden, slik at svarene deres vil gjelde registreringsperioden. For pasienter som avslutter kontakten i løpet av perioden, kan pasienten motta og helst fylle ut skjemaet ved avslutningen. For pasienter

som dropper ut i løpet av perioden, sendes skjemaet til dem pr post etter avslutningen av perioden.

Spørreskjemaet skal bare gis/sendes til pasienter som har gitt samtykke til å fylle det ut.

Pasientens kodenummer føres på spørreskjemaet før det gis til pasienten (for dem som har gitt samtykke til det). Pasienten legger utfylt skjema i den vedlagte svarkonvolutt, som de kan postlegge direkte til prosjektet eller levere ved DPS for innsending.

Det er ønskelig at en legger til rette for at pasienten får anledning til å fylle ut spørreskjemaet ved DPS mens en har kontakt, da dette vil øke svarprosenten framfor om pasienten tar med skjemaet hjem.

**Spørreskjema til nærmeste pårørende** sendes til denne der pasienten har gitt samtykke til det og sagt hvem nærmeste pårørende er. Skjemaet påføres kodenummer om pasienten har samtykket i det.

Ved institusjonen føres det en liste over hvilket kodenummer som er gitt til hvilken pasient, og denne oppbevares av institusjonsleder fram til neste registreringsperiode to år seinere.

### Skjema AB om pasienter og tilbud

Skjemaet fylles ut av pasientens hovedbehandler i samarbeid med eventuelle andre som også har kontakt med pasienten. Dette kan eventuelt gjøres helt eller delvis i et teammøte eller behandlermøte som ledd i kontakten med pasienten (konsultasjon/besøk).

For å fordele arbeidet over tid, kan en ved starten av registreringsperioden fordele de pasientene en allerede har på de fire ukene i perioden. En slik fordeling bør gjøres av eller for den enkelte behandler for dennes pasienter.

Opplysninger om tilbudene som er gitt i løpet av perioden fylles ut ved slutten av registreringsperioden, - eller ved avslutning av kontakten om pasienten avsluttes i løpet av registreringsperioden.

Dette fylles ut bare ett slikt skjema for hver pasient.

Pasienter som avsluttes helt i løpet av perioden, bør vurderes og skåres etter hvert mens en husker best..

Dersom pasienten avsluttes og tas inn på nytt i løpet av registreringsperioden, fylles ut et nytt skjema for den nye kontaktperioden. Det brukes samme kodenummer, men skjemaene merkes med nye aktuelle datoer.

Opplysningene på skjemaet leses optisk ved scanning, er det derfor viktig å skrive tydelige tall, bokstaver og kryss innen de rutene som er avsatt til dette.

### Skjema CD om kompetanse og klinisk praksis

Spørreskjema CD til alt fagpersonale har spørsmål om kompetanse, opplevelse av arbeidet, og om klinisk praksis ved den enheten der en arbeider mest. Dette skjemaet fylles ut én gang av hver fagperson (inkludert alt miljøpersonale, også ufaglærte). Dette kan gjøres når som helst i registreringsperioden.

Det brukes ikke kodenummer på spørreskjemaene som personalet fyller ut om kompetanse og klinisk praksis.

Verdien av disse opplysningene er størst når alle fyller ut skjema CD, og ledelsen bør medvirke til det

**Pasient ved Sykehuset Innlandet fra opptaksområdet til Lillehammer DPS uke 7-10 2005**

Institusjon 

5	1
---	---

Opptaksområde 

5
---

Første kontakt med institusjonen (mmåå) 

--	--	--	--

Henvising mottatt (ddmmåå) 

--	--	--	--

Inntak denne episode (ddmmåå) 

--	--	--	--

Ev. utskrivning/avslutningsdato 

--	--	--	--

Fødselsår 

--	--	--	--

Inntak som øyeblikkelig hjelp  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

Første kontakt med psyk.h.v.  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

Reinnleggelse innen 1 år  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

**Sivilstatus**

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

**Kjønn**

- 1 Mann
- 2 Kvinne

**Bor alene**

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent

**Pasientens etniske bakgrunn**

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

Nødvendig med tolk i samtale  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

Pasienten er asylsøker  1 Ja  2 Nei  3 Ukjent

**Status for nåværende psykiske lidelse**

- 1 Psykisk lidelse som har debutert nylig
- 2 Ny sykdomsperiode etter periode uten sykdom
- 3 Forverring av langvarig vedvarende psykisk lidelse
- 4 Ukjent / annet:

**Juridisk status ved inntaksvedtak (første kolonne) og nå**

- 1 Frivillig
- 2 Tvungen observasjon utenfor institusjon
- 3 Tvungen observasjon i institusjon
- 4 Tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon
- 5 Tvungent psykisk helsevern i institusjon

**Hvem som henviste pasienten (første kolonne) og hvem pasienten eventuelt er henvist tilbake til (andre kolonne)**

- 1 Pasienten selv / 1 Ingen oppfølging
- 2 Fastlegen
- 3 Allmenn / psykiatrisk legevakt (strek under)
- 4 Kommunal pleie / omsorg / psykiatriteam
- 5 Somatisk poliklinikk / avdeling
- 6 Poliklinikk / team / dagavdeling ved DPS
- 7 Døgnavdeling ved DPS
- 8 Annen psykiatrisk enhet ved sykehus
- 9 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
- 10 Politilege / tilsynslege i fengsel / rettsvesen

**Hovedgrunner for inntak slik team/avdeling ser det**

Sett kryss på 1- 3 linjer

- 1 Få gjennomført diagnostikk og utredning
- 2 Få etablert / bedret behandlingsrelasjon
- 3 Få satt i gang / endret behandling
- 4 Få kontroll over destruktiv atferd overfor selv / andre
- 5 Ta vare på pasienten / beskytte / skjærme / avlaste
- 6 Få bedret pasientens kontakt / relasjoner med familie
- 7 Ha trygg ramme for bearbeiding av traumer/konflikter

Hoveddiagnose (ICD-10) 

--	--	--	--

Annen diagnose (bidiagnose) 

--	--	--	--

Annen diagnose (bidiagnose) 

--	--	--	--

Samarbeidsmøte med DPS i perioden  1 Ja  2 Nei

Venter på tilbud på lavere omsorgsnivå  1 Ja  2 Nei

**HoNOS (se veiledning)**

	0	1	2	3	4
1 Overaktiv eller aggressiv atferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Selvskaide som ikke skyldes uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Drikking eller bruk av stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Kognitive problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fysisk sykdom / funksjonshemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Hallusinasjoner og vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Senket stemningsleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Andre psykiske plager (merk bokstav)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A fobisk					
B angst					
C tvangsproblem					
D stress/spenninger					
E dissosiative					
F somatoforme					
G spiseproblem					
H søvnproblem					
I seksuelle pr.					
J andre probl.					
9 Problem med forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Problem med dagliglivets aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Problem med boligforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Problem med yrke og aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bruk av alkohol og stoff (se veil.)**

	1	2	3	4	5
1 Bruk av alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Bruk av medikamenter / narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

--	--

**Funk:**

--	--

**Hvilke av disse tilbudene har pasienten fra før, - eller har fått nå under oppholdet / behandlingen?**

	Behov for	Har fra før	Har fått nå	Ønsker ikke	Ukjent
<i>Ev kryss på 1. Ett kryss på 2-5</i>					
1 Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Individuell plan i følge loven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Koordinator i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ansvarsgruppe i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Sett ett kryss på hver linje

	Ikke aktuelt	Hatt kontakt	Ikke kontakt	Ukjent
1 Familie/pårørende/venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Fastlege/annen primærlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sykepleier / team i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sosialtjenesten / sosialkontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Distriktspsykiatrisk senter (DPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Somatisk sykehusavd. / poliklinikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Rusteam, rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Arbeidsgiver/skole/aetat/trygdekont.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Politi, fengsel, kriminalomsorg i frihet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tilbud i registreringsperioden fra de enkelte kliniske basisenhetene (team/post - se veiledning) ved sykehuset.**

For hver basisenhet (team/post) fylles det ut én linje der det oppgis antall konsultasjoner, dager med dagtilbud, antall ganger med aktiviteter sammen med pasienten utenfor institusjonen, og antall døgn som døgnpasient ved posten.

Basisenhet	Kons	Dager	Aktiv.	Døgn

## **Veiledning om registrering av pasienter ved Sykehuset Innlandet fra opptaksområdet til Lillehammer DPS 14.februar til 14.mars 2005**

### **Hensikten med undersøkelsen**

Sammen med tilsvarende opplysninger fra Lillehammer DPS om alle deres pasienter i samme tidsrom, vil undersøkelsen gi kunnskap om arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus, og vise sykehusets bidrag til befolkningen.

Undersøkelsen er et ledd i Forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse, og den er godkjent av Regional etisk komite for helseregion Midt-Norge og meldt via NSD til Datatilsynet. Disse har godkjent at sykehuset gir opplysninger om pasientene uten å be om deres samtykke, siden vi gjør dette uten å registrere identitet eller kommune.

### **Hvilke pasienter som inkluderes**

Alle pasienter fra opptaksområdet til Lillehammer DPS som sykehuset har kontakt med ved fysisk møte i ukene 7-10 fra mandag 14.februar kl.08 til mandag 14.mars kl.08 i 2005 tas med. Dette inkluderer dem en har kontakt med i hele perioden, og dem som tas i mot og/eller avsluttes i løpet av perioden.

Dette gjelder polikliniske, dagpasienter, pasienter ved ambulante team og døgnpasienter, - og det gjelder alle kliniske enheter (team, poster, avdelinger) ved sykehuset som har pasienter fra det aktuelle opptaksområdet.

Se eget ark når det gjelder kommuner i opptaksområdet.

Skjemaene fylles ut av erfarne psykiatriske sykepleiere som har fått tildelt oppgaven fra avdelingsledelsen. Sykepleieren gjør dette ut fra journalen og i samarbeid med dem som behandler pasienten. Denne framgangsmåten er valgt fordi det ikke gjelder alle pasienter ved avdelingen, og for å unngå å belaste alle behandlere med å sette seg inn i skåringene.

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

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

Navn eller annet kjennetegn på pasienten kan noteres midlertidig nederst på skjemaet, men fjernes før skjemaet sendes til SINTEF.

### **Første spalte**

Institusjon: 51

Opptaksområde: 5

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

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

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

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

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

### **Andre spalte**

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

De som ikke kan HoNOS fra før, bør gå gjennom utsendt Power-Point om HoNOS fil og trene ved å skåre noen vignetter før en starter med selve registreringen.

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

GAF siste uke: Skåres ut fra skalaer på egne ark. Vi forutsetter at opplæring i å skåre GAF er gitt ved sykehuset.

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

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

Se koder for de aktuelle poster og team på et annet ark.

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

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

Utfylte registreringskjema sendes samlet til SINTEF.

De som gjennomfører registreringer på samarbeide med kontorseksjon ved avdelingen om å få oversikt over alle pasienter fra det aktuelle opptaksområdet.



# HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales

Norsk versjon april 2002 (korrigert desember 2002)

## Oppsummering av instruksjon for skåring

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

### 1. Overaktiv, aggressiv, forstyrrende eller agitert atferd

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

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

### 2. Selvskade som ikke skyldes uhell

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

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

### 3. Problemdriking eller bruk av rusmiddel

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

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

### 4. Kognitive problemer

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

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

### 5. Problemer med fysisk sykdom eller funksjonshemming

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

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

### 6. Problemer forbundet med hallusinasjoner og vrangforestillinger

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

## 7. Problem med senket stemningsleie

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

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

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

## 8. Andre mentale eller atferdsmessige problem

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

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

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

## 9. Problemer med forhold til andre

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

0 Ingen slike problemer av betydning i perioden som skåres.

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

## 10. Problemer med dagliglivets aktiviteter

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

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

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

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

## 11. Problemer med boligforhold

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

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

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

## 12. Problemer med yrke og aktiviteter

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

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

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

Skalaer om alkohol/stoffmisbruk 1999	Pasient nr:	Tidsrom:
Veiledning: Sett ring rundt ett tall i hver spalte	Skåret av:	Dato:
<b>Skala for klinikerens vurdering av alkoholforbruk</b>	<b>Skala for klinikerens vurdering av rusmiddelbruk (ekskl. alkohol)</b>	
<p>Vurder din klients bruk av alkohol gjennom de siste 6 måneder etter følgende skala. Hvis personen er innlagt i institusjon, er rapporteringsintervallet perioden forut for institusjonalisering. Du bør avveie opplysninger fra selvrapportering, intervjuer, observasjoner av atferd samt komparentopplysninger (fra familie, dagsenter, nettverk etc.) mot hverandre ved valg av nivå på skalaen.</p> <p><b>1 = AVHOLDENDE</b> Klienten har ikke brukt alkohol i dette tidsintervallet.</p> <p><b>2 = BRUK UTEN FUNKSJONSNEDSETTELSE</b> Klienten har brukt alkohol i dette tidsintervallet, men det er ikke sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken og ingen sikre opplysninger om tilbakevendende farlig alkoholbruk.</p> <p><b>3 = MISBRUK</b> Klienten har brukt alkohol i dette tidsintervallet, og det er sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken eller sikre opplysninger om tilbakevendende farlig alkoholbruk.</p> <p><b>4 = AVHENGIGHET</b> Fyller kriteriene for misbruk, pluss minst tre av følgende: Større mengder eller lengre intervaller med bruk enn hensikten var, mye av tiden går med til å få tak i eller bruke alkohol, hyppig intoksikasjon eller tilbaketrekning interfererer med andre aktiviteter, viktige aktiviteter oppgis på grunn av alkoholbruk, kontinuerlig bruk til tross for viten om alkoholrelaterte problemer, markert toleranse for alkohol, karakteristiske abstinenssymptomer, alkohol brukt for å lindre eller unngå abstinenssymptomer. For eksempel: Ukontrollert drikking og opptatthet av drikking har fått klienten til å falle ut av arbeidstrening og sosiale aktiviteter som ikke er relatert til drikking.</p> <p><b>5 = AVHENGIGHET MED INSTITUSJONALISERING</b> Møter kriteriene for alvorlig, og i tillegg er de relaterte problemene så alvorlige at de gjør det vanskelig å bo utenfor institusjon. For eksempel: Konstant drikking fører til ukontrollert atferd og manglende evne til å betale husleie, slik at klienten ofte blir politianmeldt og søker hospitalisering.</p>	<p>Vurder din klients bruk av rusmidler (ekskl. alkohol) gjennom de siste 6 måneder etter følgende skala. Hvis personen er innlagt i institusjon, er rapporteringsintervallet perioden forut for institusjonalisering. Du bør avveie opplysninger fra selvrapportering, intervjuer, observasjoner av atferd samt komparentopplysninger (fra familie, dagsenter, nettverk etc.) mot hverandre ved valg av nivå på skalaen.</p> <p><b>1 = AVHOLDENDE</b> Klienten har ikke brukt rusmidler i dette tidsintervallet.</p> <p><b>2 = BRUK UTEN FUNKSJONSNEDSETTELSE</b> Klienten har brukt rusmidler i dette tidsintervallet, men det er ikke sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken og ingen sikre opplysninger om tilbakevendende farlig bruk av rusmidler.</p> <p><b>3 = MISBRUK</b> Klienten har brukt rusmidler i dette tidsintervallet, og det er sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken, eller sikre opplysninger om tilbakevendende farlig bruk av rusmidler.</p> <p><b>4 = AVHENGIGHET</b> Fyller kriteriene for misbruk, pluss minst tre av følgende: Større mengder eller lengre intervaller med bruk enn hensikten var, mye av tiden går med til å få tak i eller bruke rusmidler, hyppig intoksikasjon eller tilbaketrekning interfererer med andre aktiviteter, viktige aktiviteter oppgis på grunn av rusmiddelbruk, kontinuerlig bruk til tross for viten om rusmiddelrelaterte problemer, markert toleranse for rusmidler, karakteristiske abstinenssymptomer, rusmidler brukt for å lindre eller unngå abstinenssymptomer. For eksempel: Ukontrollert rusmiddelbruk og opptatthet av rusmidler har fått klienten til å falle ut av arbeidstrening og sosiale aktiviteter som ikke er relatert til rusmiddelbruk.</p> <p><b>5 = AVHENGIGHET MED INSTITUSJONALISERING</b> Møter kriteriene for alvorlig, og i tillegg er de relaterte problemene så alvorlige at de gjør det vanskelig å bo utenfor institusjon. For eksempel: Konstant rusmiddelbruk fører til ukontrollert atferd og manglende evne til å betale husleie, slik at klienten ofte blir politianmeldt og søker hospitalisering.</p>	



# Manual for GAF-S - Symptomer

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




100	Ingen symptomer.	<i>Utfyllende stikkord*:</i> Glede, kreativitet, livsgnist.
91		
90	Ingen eller minimale symptomer ( f.eks. lett angst foran en eksamen ).	Jevnt og godt humør. Lettere stressymptomer.
81		
80	Hvis symptomer foreligger er de forbigående og forståelige reaksjoner på psykososiale påkjenninger ( f.eks. konsentrasjonsvansker etter en krangel i familien ).	Moderate stressymptomer.
71		
70	Noen lette symptomer ( f.eks. deprimert sinnstemning og lettere søvnløshet ).	Her begynner mer avgrensede symptomer av lengre varighet.
61		
60	Moderate symptomer ( f.eks. avfattede følelser og omstendelig språk, sporadiske panikkanfall ).	Symptomene begynner nå å bli tydelig for andre.
51		
50	Alvorlige symptomer ( f.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangsrutiner, hyppige butiktkyveri ).	Alvorsgraden tiltar. Klart behandlingstrengende.
41		
40	Endel forstyrrelse i realitetstesting, kommunikasjon, dømmekraft, tankevirksomhet eller stemningsleie ( f.eks. talen er iblant ulogisk, uklar eller irrelevant ).	Psykosegrense, men rommer også andre svært alvorlige symptomer.
31		
30	Adferden er betydelig påvirket av vrangforestillinger eller hallusina- sjoner, eller alvorlig svikt i kommunikasjon eller dømmekraft ( f.eks. av og til usammenhengende tale, svært upassende adferd, stadige selvmordstanker ).	Psykotiske <i>atferdsforstyrrelser</i> og beslektede tilstander.
21		
20	En viss fare for å kunne skade seg selv eller andre ( f.eks. selvmordsforsøk uten klar forventning om å dø; ofte voldelig; manisk oppstemthet ), eller grov svikt i kommunikasjon ( f.eks. stort sett usammenhengende eller stum ).	Utilregnelighet og utageringsfare. Skadebegrensende tiltak er nødvendig.
11		
10	Vedvarende fare for å skade seg selv eller andre alvorlig ( f.eks. gjentatte voldshandlinger ), eller alvorlig selvmordshandling med klar forventning om å dø.	Alvorligste psykopatologiske tilstander. Trenger konstant hjelp, tilsyn og beskyttelse over tid.
1		

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

# Manual for GAF-F - Funksjoner

Vurder sosial og yrkesmessig fungering på en hypotetisk kontinuerlig skala for mental helse/sykdom.

Ta ikke i betraktning funksjonsvikt som skyldes somatiske (eller miljømessige) begrensninger.

100	<b>Førsteklasses fungering innen et vidt spekter av aktiviteter, livsproblemer blir aldri uhåndterlige, andre søker seg til personen på grunn av hans eller hennes mange positive kvaliteter.</b>	<i>Utfyllende stikkord*:</i> Usedvanlige kvaliteter.
91		
90	<b>God fungering på alle områder, interessert i og engasjert i et bredt spekter av aktiviteter, sosialt velfungerende, generelt sett tilfreds med livet, kun dagligdagse problemer og bekymringer ( f.eks. en gang i blant en krangel med noen i familien ).</b>	Svært godt fungerende.
81		
80	<b>Ikke mer enn lett reduksjon i sosial, yrkesmessig eller skolemessig fungering ( f.eks. midlertidig komme på etterskudd med skolearbeid ).</b>	Fortsatt godt fungerende.
71		
70	<b>Noen vansker med å fungere sosialt, yrkesmessig eller i utdanning ( f.eks. sporadisk skulking, tyveri innenfor hjemmet ), men fungerer generelt sett ganske bra, har noen meningsfulle mellommenneskelige forhold.</b>	Her begynner funksjonssvikt som er mer enn normalt situasjonsbetinget.
61		
60	<b>Moderate vansker sosialt, i yrke eller utdanning ( f.eks. få venner, konflikter med arbeidskolleger ).</b>	Økende vanskeligheter med å følge opp jobb / skolegang. Sporadiske sykmeldinger.
51		
50	<b>Alvorlige vansker med å fungere sosialt, i yrke eller utdanning ( f.eks. ingen venner, klarer ikke å holde på en jobb ).</b>	Klarer ikke oppfylle vanlige krav fra jobb eller skole. Hyppige sykmeldinger.
41		
40	<b>Større funksjonssvikt innen flere områder, så som i arbeid, utdanning og familieforhold ( f.eks. deprimerer mann som unngår venner, forsømmer familien, og ute av stand til å arbeide; barn som ofte juler opp yngre barn, er trassig hjemme, og mislykkes på skolen ).</b>	Svikter på flere områder. Er bl.a. sykmeldt.
31		
30	<b>Ute av stand til å fungere på nesten alle områder ( f.eks. holder sengen hele dagen; ingen jobb, venner eller hjem ).</b>	<i>Med atferdsforstyrrelsen går symptomer og funksjoner over i hverandre.</i>
21	 <b>Se også GAF-S (symptomer)</b>	
20	<b>Av og til svikt i å sørge for et minimum av personlig hygiene ( f.eks. griser med avføring ).</b>	Trenger en del hjelp, beskyttelse og tilsyn for å opprettholde et minimum av funksjoner.
11	 <b>Se også GAF-S (symptomer)</b>	
10	<b>Vedvarende ute av stand til å skjette et minimum av personlig hygiene.</b>	Trenger stadig og vedvarende hjelp, tilsyn og pleie.
1	 <b>Se også GAF-S (symptomer)</b>	

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