

SINTEF A310

RAPPORT

Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie

Torleif Ruud, Rolf W. Gråwe, Trond Hatling

SINTEF Helse
Oktober 2006

■ 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

**Akuttpsykiatrisk behandling i Norge –
resultater fra en multisenterstudie**

FORFATTER(E)

Torleif Ruud, Rolf W Gråwe, Trond Hatling

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for psykisk helse

RAPPORTNR. SINTEF A310	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Seniorrådgiver Bjørg Gammersvik	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04022-7	PROSJEKTNR. 78i057	ANTALL SIDER OG BILAG 135 sider + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE Akuttpsykiatrisk behandling i Norge.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Rolf W. Gråwe <i>Rolf W. Gråwe</i>
ARKIVKODE E	DATO 12.10.2006	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) er gjennomført av Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet. Til sammen 19 akuttavdelinger for voksne, ni akutteam for voksne og fem akuttenheter for ungdom har deltatt i multisenterstudien. Det er registrert opplysninger om til sammen 4973 behandlingsforløp fordelt på 3572 i akuttavdelinger for voksne, 960 i akutteam og 441 i akuttenheter for ungdom. Dette er den største undersøkelsen som hittil er gjort innen akuttpsykiatrien i Norge, og rapporten redegjør for hovedtrekkene fra denne store kartleggingen.

Hovedspørsmålene i multisenterstudien og rapporten er hva som kjennetegner de ulike akuttpsykiatriske tilbudene og variasjonen innen disse, hva som kjennetegner pasienter som henvises til de ulike typene akuttpsykiatriske tilbud, hva slags behandling pasientene får, og hvordan utfallet av behandlingen er.

For en oversikt over de viktigste resultatene fra de analyser som hittil er gjort, vises det til sammendraget først i rapporten. Hvert kapittel begynner også med en oppsummering av hovedfunnene i kapitlet. Akuttpsykiatrisk behandling for voksne og for ungdom er behandlet i hver sin del av rapporten.

Denne rapporten er den første formidlingen av resultater fra multisenterstudien. En rekke vitenskapelige artikler er planlagt, og resultater vil også bli presentert i foredrag og rapporter fra det samlede materialet eller lokale deler av det. Et viktig delmål for evalueringsnettverket å bidra til utvikling av akuttilbudet for de avdelingene som er med. Presentasjon av resultater og bruk av egne data innen de avdelinger og team som har vært med på studien, er derfor like viktig som offentliggjøring i form av rapporter og artikler.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykatri	Psychiatry
EGENVALGTE	Akuttbehandling	Acute treatment
	Akuttavdelinger	Acute wards
	Akutteam	Acute teams

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Tabeller	7
Figurer.....	9
Forord	13
Sammendrag	15
Del A: Forberedelse og gjennomføring av multisenterstudien	21
1 Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP).....	23
1.1 Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri	23
1.2 Problemstillinger	23
1.3 Utforming av multisenterstudien.....	23
1.4 Materiale.....	24
1.5 Datainnsamling	25
1.6 Bearbeiding og analyser av data	26
1.7 Organisering av prosjektarbeidet	26
1.8 Godkjenning av multisenterundersøkelsen.....	27
1.9 Finansiering.....	27
Del B: Forløp og akutttilbud for voksne	29
2 Hva som kjennetegner tilbudene for voksne	31
2.1 Oppsummering	31
2.2 Organisering av akuttavdelingene	32
2.3 Avdelinger og bemanning	32

2.4	Kompetanse og kompetansebygging	33
2.5	Behandlingspraksis og tenkning	35
2.6	Oppbyggingen av akutteam	39
3	Hvilke pasienter som mottas	41
3.1	Oppsummering	41
3.2	Antall opphold og behandlinger.....	43
3.3	Sosiodemografiske forhold	45
3.4	Henvisning og inntak	47
3.5	Tidligere behandling før henvisning	52
3.6	Kunne innleggelse vært unngått?.....	56
3.7	Diagnoser og alvorlighet av sykdom ved inntak.....	57
3.8	Hovedgrunner for inntak/innleggelse	60
4	Tiltak og behandlingsforløp	63
4.1	Oppsummering om tiltak og behandlingsforløp.....	63
4.2	Registrering av tiltak og behandlingsforløp	64
4.3	Utredning	65
4.4	Behandlingstiltak.....	67
4.5	Bruk av tvang under oppholdet.....	73
4.6	Selvskading og vold under oppholdet.....	73
4.7	Koordinering og samarbeid med andre tjenester	74
4.8	Koordinering og individuell plan	79
4.9	Utskrivning og planer for videre behandling.....	82
4.10	Lengde på opphold og behandling	84
5	Utfall av akuttpsykiatrisk behandling	85
5.1	Oppsummering om utfall av behandlingen.....	85
5.2	Innledning om utfall av akuttpsykiatrisk behandling.....	85
5.3	Endringer i psykiske helsetilstand	86
5.4	Endringer i praktisk og sosial fungering	92
5.5	Endringer i hvordan bolig og aktivitet er tilpasset behov	93

Del C: Forløp og akutttilbud for ungdom	95
6 Hva som kjennetegner akutttilbudene.....	97
6.1 Organisering av akutttilbudene	97
6.2 Bemanning og kompetanse	98
6.3 Overordnet behandlingsprofil	100
6.4 Akuttavdelingenes fysiske utforming	101
7 Hvilke pasienter som mottas	103
7.1 Oppsummering	103
7.2 Antall opphold og pasienter.....	104
7.3 Sosiodemografiske forhold	104
7.3.1 Kjønn og alder	104
7.4 Tidligere behandling før henvisning	106
7.4.1 Tilbud siste 12 mnd	106
7.4.2 Grad av oppfølging siste 3 mnd	108
7.4.3 Tilbud/støtte siste 48 timer.....	109
7.4.4 Tilstand.....	109
7.4.5 Medikamentell behandling	110
7.5 Henvisning og inntak	110
7.5.1 Hvem henviste.....	111
7.5.2 Når mottatt	111
7.5.3 Type opphold.....	113
7.5.4 Innleggelsesformalitet.....	113
7.6 Diagnose, alvorlighet og type av problemer ved inntak	114
7.6.1 Diagnose.....	114
7.6.2 HONOSCA	115
7.6.3 Øvrige indikasjoner på alvorlighet	117
8 Tiltak og behandlingsforløp	119
8.1 Oppsummering	119
8.2 Utredning.....	119

8.3 Behandling	120
8.4 Øvrige tilbud.....	123
8.5 Bruk av rettighetsinngripende tiltak under oppholdet	124
8.6 Koordinering og samarbeid med andre tjenester	125
8.7 Selvskading og vold under oppholdet.....	127
8.8 Utskrivning og planer for videre behandling.....	128
8.9 Lengde på opphold og behandling	129
9 Utfall av akuttpsykiatrisk behandling	131
9.1 Oppsummering	131
9.2 Endringer i psykiske helsetilstand	131
9.3 Endringer i praktisk og sosial fungering	133
Litteraturreferanser	134
Vedlegg	135

Tabeller

Tabell 2.1 Bemanningsfaktorer (bemanning pr døgnplass) for ulike personalgrupper i ulike typer akuttposter	33
Tabell 3.1 Antall pasienter i akuttavdelinger og akutteam som deltok i studien.....	43
Tabell 3.2 Sosiodemografiske karakteristika ved pasienter behandlet i psykiatriske akuttavdelinger og akutteam	45
Tabell 4.1 Andel pasienter (prosent) som er henvist til ulike instanser etter akuttbehandling.....	82
Tabell 4.2 Andel av pasienter (prosent) med ulike situasjoner ved utskrivning	83
Tabell 4.3 Andel pasienter (prosent) der det er gjort ulike tiltak for henvisning videre	84
Tabell 6.1 Målgruppe og innbyggertall målgruppe. Akuttenheter for ungdom.	98
Tabell 6.2 Bemanning i årsverk 2005. Akuttenheter for ungdom.	98
Tabell 6.3 Tilleggsutdanning. Akuttenheter for ungdom.	100
Tabell 6.4 Antall ulike typer plasser. Akuttenheter for ungdom.	101
Tabell 7.1 Antall episoder og gjennomsnittlig oppholdstid i akuttenheter for ungdom som deltok i studien.	104
Tabell 8.1 Oppholdstid episode gruppert – for hver diagnosegruppe. Prosent.....	129

Figurer

Figur 2.1 Deltakelse i undervisning (timer siste tre måneder) pr person ved ulike typer akutenheter	34
Figur 2.2 Deltakelse i veiledning (timer siste tre måneder) pr person ved ulike typer akutenheter	34
Figur 2.3 Personalets engasjement ved ulike typer akutenheter (gjennomsnittsskåre)	36
Figur 2.4 Vekt på samarbeid og kontakt med andre (gjennomsnittsskåre)	36
Figur 2.5 Vekt på tilgjengelighet og ulike tidsperspektiv ved ulike typer akutenheter (gjennomsnittsskåre)	37
Figur 2.6 Vekt på ulike behandlingsformer ved ulike typer akutenheter (gjennomsnittsskåre)	38
Figur 2.7 Vekt på intensiv oppfølging ved ulike typer akutenheter (gjennomsnittsskåre)....	38
Figur 3.1 Gjennomsnittlig behandlingstid ved akuttavdelinger og akutteam fordelt på hoveddiagnosegruppene (dager).	45
Figur 3.2 Oversikt over de som henviste til akuttavdelinger (%).	48
Figur 3.3 Oversikt over de som henviste til akutteamene (%).	49
Figur 3.4 Kontakt og støtte siste 48 timer før mottak (%) *	55
Figur 3.5 Hvordan pasienter som stod på psykofarmaka hadde tatt disse (prosent)	56
Figur 3.6 Hoveddiagnoser fordelt på akuttavdelinger og akutteam (%)	57
Figur 3.7 Prosentandelen pasienter i akuttavdeling og akutteam som skåret moderat eller alvorlig på HoNOS ved inntak	59
Figur 3.8 Diagram for selvmordsfare før innleggelsen og i avdelingen	60
Figur 3.9 Hovedgrunner til innleggelse/mottak i akuttavdelinger og akutteam (%).	61
Figur 4.1 Andel pasienter (prosent) med ulike typer utredning i avdelinger og team	66
Figur 4.2 Andel pasienter (prosent) med biologiske utredningsformer	67
Figur 4.3 Andel pasienter (prosent) med samtaler med lege, psykolog eller sosionom	68

Figur 4.4 Andel pasienter (prosent) med samtaler med primær/sekundærkontakt i miljøpersonalet.....	69
Figur 4.5 Andel pasienter (prosent) der det var møter med andre	70
Figur 4.6 Andel pasienter med ulike aktivitetsopplegg individuelt eller i gruppe	71
Figur 4.7 Andel pasienter (prosent) med monitorering av psykofarmaka	72
Figur 4.8 Andel pasienter (prosent) med andre tiltak under behandlingen	72
Figur 4.9 Andel pasienter (prosent) der det er brukt tvang under akuttbehandlingen	73
Figur 4.10 Andel pasienter (prosent) der det har vært selvskading eller fysiske angrep under behandlingen	74
Figur 4.11 Andel pasienter (prosent) der teamet hadde kontakt med familie eller nettverk ..	75
Figur 4.12 Andel pasienter (prosent) der det har vært kontakt med kommunale tjenester ..	76
Figur 4.13 Andel pasienter (prosent) der det har vært kontakt med spesialisthelsetjenester	77
Figur 4.14 Andel pasienter (prosent) der det har vært kontakt med andre instanser	78
Figur 4.15 Andel pasienter (prosent) som behandlerne mener har behov for en individuell plan	79
Figur 4.16 Andel pasienter (prosent) når det gjelder ulik status for kontakt med ulike personer.....	80
Figur 4.17 Andel pasienter (prosent) med ulike typer planer og avtaler.....	81
Figur 5.1 Endringer i gjennomsnittsskåre av summen for HoNOS skala 1-8	86
Figur 5.2 Endringer i symptomnivå under akuttbehandling ut fra gjennomsnittsskårer på GAF	87
Figur 5.3 Endringer i gjennomsnittsskåre for HoNOS skalaer 1-8 ved akuttavdelinger fra inntak til utskrivning.....	88
Figur 5.4 Endringer i gjennomsnittsskåre for HoNOS skala 1-8 ved inntaksavdelinger fra inntak til utskrivning.....	89
Figur 5.5 Endringer i gjennomsnittsskåre for HoNOS skala 1-8 ved akutteam fra inntak til utskrivning.....	90
Figur 5.6 Endringer i andel (prosent) pasienter med alvorlige problem innen ulike områder	91
Figur 5.7 Endringer i funksjonsnivå under akuttbehandling ut fra gjennomsnittsskårer på GAF	92
Figur 5.8 Andel pasienter (prosent) med alvorlige funksjonsproblemer før og etter behandling	92

Figur 5.9	Andel pasienter (prosent) med alvorlig problem innen bolig og arbeid	93
Figur 7.1	Aldersfordeling akutteneheter for ungdom. Prosent.....	105
Figur 7.2	Boforhold akutteneheter for ungdom. Prosent.	105
Figur 7.3	Ungdommens hovedgjøremål. Prosent.	106
Figur 7.4	Poliklinisk psykisk helsevern siste 12 måneder. Prosent.	107
Figur 7.5	Døgnopphold psykisk helsevern siste 12 måneder. Prosent.	107
Figur 7.6	Grad av oppfølging siste 3 måneder før inntak. Prosent.	108
Figur 7.7	Tilbud støtte gitt fra ulike instanser siste 48 timer. Prosent.	109
Figur 7.8	Status for nåværende psykiske lidelse. Prosent.	110
Figur 7.9	Hvem henviste? Prosent.....	111
Figur 7.10	Ukedag for inntak. Prosent.	112
Figur 7.11	Inntakstidspunkt på døgnet. Prosent.....	112
Figur 7.12	Henvisningsformalitet. Prosent av episodene.....	113
Figur 7.13	Spesialistvedtak. Prosent av episodene.	114
Figur 7.14	Fordelingen av diagnoser for hver enhet, og for de fire enhetene samlet. ICD 10. Prosent.	115
Figur 7.15	Prosentandel episoder i akutteneheter for ungdom som skåret moderat eller alvorlig på HoNOSCA 1-9.	116
Figur 7.16	Prosentandel episoder i akutteneheter for ungdom som skåret moderat eller alvorlig på HoNOSCA 10-13.	117
Figur 7.17	Selvmondsfare. Prosent.....	118
Figur 8.1	Undersøkelser gjennomført. Prosent av alle episoder.	120
Figur 8.2	Andel opphold som har mottatt ulike behandlingstiltak gjennom oppholdet. Prosent. Alle fem akutteneheter.	121
Figur 8.3	Andel opphold hvor en har gjennomført samarbeidsmøter med lokal BUP/kommunen som del av behandlingen gjennom oppholdet. Prosent. Alle fem akutteneheter.	122
Figur 8.4	Andel opphold hvor en har gjennomført ulike aktiviteter samt gitt bistand som del av behandlingen gjennom oppholdet. Prosent. Alle fem akutteneheter.	123
Figur 8.5	Andel opphold hvor tilbud har eksistert, blitt tilbudt mv.. Prosent. Alle fem akutteneheter.	124

Figur 8.6	Andel opphold hvor en har gjennomført ulike rettighetsinngripende tiltak under oppholdet. Prosent. Alle fem akuttenheter.	125
Figur 8.7	Andel opphold hvor en har hatt kontakt med pasientens pårørende og nettverk under oppholdet. Prosent. Alle fem akuttenheter.	126
Figur 8.8	Andel opphold hvor en har hatt kontakt med vanlige samarbeidspartnere under oppholdet. Prosent. Alle fem akuttenheter.	126
Figur 8.9	Andel opphold hvor en har hatt kontakt med øvrige samarbeidspartnere under oppholdet. Prosent. Alle fem akuttenheter.	127
Figur 8.10	Andel opphold hvor det hadde skjedd selvskading/selvmondsforsøk eller skadet andre fysisk. Prosent. Alle fem akuttenheter.	128
Figur 8.11	Hvem skal gi et tilbud videre til pasienten?	129
Figur 9.1	Endringer i gjennomsnittskåre for HoNOSCA ledd 1-9 ved akuttenheter for ungdom fra inntak til episodeslutt/utskrivning.	132
Figur 9.2	Endringer i gjennomsnittskåre for HoNOSCA skalaer 10-13 ved akuttenheter for ungdom fra inntak til episodeslutt/utskrivning.	133

Forord

Denne rapporten presenterer hovedresultatene fra Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) som er gjennomført i regi at Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet. Planene for nettverket ble utviklet i en dialog med direktoratet ut fra det behovet myndighetene hadde for å få mer systematisk kunnskap om erfaringene med ulike former for akuttpsykiatrisk behandling i Norge.

SINTEF Helse fikk i oppdrag å bygge opp og lede et nettverk som kunne bidra til lokal evaluering og forskning, og som kunne gjennomføre en felles systematisk undersøkelse om den akuttpsykiatriske behandlingen i landet. Nettverket ble startet høsten 2003 og har hatt to samlinger i året, samt møter i en del undergrupper. Planlegging og forberedelse av multisenterstudien ble gjennomført i 2004 og tidlig i 2005, og datainnsamlingen har vært gjort i 2005 og 2006. Foreløpige resultater ble lagt fram på nettverkssamlingen i mai 2006.

Denne rapporten er bare et første steg i å bearbeide data og gjøre resultatene fra multisenterstudien tilgjengelige. Det er et stort datamateriale som bør analyseres ut fra en rekke problemstillinger for å bidra til økt kunnskap om akuttpsykiatrisk behandling i Norge og muligheter for forbedring av denne. Videre publisering i vitenskapelige artikler, rapporter, foredrag og andre typer publikasjoner blir koordinert av en publiseringskomite. Det foreligger planer om en rekke artikler. To doktorgradsstipendiater bruker datamateriale fra studien, og det er sendt inn en søknad til om doktorgradsstipend.

Det vil også bli arbeidet med materiale som ikke er med i denne rapporten. Flere avdelinger har samlet inn data om hvordan pasienter og personale opplever postatmosfæren i akuttavdelingene ved spørreskjemaet WAS. Data fra et spørreskjema om personalets synspunkter på bruk av tvang vil bli analysert i forhold til andre data fra multisenterstudien. Det er også samlet inn opplysninger om hvordan pasienter opplever fysiske forhold i akuttavdelinger, som kan analyseres i forhold til data fra multisenterstudien. Data som skal innhentes fra elektroniske pasientregistre om noen måneder vil gi opplysninger om reinnleggelses og videre bruk av psykisk helsevern etter oppholdene som nå er kartlagt.

Like viktig som publisering for å gjøre resultatene kjent, er det lokale arbeidet med å bruke resultatene som tilbakemelding til avdelinger og team som har deltatt i undersøkelsen. Dette arbeidet har kommet godt i gang flere steder, og det vil øke på nå når resultatene fra hele studien blir tilgjengelige slik at data om ens egen avdeling/team kan sammenholdes med hvordan det er ellers i landet. Lokale data vil også bli brukt i ulike publikasjoner.

Det er mange som har bidratt til denne rapporten uten at deres innsats blir synlig i rapporten og får den anerkjennelse den burde ha fått. Ikke minst gjelder det de mange som gjennom diskusjoner i nettverkssamlinger og omfattende og utholdende arbeid med datainnsamling i sine avdelinger har gjort det mulig å gjennomføre denne store undersøkelsen. Jeg har hatt glede av å møte og samarbeide med mange av dere, men det er også mange jeg ikke kjenner og bare kan takke indirekte på denne måten.

Rapporten er skrevet av de tre forskerne i prosjektet som har hatt ansvaret for å koordinere og veilede arbeidet i hver sin gruppe avdelinger eller team. Seniorforsker Rolf W. Gråwe har hatt kontakten med akutteam og hatt egne samlinger med dem underveis i prosessen. Han har hatt hovedansvaret for å skrive kapittel 3 i rapporten. Seniorforsker Trond Hatling har hatt kontakten med akutenhetene for ungdom og koordinert deres samarbeid. Han har organisert en rekke samlinger med disse enhetene, og den første rapporten fra nettverket

var en del utarbeidet om tilbudene ved akutenhetene for ungdom. Trond Hatling har hatt hovedansvaret for å skrive kapitlene 6 til 9 i rapporten. Seniorforsker Per Bernhard Pedersen har gjort en del av de statistiske analysene for disse kapitlene. Undertegnede har hatt kontakten med de akuttavdelingene for voksne som er med i nettverket og studien, og har besøkt en rekke av disse en eller flere ganger. Jeg har hatt hovedansvaret for de andre kapitlene i rapporten og for rapporten som helhet. Kontorassistent Tine Levin Granlund har gjort et omfattende og nøyaktig arbeid med elektronisk registrering av alle spørreskjemaene som er fylt ut av personalet ved de avdelinger og team som er med, og har ellers hjulpet til med en del andre praktiske oppgaver.

Undersøkelsens og nettverkets overordnede og langsiktige mål er at vi ved økt kunnskap kan oppdage og erkjenne hva vi kan gjøre bedre, og at vi gjennom evaluering av nye arbeidsmåter kan få vite hva som er hensiktsmessig og nyttig for dem som har bruk for akuttpsykiatriske tjenester i en periode. Denne rapporten er bare et lite steg på denne veien, men et viktig steg fordi den gir mye informasjon om akuttpsykiatrisk behandling i Norge som vi ikke har hatt før. Rapporten fra Multisenterstudien av akuttpsykiatri (MAP) tegner derved et kart som vi kan bruke når vi skal navigere videre, - både i utforskningen av det omfattende datamaterialet og i videreutviklingen av akuttpsykiatriske tilbud i Norge.

Oslo, oktober 2006

Torleif Ruud
Prosjektleder

Sammendrag

Generelt om Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP)

Rapporten presenterer hovedresultatene fra Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) som er gjennomført i regi av Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet. Planene for nettverket ble utviklet i en dialog med direktoratet ut fra det behovet myndighetene hadde for å få mer systematisk kunnskap om erfaringene med ulike former for akuttpsykiatrisk behandling i Norge.

SINTEF Helse fikk i oppdrag å bygge opp og lede et nettverk som kunne bidra til lokal evaluering og forskning, og som kunne gjennomføre en felles systematisk undersøkelse om den akuttpsykiatriske behandlingen i landet. Nettverket ble startet høsten 2003 og har hatt to samlinger i året, samt møter i en del undergrupper. Planlegging og forberedelse av multisenterstudien ble gjennomført i 2004 og tidlig i 2005, og datainnsamlingen har vært gjort i 2005 og 2006. Foreløpige resultater ble lagt fram på nettverkssamlingen i mai 2006.

Til sammen 19 akuttavdelinger for voksne, ti akutteam for voksne og fem akutenheter for ungdom deltok i studien. Dette er omtrent tre firedeler av de akuttpsykiatriske tjenestene i Norge. Både dette og lengden på registreringstiden (tre måneders inntak i akuttavdelinger og ett års inntak i akutteam og akutenheter for ungdom) gjør at undersøkelsen er svært representativ, og at en derfor kan generalisere fra den.

Det er registrert opplysninger om til sammen nesten 5000 behandlingsforløp (fra inntak til utskrivning), fordelt på 3572 i akuttavdelinger for voksne, 960 i akutteam og 441 i akutenheter for ungdom. 1154 av innleggelsene i akuttavdelinger var ved tre inntaksavdelinger (Bergen, Stavanger og Kristiansand) der pasientene ble utredet og overflyttet andre typer avdelinger i løpet av en eller få dager. Dette er den største undersøkelsen som er gjort av akuttpsykiatrisk behandling i Norge, og en av de største internasjonalt.

De akuttpsykiatriske tilbudene i psykisk helsevern for voksne

Det akuttpsykiatriske tilbudet til voksne består av akuttavdelinger som i hovedsak er ved sykehus, og ambulante akutteam ved distriktspsykiatriske sentre. Selv om DPS-er også skal ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp, er fortsatt behandling ved akuttavdeling bærebjelken i akutttilbudet. Utbyggingen av akutteam ved DPS-er er i en oppbyggingsfase innen psykisk helsevern.

Akuttavdelingene varierer i hvordan de er organisert med eventuell bruk av flere poster som differensieres som mottakposter, akuttposter og subakuttposter. Dette har i stor grad sammenheng med størrelsen på avdelingen, som igjen i hovedsak er knyttet til størrelsen på befolkningen i det området akuttavdelingen skal dekke.

Bemanningen i forhold til antall døgnplasser er høyest for mottakposter både når det gjelder leger/psykologer og miljøpersonale. Det er generelt mye høyere bemanning med leger enn med psykologer, og ved akuttposter er det ofte flere underordnede leger og en eller flere overleger. Bemanningen på subakuttposter er generelt lavere, og det er mer variasjon i bemanningen blant subakuttpostene enn blant akuttpostene. Ved akutteamene er det generelt liten bemanning med leger.

Omfanget av undervisning og ikke minst veiledning kan være mål på hvor høyt avdelingen eller posten prioriterer kompetansebygging og de ansattes faglige utvikling. Gjennomsnittlig har personalet deltatt på omtrent en time undervisning pr måned og opp mot et par timer pr måned i gjennomsnitt i kurs andre steder, mens deltakelse i veiledning er på omtrent en halv time pr måned i gjennomsnitt både for individuell veiledning og veiledning i gruppe. Forskjeller mellom typer poster har en viss sammenheng med hvordan fordelingen mellom ulike yrkesgrupper, siden leger og psykologer i spesialistutdanning har en god del fast undervisning og veiledning.

Som et ledd i multisenterstudien har vi også samlet inn data om hva som vektlegges i klinisk praksis ved de ulike akutenhetene. Dette er gjort ved at behandlingspersonalet har besvart et relativt omfattende spørreskjema om dette. Mønstrene for de ulike typene akutenheter var omtrent som ventet for akuttpsykiatriske tjenester. Men det er en god del variasjon blant poster/team av samme type. Videre analyser vil bli gjort for å se i hvilken grad slike forskjeller kan ha betydning for gjennomføring eller utfall av behandling.

Ambulante akutteam med øyeblikkelig hjelp funksjon skal utprøves og forutsettes etablert ved alle distriktspsykiatriske senter innen utløpet av 2008. Multisenterstudien er den første vitenskapelige studien av akutteam i Norge, og det vil bli gjort videre arbeid med dette utover det som legges fram som en del av denne rapporten.

Det akuttpsykiatriske behandlingstilbudet for voksne

Det akuttpsykiatriske tilbudet til voksne består av akuttavdelinger som i hovedsak er ved sykehus, og ambulante akutteam ved distriktspsykiatriske sentre. Selv om DPS-er også skal ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp, er fortsatt behandling ved akuttavdeling bærebjelken i akutttilbudet. Utbyggingen av akutteam ved DPS-er er i en oppbyggingsfase innen psykisk helsevern.

Akuttavdelingene varierer i hvordan de er organisert med eventuell bruk av flere poster som differensieres som mottakposter, akuttposter og subakuttposter. Dette har i stor grad sammenheng med størrelsen på avdelingen, som igjen i hovedsak er knyttet til størrelsen på befolkningen i det området akuttavdelingen skal dekke.

Bemanningen i forhold til antall døgnplasser er høyest for mottakposter både når det gjelder leger/psykologer og miljøpersonale. Det er generelt mye høyere bemanning med leger enn med psykologer, og ved akuttposter er det ofte flere underordnede leger og en eller flere overleger. Bemanningen på subakuttposter er generelt lavere, og det er mer variasjon i bemanningen blant subakuttpostene enn blant akuttpostene. Ved akutteamene er det generelt liten bemanning med leger.

Omfanget av undervisning og ikke minst veiledning kan være mål på hvor høyt avdelingen eller posten prioriterer kompetansebygging og de ansattes faglige utvikling. Gjennomsnittlig har personalet deltatt på omtrent en time undervisning pr måned og opp mot et par timer pr måned i gjennomsnitt i kurs andre steder, mens deltakelse i veiledning er på omtrent en halv time pr måned i gjennomsnitt både for individuell veiledning og veiledning i gruppe. Forskjeller mellom typer poster har en viss sammenheng med hvordan fordelingen mellom ulike yrkesgrupper, siden leger og psykologer i spesialistutdanning har en god del fast undervisning og veiledning.

Som et ledd i multisenterstudien har vi også samlet inn data om hva som vektlegges i klinisk praksis ved de ulike akutenhetene. Dette er gjort ved at behandlingspersonalet har besvart et relativt omfattende spørreskjema om dette. Mønstrene for de ulike typene akutenheter var omtrent som ventet for akuttpsykiatriske tjenester. Men det er en god del variasjon blant poster/team av samme type. Videre analyser vil bli gjort for å se i hvilken grad slike forskjeller kan ha betydning for gjennomføring eller utfall av behandling.

Ambulante akutteam med øyeblikkelig hjelp funksjon skal utprøves og forutsettes etablert ved alle distriktspsykiatriske senter innen utløpet av 2008. Multisenterstudien er den første

vitenskapelige studien av akutteam i Norge, og det vil bli gjort videre arbeid med dette utover det som legges fram som en del av denne rapporten.

Hva som kjennetegner voksne som kommet til akuttpsykiatrisk behandling

Ventetiden og behandlingstiden var signifikant kortere i akuttavdelinger enn i akutteam. Mens gjennomsnittlig ventetid i akuttavdelinger var under 1 dag, var ventetiden i akutteamene ca 2 dager.

Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttavdelinger var 9.5 dager hvis man tok ut de tre som var inntaksavdelinger. Tilsvarende behandlingstid i akutteamene var 16.9 dager. Det var mindre variasjon i behandlingstiden blant akuttavdelingene enn i akutteamene. Det var meget stor variasjon i gjennomsnittlig behandlingstid i akutteamene (fra 7 til 24 dager). De tre sykdomskategoriene som hadde lengst behandlingstid i akuttavdelinger hadde schizofrene lidelser (F20-29), personlighetsforstyrrelser (F60-69), og stemningsforstyrrelser (F30-39). I akutteamene var dette atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59), nevrotiske belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-49), og stemningsforstyrrelser (F30-39).

Mens nesten alle pasientene i akuttavdelinger var øyeblikkelig-hjelp pasienter (95%) og de fleste var henvist for tvungen behandling (41%), var omtrent trefiredeler av pasientene i akutteam øyeblikkelig-hjelp pasienter og nesten ingen henvist for tvangsbehandling (2%).

Etter paragrafvurdering i akuttavdelingene ble 64% frivillig innlagt (§2-1.1)(hovedsakelig pasienter som selv ønsket innleggelse), 19% på tvungen observasjon med døgnopphold (§3-8.1) og 14% tvangsinnlagt med døgnopphold (§3-1-1). Under 5% ble innlagt iht dømt til psykisk helsevern (§5-3.1), tvangsbehandling uten døgnopphold (§3-1.2), sosialtjeneste- eller barnevernslov.

Pasientene som ble innlagt i akuttavdelinger var signifikant dårligere enn pasientene som ble behandlet av akutteam. Men samtidig er det en betydelig overlapping, som tyder på at behandling ved akutteam kunne ha vært tilstrekkelig for mange pasienter som ble innlagt. Det er vanskelig å kvantifisere dette nøyaktig.

I akuttavdelingene hadde 57% vært innlagt på nytt innen ett år fra forrige utskrivning ("reinnlagte"). Av denne gruppen reinnlagte hadde 56% tidligere vært innlagt på psykiatrisk akuttavdeling i sykehus, 20% innlagt ved annen døgnavdeling i psykiatrisk sykehus, og 24% vært innlagt på døgnavdeling i DPS. Gjennomsnittlig reinleggelsesprosent ved alle akuttavdelingene var 55%. Det var meget store forskjeller mellom de ulike akuttavdelingene med hensyn til andelen av pasienter som reinnlagt (fra 38 til 72%). De pasientene som var reinnlagte i akuttpsykiatriske døgnavdelinger var karakterisert ved at de hadde mer psykopatologi (rus, psykose, aggresjon, hyperaktivitet), de hadde dårligere fungering som målt av GAF og dårligere psykososial fungering som målt ved HoNOS, samt at de hadde hatt mer behandlingskontakt og hjelp fra poliklinikker og kommunale tiltak de siste 3 månedene før innleggelsen. Da flere av de reinnlagte enn de som ikke hadde vært døgninnlagt de siste 12 månedene hadde et poliklinisk behandlingstilbud, kan neppe reinnleggelsene forklares ved at de hadde et manglende tilbud. Det er i så fall heller spørsmål om det behandlingstilbudet de mottok var tilstrekkelig med hensyn til innhold og intensitet.

Betydelig flere pasienter i akuttavdeling enn i akutteam hadde en forverring av en langvarig og vedvarende psykisk lidelse (61 vs 44%). Flere pasienter i akutteam enn i akuttavdeling hadde en psykisk lidelse som hadde debutert nylig (26 vs 15%) eller hadde en ny sykdomsperiode etter en periode med remisjon (28 vs 16%).

67% av alle pasientene som ble mottatt ved akuttavdelingene hadde vært i kontakt med enten fastlegen/primærlegen og/eller legevakten de siste 48 timene før akuttmottaket. Det tilsvarende tallet for de som ble mottatt ved akutteamene var 47%. Forskjellen er forståelig i lys av at mange pasienter selv tar kontakt med akutteamene og at det kravet om legehenvising er strengere ved akuttavdelinger.

Gjennomsnittlig 22% av pasientene i akuttavdelingene ble karakterisert som "innleggelse som kunne ha vært unngått". Det var store forskjeller mellom de ulike akuttavdelingene (fra 12 til 41%). Disse "unødvendige innleggelsene" var karakterisert ved at de hadde kortere innleggelsestid enn de øvrige, de hadde mer somatiske plager/fysisk sykdom, og signifikant mindre psykotiske symptomer.

20% av de pasientene som ble mottatt av akutteamene ble innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling (omtrent 40% i DPS, omtrent 40% på akuttavdeling, og omtrent 20% ble innlagt på annen døgnavdeling i sykehus). Det var betydelige forskjeller i andelen pasienter som ble døgninnlagt mellom de ulike akutteamene (fra 16 til 37%). Denne gruppen pasienter som ble døgninnlagt var karakterisert av å være betydelig dårligere med hensyn til psykopatologi og med hensyn til psykososiale og fungeringsmessige forhold.

Det var betydelig flere pasienter med psykotiske lidelser (F20-29) i akuttavdelingene enn i akutteamene (24 versus 10%), og det var flere pasienter med nevrotiske/angstlidelser (F40-49) i akutteamene enn i akuttavdelingene (22 versus 10%). De var nokså sammenlignbare med hensyn til stemningslidelser (ca 30%). Det var også flere pasienter i akuttavdelingene enn i akutteamene som hadde en rusdiagnose i hoveddiagnose, bidiagnose 1 eller bidiagnose 2 (13 versus 6%).

Med hensyn til alvorligheten av psykopatologi, så var alvorlig psykose, alkohol/narkotika, selvskadning og overaktivitet/aggresjon, betydelig mer forekommende i akuttavdelinger enn i akutteam. De innlagte hadde også betydelig mer alvorlige problemer knyttet til boligforhold. Det var flere pasienter i akutteam som skåret alvorlig på depresjon/senket stemningsleie enn i akuttavdelinger (32 versus 26%). Suicidfare ble i tillegg til HoNOS skåret på separate spørsmål om alvorligheten av suicidfaren (selvmordstanker/planer, selvskade og dødsønske/intensjon om å dø). I akuttavdelingene hadde 27% av pasientene suicidplaner med eller uten påført egenskade (uansett graden av dødsønske). I akutteamene var det tilsvarende tallet 20%.

De voksne pasientene samlet sett har en klar bedring i sin psykiske helsetilstand i løpet av den akuttpsykiatriske behandlingen. Dette gjelder alle mål som ble brukt på alvorlighetsgrad av psykiske problemer, både symptomskalaen på GAF og de åtte første skåringsskalaene på HoNOS. Og det gjelder både for akuttavdelinger og akutteam, og for den korte tiden i inntaksavdelinger før de overflyttes videre til andre typer avdelinger.

Det var noe variasjon mellom akuttavdelinger når det gjelder grad av bedring for pasientene i løpet av behandlingen, men mindre variasjon mellom akutteamene når det gjelder grad av bedring.

Utfall av akuttpsykiatrisk behandling av voksne

De voksne pasientene samlet sett har en klar bedring i sin psykiske helsetilstand i løpet av den akuttpsykiatriske behandlingen. Dette gjelder alle mål som ble brukt på alvorlighetsgrad av psykiske problemer, både symptomskalaen på GAF og de åtte første skåringsskalaene på HoNOS. Og det gjelder både for akuttavdelinger og akutteam, og for den korte tiden i inntaksavdelinger før de overflyttes videre til andre typer avdelinger

Med unntak av skalaen for fysisk sykdom og handikap er det også signifikante endringer ved alle avdelinger og team for de fleste skalaene for utfall. Det er forskjeller i utfall mellom noen av avdelingene på en del områder, men ingen forskjeller av betydning mellom akutteamene.

Ved begge typer avdelinger og ved akutteam er det en klart signifikant bedring både når det gjelder sosial fungering og praktisk fungering ut fra vurderinger på HoNOS skalaene 9 og 10 ved inntak og utskrivning, og det samme gjaldt målt ved GAF funksjonsskala.

Det var ingen reduksjon av betydning fra inntak til utskrivning når det gjelder andelen pasienter med alvorlige problemer med boligsituasjonen i forhold til sitt behov.

Det var en reduksjon av andelen pasienter med alvorlige problemer når det gjelder om arbeid eller annen daglig aktivitet er tilpasset deres behov. Men ved utskrivning var det fortsatt 22 % som hadde alvorlige problemer innen dette området.

Hva som kjennetegner ungdom som kommer til akuttpsykiatrisk behandling

Totalt 441 behandlingsepisoder fra fem akutenheter for ungdom inngår i materialet. Av disse er gjennomsnittsalderen 16 år, og i nesten tre av fire innleggelser var pasienten jente. Samlet sett bodde om lag tre av fire sammen med minst en av foreldrene ved inntak. I nesten 90% av innleggelsene var pasientens hovedgjøremål skolegang, noenlunde likt fordelt mellom ungdomsskole og videregående skole.

I om lag 2/3 av innleggelsene hadde pasienten hatt et poliklinisk tilbud fra det psykiske helsevernet i løpet av det siste året, mens om lag 1/3 hadde hatt et døgnopphold. I ca hver fjerde innleggelse hadde det ikke vært noe tilbud fra det psykiske helsevernet siste året. Nesten 60% hadde mottatt et poliklinisk tilbud den siste måneden før oppholdet, og det avdekkes samtidig at akutenhetene i betydelig grad mangler kjennskap til hvorvidt fastlege, PPT og sosialtjeneste har gitt et slikt tilbud. De viktigste instansene som har hatt kontakt med/gitt støtte siste 48 timer før innleggelse var familie, BUP poliklinikk og legevakt. Fastlegen har i liten grad vært involvert her.

Ved de fleste innleggelsene ble denne vurdert som en forverring av langvarig vedvarende psykisk lidelse, om lag en av fire var en psykisk lidelse som hadde debutert nylig.

De to viktigste henvisende instanser var allmenn BUP poliklinikk (31%) og legevakt (23%). I noe over halvparten av innleggelsene kjente henviser pasienten, men særlig legevakt kjente i liten grad eller ikke pasienten (94%).

Det aller meste av innleggelser foregår i ukedagene, hver åttende skjedde i helgene. Det er en noenlunde lik fordeling av innleggelsene på dagtid og kveldstid, om lag 10% skjedde på natt. Nesten 90% av innleggelsene var som øyeblikkelig hjelp, med en spredning mellom de fem enhetene på fra 75% til 95%.

I 29% av innleggelsene var henvisningen til en eller annen form for tvungent psykisk helsevern, det alt overveiende til tvungen observasjon. Etter spesialistvedtaket ble totalt 23% av innleggelsene gjennomført under tvungent psykisk helsevern, også her hovedsakelig tvungen observasjon. Om lag hver fjerde henvisning til tvungent psykisk helsevern ble omgjort til frivillig vern etter spesialistvedtaket.

De tre viktigste diagnosegruppene var, foruten observasjonsdiagnoser, affektive lidelser, nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser og atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser.

I hver tiende innleggelse hadde pasienten gjort selvmordsforsøk forut for innleggelsen, et like høyt antall hadde hatt konkrete selvmordsplaner.

Tiltak og behandlingsforløp for ungdom

De to hyppigste "primære" behandlingsaktivitetene var samtale med hovedbehandler og samtale med primærkontakt. I om lag 1/3 av oppholdene hadde en gjennomført samarbeidsmøter med kommune og lokal BUP som del av behandlingen. Individuelt tilrettelagte aktiviteter ble gitt i halvparten av innleggeslene, og var også den aktivitetsformen som ble gitt hyppigst. Bare i et fåtall av innleggeslene ble det gitt bistand med økonomi/bolig eller andre praktiske ting.

I forhold til tilbud opprettet under oppholdet, hadde en særlig vektlagt å få på plass hovedbehandler, ansvarsgruppe, barneverntjeneste og individuell plan. Samtidig har en kun opprettet individuell plan i 1/3 av tilfellene hvor en vurderte det som aktuelt, og ansvarsgruppe kun i halvparten av tilfellene hvor en vurderte det som aktuelt.

Det hyppigst anvendte rettighetsinngripende tiltaket under oppholdet var fastvakt, som i et eller annet omfang var anvendt i 16% av innleggelsene. Mekaniske tvangsmidler var anvendt i totalt 7 av de 441 innleggelsene.

En har særlig hatt kontakt med foreldre underveis i innleggelsen (90%), i mellom 10% og 20% av innleggelsene med andre pårørende og venner. De viktigste samarbeidspartnerne en hadde kontakt med underveis var BUP, skole og barnevern. Fastlegen hadde man bare hatt kontakt med i om lag hver tiende innleggelse.

Under hver fjerde innleggelse hadde pasienten selvskadet, og i 3% hadde pasienten gjort selvmordsforsøk. I sju prosent av innleggelsene hadde pasienten skadet andre under innleggelsen. Samlet sett tyder dette på at akuttenhetene står overfor store behandlings- og miljømessige utfordringer.

Gjennomsnittlig oppholdstid var 29 dager, 44% av episodene var avsluttet i løpet av en uke, og etter 3 uker var to av tre episoder avsluttet.

De viktigste oppfølgende instanser etter oppholdet var BUP poliklinikk (64%) og barnevernet (43%).

Utfall av akuttpsykiatrisk behandling for ungdom

For materialet samlet hadde totalscåre HoNOSCA, summen av skåringene på alle 13 leddene, en signifikant reduksjon fra 17,6 ved inntak til 13,5 ved episodeslutt/utskrivning. Endringen var også signifikant for hver av de fem akuttenhetene.

Gjennomsnittsskåringene av alvorlighetsgrad innen problemområdene 1-9 viser en klar nedgang som er signifikant for sju av ni ledd for de fem akuttenhetene samlet, mens Skole- og språkproblemer samt Fysisk sykdom/funksjonshemming har ikke signifikant endring.

Gjennomsnittsskåringene av alvorlighetsgrad innen problemområdene 10-13 viser signifikant nedgang for alle leddene for de fem akuttenhetene samlet.

Del A: Forberedelse og gjennomføring av multisenterstudien

1 Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP)

1.1 Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri

SINTEF Helse har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet ledet et Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri. Sammen har SINTEF og avdelinger/team i nettverket forberedt og gjennomført en multisenterstudie om akuttpsykiatriske tilbud og akuttpsykiatriske forløp.

Følgende typer akuttpsykiatriske tilbud deltar i multisenterstudien:

- Akuttpsykiatriske avdelinger innen psykisk helsevern for voksne
- Inntaksposter/akuttmottak for voksne
- Ungdomspsykiatriske akuttavdelinger innen psykisk helsevern for barn og unge
- Akutteam (ambulante team) ved DPS og sykehus

1.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger søkes belyst ved obligatoriske felles data i multisenter studien:

1. Hva kjennetegner ulike typer akuttpsykiatriske tilbud (bemanning, ressurser, arbeidsmåter, behandlingstenkning, samarbeid med andre tjenester)?
2. Er det forskjell i terskler og hvilke pasientgrupper som mottas ved ulike typer akuttpsykiatriske tilbud (sosiodemografisk, type og alvorlighetsgrad av psykiske problemer, praktisk og sosial fungering, tidligere behandling)?
3. Er det forskjeller i akuttpsykiatriske behandlingsforløp (innhold i tilbudet, sekvens av ulike tilbud) ved ulike typer akuttpsykiatriske tilbud?
4. Gir ulike akuttpsykiatriske tilbud forskjellige resultater (bedring av pasientens psykiske tilstand og funksjonsnivå, omfang av tilbakefall/reinntak/reinnleggelser)?
5. Hvilke tilbud synes å være best for ulike undergrupper av pasienter, også sett i forhold til ressursinnsats?

1.3 Utforming av multisenterstudien

Undersøkelsen er en beskrivende, komparativ og eksplorerende multisenterstudie med data fra alle de lokale prosjektene i evalueringsnettverket. Den er sammenlignende (komparativ) ved at den vil kunne sammenligne ulike typer tilbud, samme type tilbud gitt ulike steder og under ulike forhold, og forskjeller i tilbud for undergrupper av pasienter. Den er eksplorerende ved at den kan utnytte variasjoner i det samlede materialet til å se på samvariasjon og mulige sammenhenger, og derved bidra til mer spesifikke hypoteser som så kan testes.

Neon lokale prosjekt har tatt med tillegg ut fra problemstillinger en er opptatt av lokalt.

1.4 Materiale

Materialet er data om de akuttpsykiatriske tilbud som er representert i prosjekter som deltar i evalueringsnettverket, data om de av pasienter som inkluderes i de lokale prosjektene og data om de endringene som skjer med deres helsetilstand fra start til slutt i behandlingen.

I multisenterstudien ønsket vi å få data om alle akuttpsykiatriske pasienter, - også om pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Nettopp pasienter uten samtykkekompetanse er aller mest avhengig av hva slags akuttpsykiatrisk tilbud som gis, og dette er oftest pasienter som mer eller mindre behandles mot sin egen vilje. Regional etisk komité (REK) godkjente dette synspunktet.

Data som registreres i de lokale prosjektene leveres til multisenterstudien som aidentifiserte data, og inklusjon i multisenterstudien innebærer derfor bare en registrering av pasientenes problemer og de tilbud som gis. Selve multisenterstudien innebærer altså ingen intervensjon.

Data om den enkelte pasient og deres tilbud og behandlingsforløp

Data om pasienter og deres tilbud og behandlingsforløp er samlet inn ved bruk av et felles registrerings skjema. Skjemaet finnes i tre versjoner for ulike typer akuttpsykiatriske tilbud:

- Skjema for akutttopphold for voksne i psykisk helsevern
- Skjema for akutttopphold i ungdomspsykiatriske avdeling
- Skjema for behandling ved akutteam

Skjemaene er organisert i åtte deler (spalter) fordelt på sider. De to første sidene (del A-D) fylles for det meste ut i forbindelse med inntak/innleggelse, og de to siste sidene (del E-H) i forbindelse med avslutning/utskrivning. De åtte delene er:

- A Henvisning og innleggelse
- B Opplysninger om pasienten
- C Tjenester mottatt i tiden før innleggelsen
- D Vurdering ved innleggelsen
- E Utredning og behandling under oppholdet
- F Samarbeid og koordinering
- G Vurdering ved utskrivning / avslutning
- H Utskrivning eller avslutning av akuttilbudet

Data om akuttpsykiatriske tilbud

I tillegg til de data som er registreres på pasientskjemaet om den enkeltes behandling, har vi også samlet inn en del opplysninger om behandlingstilbudet ved den enkelte akuttpsykiatriske enhet (post/team). Dette inkluderer:

- Entydig navn og kode for enheten (avdeling/post/team)
- Bemanning: Antall ansatte for hver personalgruppe ved her post/enhet
- Spørreskjema om kompetanse og kompetanseutvikling (til behandlere/miljøpersonale).
- Spørreskjema om behandlingspraksis og bruk av tvang (til behandlere/miljøpersonale).
- Beskrivelse av behandlingsopplegg og praksis.
- Fysiske forhold ved avdelingen (bare for døgnavdelinger)

Opplysningene ovenfor blir brukt som egenskaper ved den enkelte enhet (team/post) i analyser av behandlingstilbud og pasientforløp på tvers av steder og basisenheter.

Vi har også oppmuntret til bruk av et spørreskjema om postatmosfære (Ward Atmosphere Scale - WAS), som fylles ut av pasienter og personale ved døgnposter og dagposter. Disse data bearbeides i samarbeid med stipendiat Jan Ivar Røssberg og professor Svein Friis ved Ullevål universitetssykehus, og de lokale prosjektene mottar utregnede subskalaer og sammenligninger med andre enheter. WAS har ikke vært en obligatorisk del av MAP.

Data om resultatene av de akuttpsykiatriske tilbudene

Som mål på utfall eller endringer i helsetilstand og funksjon under behandlingen brukes endringer i skåringene på HoNOS og GAF fra inntak til utskrivning. De ungdomspsykiatriske akuttavdelingene vil delvis bruke andre måleinstrumenter (HoNOSCA i stedet for HoNOS) ut fra forskjeller mellom voksne og unge, og forskjeller i tilbudene.

I tillegg vil vi høsten/vinteren 2006/2007 innhente data om pasientenes bruk av psykisk helsevern (inkludert eventuelle reinnleggelser) i seks måneder etter utskrivning. Dette kan hentes ut av de elektroniske pasientregistrene uten at en trenger noen ny datainnsamling utover den jevnlig registreringen av rutinedata i pasientregisteret.

Opplæring i måleinstrumenter

For å sikre størst mulig samsvar mellom skårere innen og på tvers av de ulike lokale prosjekt, har det vært gitt opplæring i skåringsskjemaet HoNOS (HoNOSCA ved ungdomsavdelingene) ved lokale kurs eller ved å trene lokale lærere som så kan gi den nødvendige opplæring lokalt. Denne samkjøringen er viktig for å kunne sammenligne på tvers av steder og lokale prosjekter.

Styrke og svakheter ved datamaterialet

Innsamling av så store mengder data ved så mange ulike personer fordelt på mer enn tretti steder er komplisert og krevende. Det har vært gjort et omfattende og samvittighetsfullt arbeid ved lokale prosjektledere og deres medarbeidere, og med støtte i ledere som har sett betydningen av å være med på en slik undersøkelse. Likevel er det ikke mulig å unngå at det blir enkelte feilregistreringer eller at det mangler noen data på enkelte pasienter. Med et så stort materiale er det likevel ikke et alvorlig problem at det mangler data på opptil noen få prosent på enkelte variabler. Det er likevel mange nok til at en kan kjøre de aktuelle analyser.

Nesten alle stedene har også lyktes med å registrere alle pasientene de mottok i inklusjonsperioden, eventuelt med unntak av noen få pasienter. Noen få steder har en ikke lyktes så godt, men har likevel bidratt med data. Antallet pasienter som er med i undersøkelsen er så langt vi vet mer enn 95 % av de som ble innlagt eller tatt i mot i det tidsrommet en skulle inkludere pasienter i studien. Dette er den store styrken med materialet og undersøkelsen. Fordi vi tilnærmet har med totalpopulasjonen av pasienter i det aktuelle tidsrommet og ikke bare et lite utvalg, er det ingen tvil om at det er representativt. Dermed er det også mulig å generalisere ut fra det.

1.5 Datainnsamling

Datainnsamlingen har vært gjennomført ved at akuttavdelingene for voksne registrerte opplysninger om de pasientene de mottok i løpet av tre måneder høsten 2005, samt de opplysningene som personalet skulle gi om egen kompetanse og behandlingspraksis. Akutteam og avdelinger for ungdom samlet data i hele 2005 fordi de med mindre hyppighet av innleggelser trengte lenger tid. Målet var å få data om 60 pasienter eller mer fra hver enhet (post/team).

Data om pasientene ble registrert elektronisk ut fra papirskjema som behandlerne hadde fylt ut. Det ble brukt et Epidata-basert opplegg med som var utarbeidet av prosjektleder, og avdelinger/team leverte sine pasientdata som aidentifiserte datafiler til SINTEF Helse. Data fra spørreskjema som personalet hadde fylt ut om seg selv ble registrert elektronisk av SINTEF.

De ungdomspsykiatriske akuttavdelingene samarbeidet med firmaet som leverer BUPdata om en utvidelse av BUPdata, slik at de kunne registrere data direkte i BUPdata og overføre datafiler derfra til SINTEF.

1.6 Bearbeiding og analyser av data

SINTEF har organisert og tilrettelagt felles datafiler med alle mottatte data. SINTEF har ansvar for å forvalte databasen som etableres, og for å foreta analyser av det samlede materialet og formidle resultatene til statlige helsemyndigheter og til de akuttpsykiatriske tilbud og prosjekter som deltar i nettverket.

Alle avdelinger/team får tilbakemelding fra egne data, samt sammenligning med andre steder. I tillegg kan alle prosjekt fritt analysere og publisere sine data, eventuelt med bistand fra SINTEF etter nærmere avtale. Datafiler for det enkelte prosjekt/sted kan gjøres tilgjengelig for disse som ferdig tilrettelagte filer for SPSS eller Excel.

1.7 Organisering av prosjektarbeidet

Forskere fra SINTEF som arbeider med evalueringsnettverket

Arbeidet med prosjektet gjøres av følgende forskergruppe fra SINTEF Helse:

Prosjektleder: Forskningssjef/seniorforsker Torleif Ruud, psykiater, dr.med.

Prosjektmedarbeidere:

Seniorforsker Rolf W Gråwe, psykologspesialist, dr.psychol.

Seniorforsker Trond Hatling, sosiolog.

Forsker/assisterende forskningssjef Vidar Halstenli, sosialøkonom.

Forsker Reidun Norvoll, sosiolog, doktorgradsstipendiat.

Cand.psychol. Tonje Lossius Husum, psykologspesialist, doktorgradsstipendiat.

Forskerne fra SINTEF har i samarbeid med nettverket utformet design av multisenterundersøkelsen og har bearbeidet og analysert de data som er samlet inn. Forskerne har også kontakt med alle de lokale prosjektene i nettverket og bidrar med veiledning på mange av disse, og de arrangerer en et to dagers arbeidsseminar (nettverkssamling) for alle prosjektene en gang i halvåret.

Følgende forskere fra Ullevål universitetssykehus, Divisjon for psykiatri, deltar i samarbeidet: Spesialrådgiver Frode Larsen (psykiater, dr.med.) som veileder. Dr.med. Jan Ivar Røssberg og professor Svein Friis deltar i bearbeiding av data fra Ward Atmosphere Scale.

Styring av evalueringsnettverket

Sosial- og helsedirektoratets Avdeling for psykisk helse har hatt tilsyn med evalueringsnettverket og multisenterundersøkelsen. Direktoratet har mottatt jevnlig informasjon fra SINTEF og det har vært avtalt møter etter behov.

Det har vært en referansegruppe for evalueringsnettverket. Den har åtte medlemmer som representerer Forum for akuttpsykiatri (to), Mental helse Norge, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP), en akuttpsykiatrisk sykehusavdeling, et distriktpsikiatrisk senter, primærhelsetjenesten og Utvalg for akuttpsykiatri i Norsk psykiatrisk forening. Referansegruppen har primært hatt møter under nettverkssamlingene som har vært hvert halvår.

Organisering av de lokale prosjektene

Hvert lokalt prosjekt har en lokal prosjektleder, som også er kontaktperson overfor SINTEF. Det har også i varierende grad vært behov for lokale koordinatorene ved poster der det er flere poster i en avdeling. Disse koordinatorene har hatt det daglige ansvaret for å følge opp datainnsamlingen.

Prosjektlederne og SINTEF har hatt kontakt ved bruk av møter, e-post og telefon. Prosjektlederne har også tilgang til felles informasjon i et felles område på en server i SINTEF.

1.8 Godkjenning av multisenterundersøkelsen

Multisenterstudien er godkjent av den regionale etiske komité i Helseregion Øst, og har av Sosial- og helsedirektoratet fått dispensasjon fra taushetsplikten. SINTEF Helse har også fått konsesjon fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste)/Datatilsynet.

De avdelinger/team som har deltatt i MAP måtte også søke NSD om konsesjon, og så gjøre skriftlig avtale med SINTEF Helse ved prosjektleder om bearbeiding av data.

1.9 Finansiering

Sosial- og helsedirektoratet har finansiert infrastrukturen og det arbeid SINTEF gjør i nettverket, inklusiv veiledning og koordinering av lokale prosjekt og analyse og bearbeiding av felles data i multisenterstudien.

De lokale prosjektene og deres helseforetak har dekket egen deltakelse i nettverket og nettverkssamlinger, samt gjennomføring av datainnsamlingen og andre deler av arbeidet, eventuelt med eksterne midler som prosjektene/helseforetakene skaffer fra andre kilder.

Del B: Forløp og akutttilbud for voksne

2 Hva som kjennetegner tilbudene for voksne

2.1 Oppsummering

Det akuttpsykiatriske tilbudet til voksne består av akuttavdelinger som i hovedsak er ved sykehus, og ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre. Selv om DPS-er også skal ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp, er fortsatt behandling ved akuttavdeling bærebjelken i akutttilbudet. Utbyggingen av akutteam ved DPS-er er i en oppbyggingsfase innen psykisk helsevern.

Akuttavdelingene varierer i hvordan de er organisert med eventuell bruk av flere poster som differensieres som mottakposter, akuttposter og subakuttposter. Dette har i stor grad sammenheng med størrelsen på avdelingen, som igjen i hovedsak er knyttet til størrelsen på befolkningen i det området akuttavdelingen skal dekke.

Bemanningen i forhold til antall døgnplasser er høyest for mottakposter både når det gjelder leger/psykologer og miljøpersonale. Det er generelt mye høyere bemanning med leger enn med psykologer, og ved akuttposter er det ofte flere underordnede leger og en eller flere overleger. Bemanningen på subakuttposter er generelt lavere, og det er mer variasjon i bemanningen blant subakuttpostene enn blant akuttpostene. Ved akutteamene er det generelt liten bemanning med leger.

Omfanget av undervisning og ikke minst veiledning kan være mål på hvor høyt avdelingen eller posten prioriterer kompetansebygging og de ansattes faglige utvikling. Gjennomsnittlig har personalet deltatt på omtrent en time undervisning pr måned og opp mot et par timer pr måned i gjennomsnitt i kurs andre steder, mens deltakelse i veiledning er på omtrent en halv time pr måned i gjennomsnitt både for individuell veiledning og veiledning i gruppe. Forskjeller mellom typer poster har en viss sammenheng med hvordan fordelingen mellom ulike yrkesgrupper, siden leger og psykologer i spesialistutdanning har en god del fast undervisning og veiledning.

Som et ledd i multisenterstudien har vi også samlet inn data om hva som vektlegges i klinisk praksis ved de ulike akutenhetene. Dette er gjort ved at behandlingspersonalet har besvart et relativt omfattende spørreskjema om dette. Mønstrene for de ulike typene akutenheter var omtrent som ventet for akuttpsykiatriske tjenester. Men det er en god del variasjon blant poster/team av samme type. Videre analyser vil bli gjort for å se i hvilken grad slike forskjeller kan ha betydning for gjennomføring eller utfall av behandling.

Ambulante akutteam med øyeblikkelig hjelp funksjon skal utprøves og forutsettes etablert ved alle distriktpsikiatriske senter innen utløpet av 2008. Multisenterstudien er den første vitenskapelige studien av akutteam i Norge, og det vil bli gjort videre arbeid med dette utover det som legges fram som en del av denne rapporten.

2.2 Organisering av akuttavdelingene

Dette kapitlet omhandler det akuttpsykiatriske tilbudet til voksne, som består av akuttavdelinger som i hovedsak er ved sykehus, og ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Selv om DPS-er også skal ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp, er fortsatt behandling ved akuttavdeling bærebjelken i akutttilbudet. Utbyggingen av akutteam ved DPS-er er i en oppbyggingsfase innen psykisk helsevern.

Akuttavdelingene varierer i hvordan de er organisert. Dette har i stor grad sammenheng med størrelsen på avdelingen, som igjen i hovedsak er knyttet til størrelsen på befolkningen i det området akuttavdelingen skal dekke.

Der avdelingen har under 20 døgnplasser, består den vanligvis av en post. Denne posten dekker da alle faser av det akuttpsykiatriske behandlingsforløpet og alle pasientgrupper.

Der det er to eller flere poster, er det hyppigste mønsteret at postene er fordelt på en eller flere poster som tar i mot pasienter utenfra ved akutt innleggelse (kalles mottakspost, inntakspost eller akuttpost) og en eller flere poster (kalles subakuttpost eller åpen post) som i hovedsak overtar behandlingen av pasienter som trenger noe lenger opphold enn de kan få i den akuttposten der de ble tatt i mot.

Ved noen sykehus gjør akuttavdelingen bare utredning og overflytter pasienten til en annen type avdeling i løpet av en eller non få dager for behandling. Dette er tilfellet i Stavanger, Bergen og delvis Kristiansand, som i denne multisenterundersøkelsen kalles inntaksavdelinger for å skille dem fra akuttavdelinger som også gir akuttbehandling.

Flere steder der det er mer enn to poster innen akuttavdelingen, er det en blanding av de to modellene ovenfor. Etter et kortere opphold i en mottakspost overføres pasienten innen avdelingen til en av flere poster som tar i mot ulike pasientgrupper. Det mest vanlige er å skille mellom en post for pasienter med psykose og en for pasienter med stemningslidelser, siden disse to gruppene ofte har forskjellige behov.

De fleste steder er akuttavdelingene plassert i sykehus og akutteamene ved distriktpsikiatriske sentre. I Tromsø har en valgt en annen modell for dette. Der har Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy som distriktpsikiatrisk senter overtatt den akuttavdelingen som sykehuset hadde for befolkningen i området. De har utviklet et integrert eller tett samarbeid mellom akuttavdelingen og akutteamet ved senteret, slik at samme behandler kan følge opp pasienten uansett om pasienten er innlagt eller ikke.

2.3 Avdelinger og bemanning

Det var med i alt 37 poster ved 19 akuttavdelinger med ulik geografisk plassering (noen få hadde felles ledelse innen et helseforetak). Selv om en slik gruppering kan være litt usikker fordi ulike poster kan ha flere funksjoner, har vi gjort en inndeling i mottaksposter, akuttposter som dekker alle funksjoner, og subakuttposter som primært overtar pasienter som allerede er innlagt. Antall døgnplasser ved fire mottaksposter var 8 til 10 (gjennomsnitt 9), ved 28 akuttposter 7 til 20 (gjennomsnitt 11) og ved seks subakuttposter 8 til 20 (gjennomsnitt 12). I analysene i dette kapitlet har vi holdt en korttidspost utenfor (Sanderud A7), siden den ikke var en del av en gruppe poster. Bemanningsfaktorer for de ulike typene poster er utregnet som bemanning pr døgnplass for ulike personalgrupper er vist i tabellen nedenfor.

Ut fra inndelingen vi har gjort, var det 37 plasser i mottaks/inntaksposter, 319 plasser i akuttposter, 71 plasser i subakuttposter og 6 plasser i korttidsposten på Sanderud.

Tabell 2.1 Bemanningsfaktorer (bemanning pr døgnplass) for ulike personalgrupper i ulike typer akuttposter

	Mottaksposter			Akuttposter			Subakuttposter		
	Snitt	Min.	Maks	Snitt	Min.	Maks	Snitt	Min.	Maks
Legefaktor	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,6	0,3	0,2	0,5
Psykologfaktor	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Lege+psykolog	0,5	0,4	0,5	0,4	0,2	0,7	0,4	0,3	0,6
Miljøpersonalfaktor	3,2	3,0	3,5	2,9	1,2	4,6	2,5	1,6	3,4
Personalfaktor	3,6	3,5	3,9	3,3	1,6	5,3	2,8	1,8	4,0

Tabellen viser at bemanningen i forhold til antall døgnplasser er høyest for mottaksposter både når det gjelder leger/psykologer og miljøpersonale. På disse postene er det mye arbeid med utredning, men det er også behov for god bemanning i starten på et akutttopphold.

Det er generelt mye høyere bemanning med leger enn med psykologer, og ved akuttposter er det ofte flere underordnede leger og en eller flere overleger. Bemanningen på subakuttposter er generelt lavere, og det er mer variasjon i bemanningen blant subakuttpostene enn blant akuttpostene.

2.4 Kompetanse og kompetansebygging

I alt 837 av personalet ved akuttenhetene for voksne har besvart et spørreskjemaet om utdanning og kompetanse. Av disse arbeidet 580 (69 %) ved akuttposter, 77 (9 %) ved mottaksposter, 92 (11 %) ved subakuttposter og 29 (4 %) ved en korttidspost ut fra den inndelingen vi har gjort av akuttposter. Det var til sammen 59 skjema (7 %) fra akutteam.

Den desidert største faggruppen innen miljøpersonalet er sykepleiere, der 59 % har tatt spesialutdanning i psykiatri. Omtrent 45 % av legene og 50 % av psykologene er spesialister. Flerårig videreutdanning innen ulike tema synes å være noe mindre utbredt blant leger og psykologer i akuttpsykiatrien enn innen distriktspsykiatriske sentre.

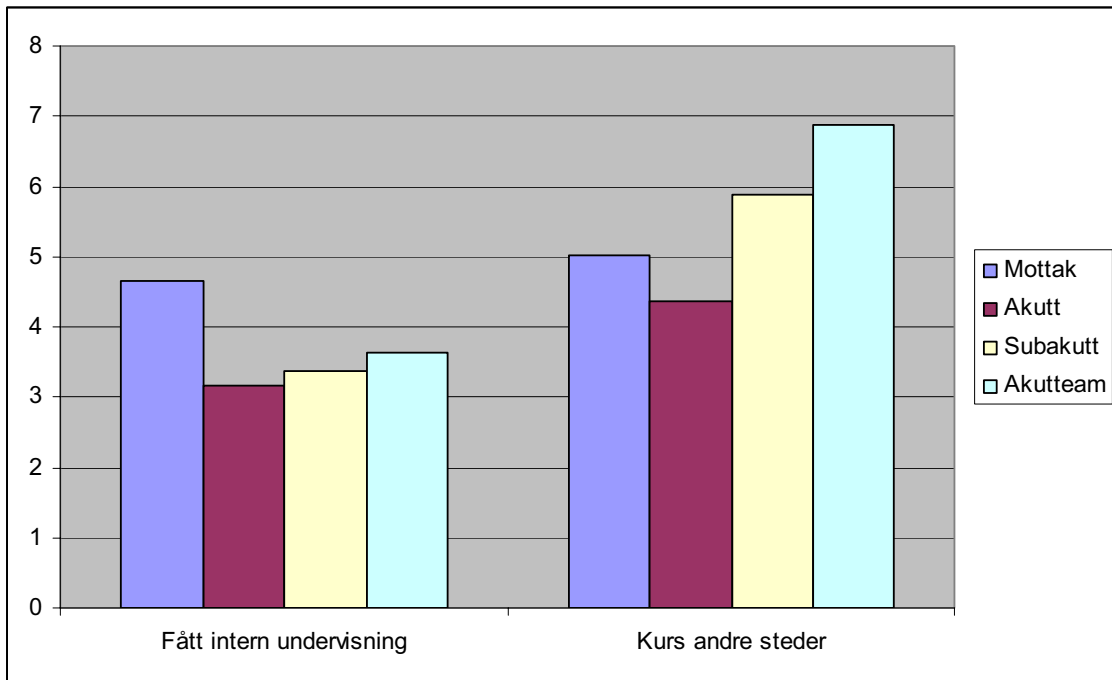
Undervisning og veiledning

Omfanget av undervisning og veiledning kan være mål på hvor høyt avdelingen eller posten prioriterer kompetansebygging og de ansattes faglige utvikling. På spørreskjemaet til personalet var det spørsmål om hvor mange timer de hadde deltatt i undervisning og kurs andre steder i løpet av de siste tre månedene. Det var også tilsvarende spørsmål om hvor mange timer de hadde mottatt individuell veiledning eller veiledning i gruppe i løpet av de tre siste månedene. Resultatene målt som timer pr ansatt siste tre måneder for hver av disse formene for undervisning og veiledning er vist i de to neste figurene.

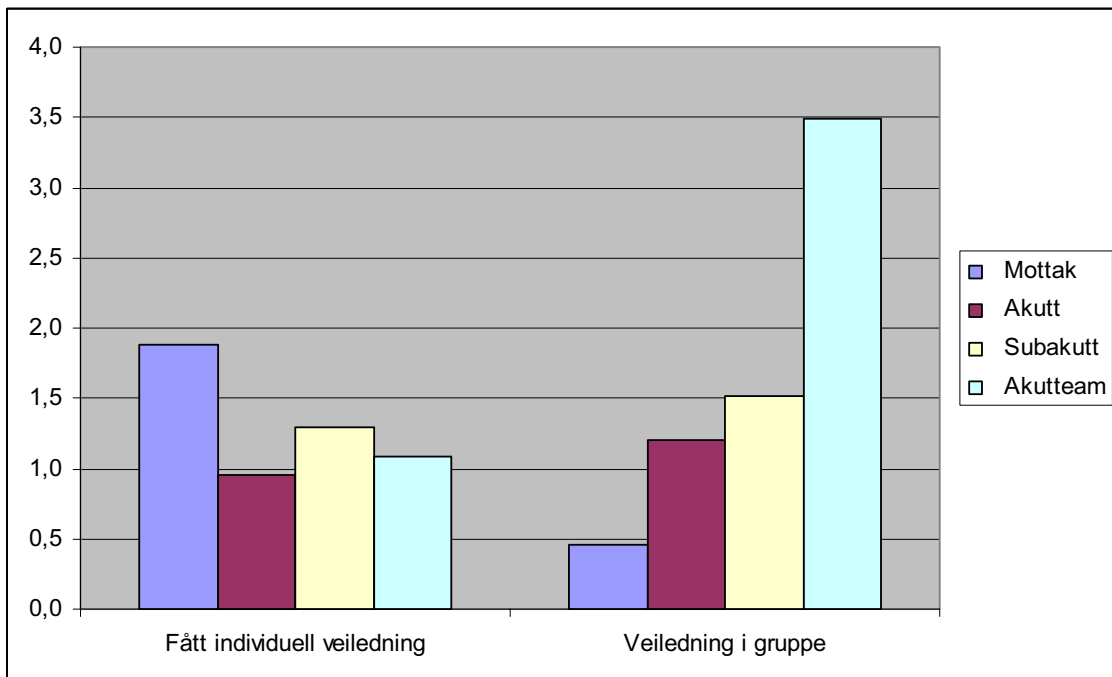
Gjennomsnittlig har personalet deltatt på omtrent en time undervisning pr måned, med det er noe mer ved mottaksposter. Deltakelsen i kurs andre steder er høyere med opp mot et par timer pr måned i gjennomsnitt, og med mest kursdeltakelse for dem som jobber i akutteam.

For begge typer undervisning er det personalet ved akuttpostene som får minst undervisning. Forskjeller mellom typer poster har en viss sammenheng med hvordan fordelingen mellom ulike yrkesgrupper er. Leger og psykologer som er i spesialistutdanning har en god del fast undervisning som ledd i utdanningen, og det slår ut i mønsteret ovenfor.

Figur 2.1 Deltakelse i undervisning (timer siste tre måneder) pr person ved ulike typer akutenheter



Figur 2.2 Deltakelse i veiledning (timer siste tre måneder) pr person ved ulike typer akutenheter



Deltakelse i veiledning er lavere målt i timer pr tre måneder enn deltakelse i undervisning, og er omtrent en halv time pr måned i gjennomsnitt. Dette gjelder begge former for veiledning. Forskjellen mellom typene akutenheter er delvis den samme som for

undervisning, med unntak av at en ved mottaksposter primært får veiledning individuelt og lite i gruppe, mens en i akutteam for mye veiledning i gruppe og omtrent like mye som andre individuelt. Også når det gjelder veiledning er det forskjell mellom faggrupper, delvis på grunn av den veiledning leger og psykologer må ha i sin spesialistutdanning.

Det er altså bedre tilgang på undervisning enn veiledning i akuttposter målt i timer pr tre måneder, mens akutteam har omtrent like mye veiledning som undervisning.

2.5 Behandlingspraksis og tenkning

Som et ledd i multisenterstudien har vi også samlet inn data om hva som vektlegges i klinisk praksis ved de ulike akutenhetene. Dette er gjort ved at behandlingspersonalet har besvart et relativt omfattende spørreskjema om dette.

Skjemaet 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. For analyser i denne rapporten har vi valgt ut noen grupper av skalaer som måler en del forhold som vi mener er relevante for å se på forskjeller i hva som vektlegges henholdsvis ved døgnavdelinger i DPS-er og akuttavdelinger i sykehus. Grupper av skalaer som utfyller hverandre om et tema er vist i figurer som er utformet på samme måten, og for hver figur gir vi opplysninger om signifikante forskjeller (ved t-test) og kommenterer mønsteret.

Spørreskjemaet ble fylt ut av i alt 835 av personalet ved akutenhetene for voksne. Av disse arbeidet 577 (69 %) ved akuttposter, 78 (9 %) ved mottaksposter, 92 (11 %) ved subakuttposter og 29 (4 %) ved en korttidspost ut fra den inndelingen vi har gjort av akuttposter. Det var til sammen 59 skjema (7 %) fra akutteam.

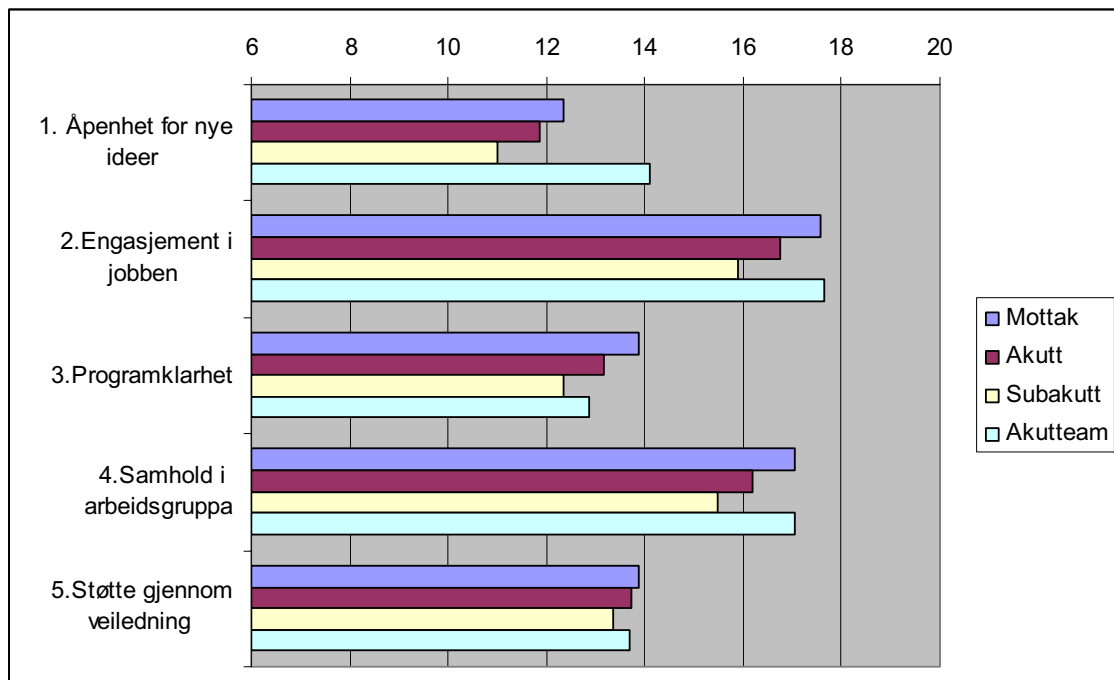
Vi har kjørt enveis variansanalyser for å se om det er signifikante forskjeller mellom ulike typer akutenheter for de ulike skalaene, og dette omtales under den enkelte figur nedenfor.

I denne rapporten beskriver vi mønstre og forskjeller for ulike typer akutenheter når det gjelder vektlegging av ulike forhold innen klinisk praksis, slik det er målt med dette spørreskjemaet. Seinere vil vi analysere på postnivå hvilken betydning slike forskjeller kan ha for gjennomføring og utfall av akuttpsykiatrisk behandling.

De fem skalaene i figuren nedenfor 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.

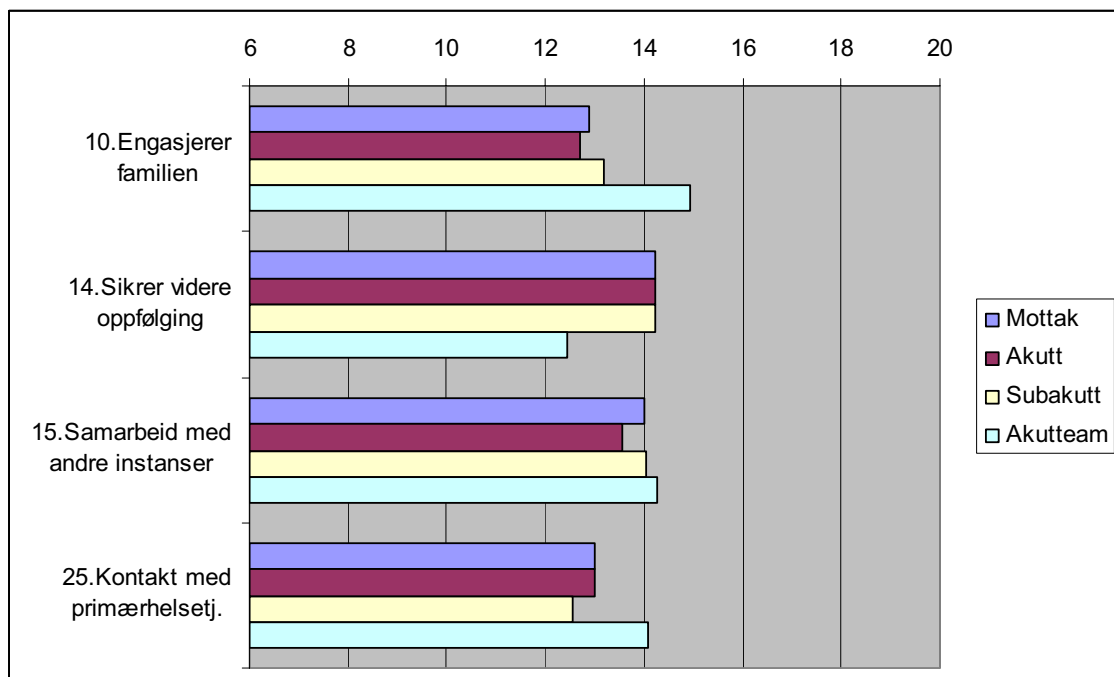
Mønsteret er omtrent det samme for alle typer akutenheter, og mottaksposter og akutteam skårer høyere enn akuttposter og subakuttposter på disse skalaene. For disse skalaene er det svært signifikante forskjeller mellom typer akutenheter ($p < 0,001$) for alle skalaene.

Figur 2.3 Personalets engasjement ved ulike typer akutenheter (gjennomsnittsskåre)



Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål.

Figur 2.4 Vekt på samarbeid og kontakt med andre (gjennomsnittsskåre)

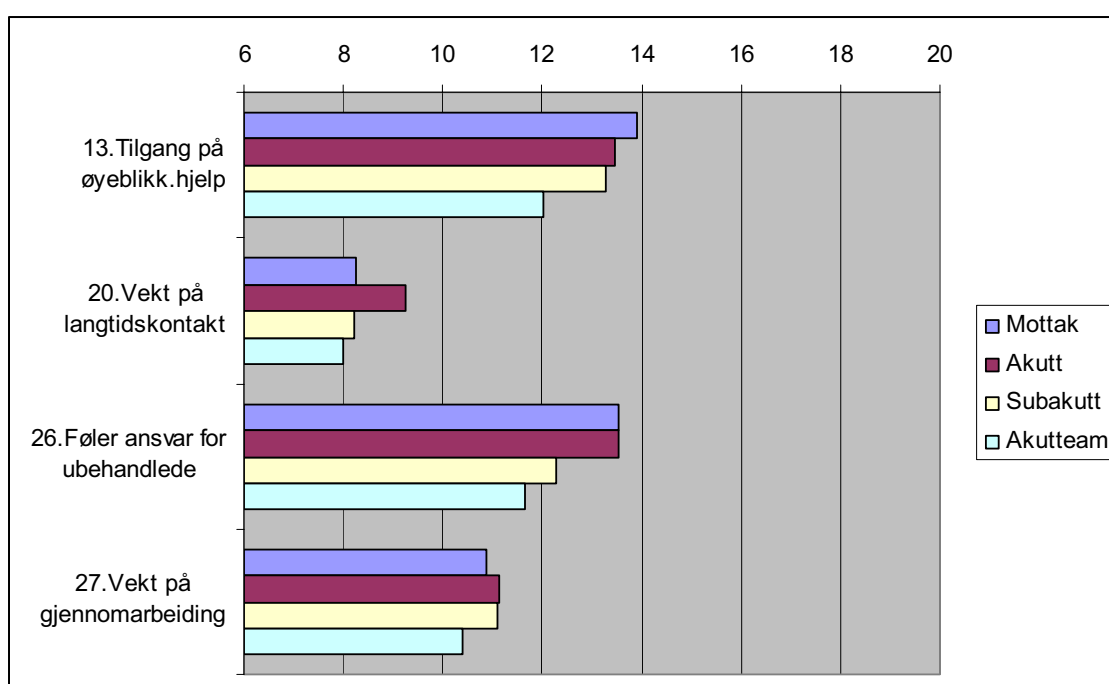


Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål.

Skalaene i figuren ovenfor er svært relevante for akuttpsykiatriske enheter. Helsetilsynet har i flere rapporter fra tilsyn pekt på at det er for dårlig samarbeid mellom akuttavdelinger og andre deler av psykisk helsevern og andre helsetjenester. Det er signifikante forskjeller mellom noen typer enheter med unntak av skala 15 der det ikke er noen sikker forskjell.

Ut fra figuren ovenfor er det akutteamene som legger mest vekt på kontakt med familie og samarbeid med primærhelsetjenesten og andre instanser. Grunnen til at de skårer lavere enn de andre typene enheter på å sikre videre oppfølging for pasientene, kan delvis være at pasientene som ikke innlegges, i større grad kan fortsette kontakten med andre instanser slik at videre oppfølging ved andre allerede er sikret.

Figur 2.5 Vekt på tilgjengelighet og ulike tidsperspektiv ved ulike typer akuttenheter (gjennomsnittsskåre)

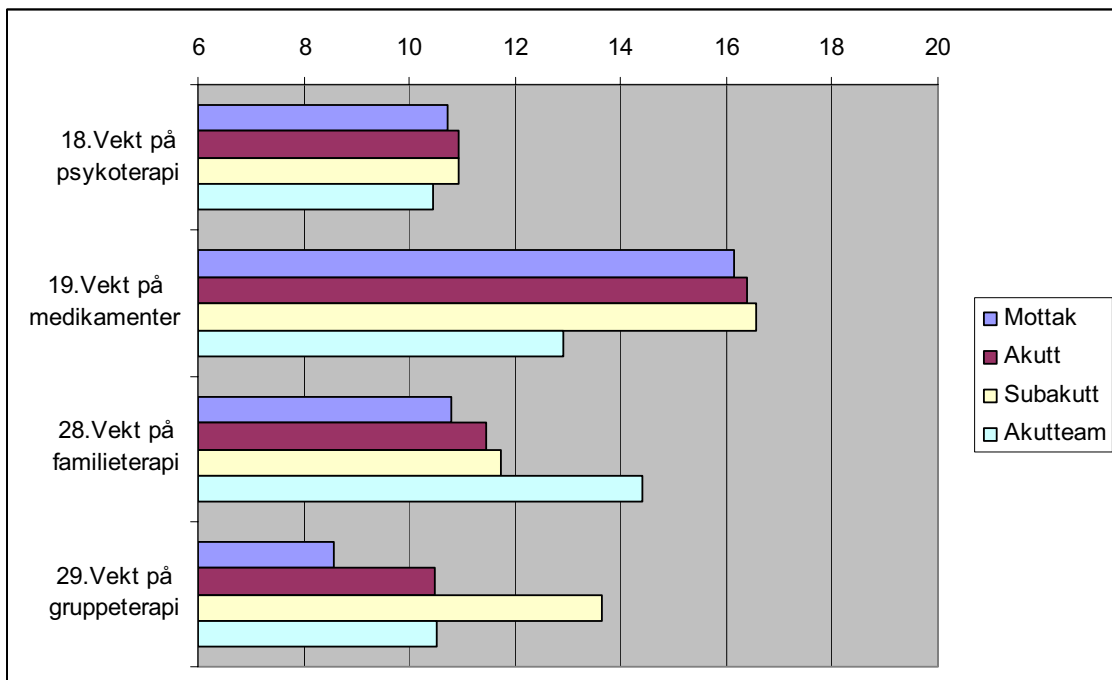


Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål.

Skalaene ovenfor viser for alle typer akuttenheter en profil som en ville vente ved akuttenheter. De er generelt mer opptatt av å være tilgjengelige for nye pasienter enn å videreføre kontakten med de pasienter de allerede har. Det er signifikante forskjeller mellom noen typer enheter med unntak av skala 27 der det ikke er noen sikker forskjell.

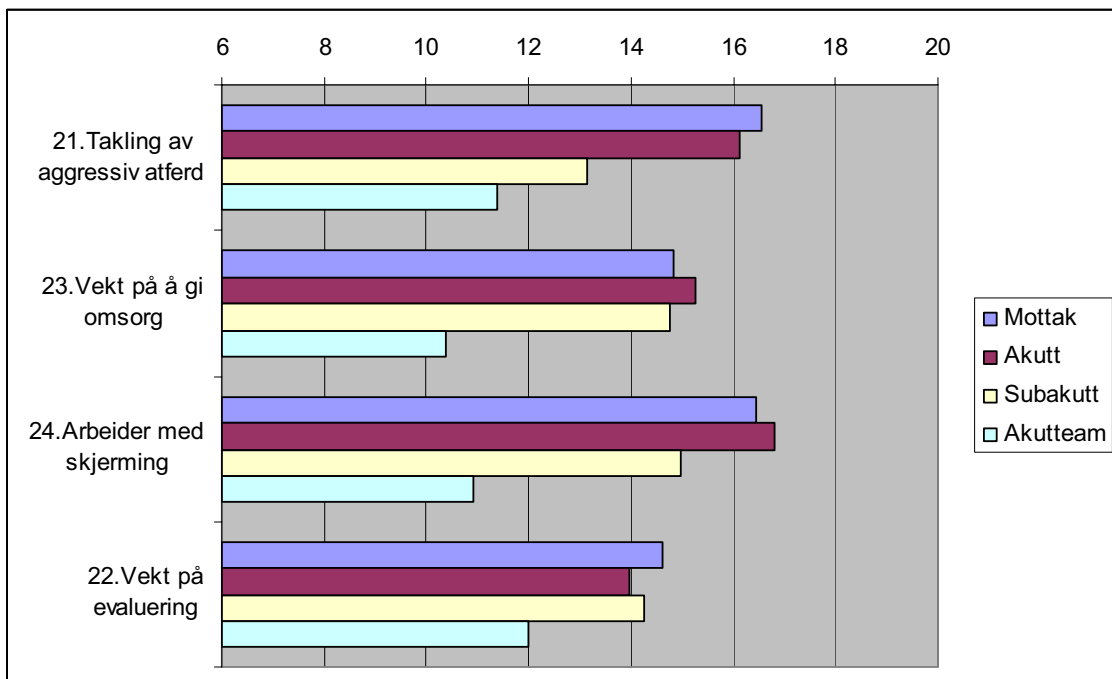
Ingen av de akuttpsykiatriske enhetene legger vekt på psykoterapi i noen særlig grad, slik det fremgår av figuren nedenfor. Der er det ganske samstemte, og det er ingen signifikante forskjeller mellom typene enheter. Men på de andre terapiformene er det klare signifikante forskjeller, særlig knyttet til døgnpostenes vekt på medikamenter, akutteamenes vekt på kontakt med familie og nettverk, og subakuttpostenes bruk av grupper og gruppeterapi.

Figur 2.6 Vekt på ulike behandlingsformer ved ulike typer akutenheter (gjennomsnittsskåre)



Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål.

Figur 2.7 Vekt på intensiv oppfølging ved ulike typer akutenheter (gjennomsnittsskåre)



Hver skala går fra 4 (minimum) til 20 (maksimum) og bygger på fire spørsmål.

Skalaene 21 og 24 gjelder oppgaver som primært finnes i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Skala 23 er tatt med her fordi den ofte blir skåret høyt på akuttavdelinger som delvis må gi mye omsorg og ta over en del ansvar for pasienter som er svært dårlige. Utredning og evaluering a pasienter er også en sentral oppgave for akuttpsykiatriske avdelinger. Det er signifikante forskjeller mellom noen typer akuttenheter for alle disse skalaene, noe som særlig gjelder akutteamene og delvis også subakuttpostene.

Det går utover det som er rammen for denne rapporten å gjøre omfattende analyser der en sammenligner ulike enheter innen hver gruppe akuttenheter, men dette vil bli gjort i det videre arbeid med ulike problemstillinger innen multisenterstudien.

Hver enhet (post/team) vil også få sin profil ut fra hva de har svart på dette spørreskjemaet at de legger vekt på, og kan da se sin egen virksomhet i forhold til andre enheter av samme typer. Dette kan brukes i arbeidet med å utvikle tilbudene videre.

2.6 Oppbyggingen av akutteam

En viktig jobb for det psykiske helsevernet er å kunne tilby et differensiert og tilgjengelig behandlingstilbud. Dette angår også personer i kriser og som har behov for øyeblikkelig hjelp. I tilknytning til den videre gjennomføringen av opptrappingsplanen angis det i Stortingsproposisjon 1 for 2005 at ambulante akutteam med øyeblikkelig hjelp funksjon skal utprøves og forutsettes etablert ved alle distriktpsikiatriske senter innen utløpet av 2008. De regionale helseforetakene er blitt bedt om å prøve ut hvordan slik beredskap kan etableres med sikte på implementering i løpet av opptrappingsperioden.

En oversiktsstudie av Gråwe og medarbeidere (2005) viste at det er lite forskning på effekten av slike akutteam. Dette til tross for at slike tilbud har vært innført i flere vesteuropeiske land, Australia, USA og Canada. Norge er det første Nordiske landet som innfører ambulante akutteam ved alle psykiatriske opptaksområder og det er mange spørsmål knyttet til organisering, bemanning, behov for kompetanse, åpningstider og tilgjengelighet, arbeidsform og innhold, samarbeid, autoritet/myndighet i forhold til innleggelse i akuttavdeling, bruk av lavterskel døgnplasser i eget DPS, henvisningsrutiner, med mer. Da MAP startet i 2003 var det kun etablert akutteam på Vinderen, i Follo og i Molde. I løpet av prosjektperioden har flere akutteam i planleggings- eller etableringsfasen blitt med i MAP og således blitt med i studien. Under planleggingen av datainnsamlingsfasen i MAP vinteren 2005 var alle landets akutteam med i studien (under datainnsamlingen i 2005-2006 ble det startet opp noen nye akutteam som ikke rakk å bli med i studien). De akutteamene som deltok i studien hadde et stort behov for å dele erfaringer og samarbeidet mellom disse akutteamene under planleggingsfasen av studien førte vel til at de fikk en mer ensartet praksis, organisering og arbeidsmåte.

Likeså utgav SHDir i februar 2005 en rettleider for tilbudets innhold og ønskelige funksjoner som ytterligere reduserte variasjonen i praksisen ved de inkluderte akutteamene (Du er kommet til rett sted, SHDir, 2005). Alle fagrepresentantene fra akutteamene som deltok i arbeidsgruppen for utarbeiding av denne rettleideren, var med i evalueringsnettverket og multisenterstudien. Multisenterstudien er den første vitenskapelige studien av akutteam i Norge og det knytter seg stor interesse til hva som kjennetegner disse første tilbudene.

3 Hvilke pasienter som mottas

3.1 Oppsummering

På det tidspunktet data ble innhentet regner vi med at omtrent trefiredeler av landets akuttavdelinger (19) og akutteam (9) var med i studien. Til sammen 4532 pasientforløp ble registrert, 3 572 i akuttavdelinger og 960 i akutteam. Ventetiden og behandlingstiden var signifikant kortere i akuttavdelinger enn i akutteam. Mens gjennomsnittlig ventetid i akuttavdelinger var under 1 dag, var ventetiden i akutteamene ca 2 dager. Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttavdelinger var 9.5 dager hvis man tok ut de som hadde inntaksavdelinger (Bergen, Stavanger og Kristiansand). Tilsvarende behandlingstid i akutteamene var 16.9 dager. Det var mindre variasjon i behandlingstiden blant akuttavdelingene enn i akutteamene. Det var meget stor variasjon i gjennomsnittlig behandlingstid i akutteamene (fra 7 til 24 dager). De tre sykdomskategoriene som hadde lengst behandlingstid i akuttavdelinger hadde schizofrene lidelser (F20-29), personlighetsforstyrrelser (F60-69), og stemningsforstyrrelser (F30-39). I akutteamene var dette atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59), nevrotiske belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-49), og stemningsforstyrrelser (F30-39).

Gjennomsnittsalderen for pasientene i akuttavdeling og akutteam 41 år. Mens det var lik kjønnsfordeling i akuttavdelingene, var det flere kvinner (60%) enn menn i akutteamene. Mens nesten alle pasientene i akuttavdelinger var øyeblikkelig-hjelp pasienter (95%) og de fleste var henvist for tvungen behandling (41%), var omtrent trefiredeler av pasientene i akutteam øyeblikkelig-hjelp pasienter og nesten ingen henvist for tvangsbehandling (2%).

Etter paragrafvurdering i akuttavdelingene ble 64% frivillig innlagt (§2-1.1)(hovedsakelig pasienter som selv ønsket innleggelse), 19% på tvungen observasjon med døgnopphold (§3-8.1) og 14% tvangsinnlagt med døgnopphold (§3-1-1). Under 5% ble innlagt iht dømt til psykisk helsevern (§5-3.1), tvangsbehandling uten døgnopphold (§3-1.2), sosialtjeneste- eller barnevernslov.

I akuttavdelingene hadde 57% vært innlagt på nytt innen ett år fra forrige utskrivning ("reinnlagte"). Av denne gruppen reinnlagte hadde 56% tidligere vært innlagt på psykiatrisk akuttavdeling i sykehus, 20% innlagt ved annen døgnavdeling i psykiatrisk sykehus, og 24% vært innlagt på døgnavdeling i DPS. Gjennomsnittlig reinleggelsesprosent ved alle akuttavdelingene var 55%. Det var meget store forskjeller mellom de ulike akuttavdelingene med hensyn til andelen av pasienter som reinnlagt (fra 38 til 72%). I disse foreløpige dataanalysene ble det ikke funnet noen forskjeller mellom akuttavdelingene som forklarte disse forskjellene. De pasientene som var reinnlagte i akuttpsykiatriske døgnavdelinger var derimot karakterisert ved at de hadde mer psykopatologi (rus, psykose, aggresjon, hyperaktivitet), de hadde dårligere fungering som målt av GAF og dårligere psykososial fungering som målt ved HoNOS, samt at de hadde hatt mer behandlingskontakt og hjelp fra poliklinikker og kommunale tiltak de siste 3 månedene før innleggelsen. Da flere av de reinnlagte enn de som ikke hadde vært døgninnlagt de siste 12 månedene hadde et poliklinisk behandlingstilbud, kan neppe reinnleggelsene forklares ved at de hadde et manglende tilbud. Det er i så fall heller spørsmål om det behandlingstilbudet de mottok var tilstrekkelig med hensyn til innhold og intensitet.

Betydelig flere pasienter i akuttavdeling enn i akutteam hadde en forverring av en langvarig og vedvarende psykisk lidelse (61 vs 44%). Flere pasienter i akutteam enn i akuttavdeling hadde en psykisk lidelse som hadde debutert nylig (26 vs 15%) eller hadde en ny sykdomsperiode etter en periode med remisjon (28 vs 16%).

50-58 % av pasientene ved akuttavdelinger hadde mottatt psykiatrisk poliklinisk behandling eller døgnbehandling det siste året før innleggelsen. Ved akutteamene var det særlig mange færre som hadde mottatt døgnbehandling siste 12 måneder før akuttmottaket.

67% av alle pasientene som ble mottatt ved akuttavdelingene hadde vært i kontakt med enten fastlegen/primærlegen og/eller legevakten de siste 48 timene før akuttmottaket. Det tilsvarende tallet for de som ble mottatt ved akutteamene var 47%. Forskjellen er forståelig i lys av at mange pasienter selv tar kontakt med akutteamene og at det kravet om legehenvising er strengere ved akuttavdelinger.

Omtrent 65% av pasientene som ble mottatt i akuttavdelinger eller akutteam hadde foreskrevet psykofarmaka. Av de som hadde foreskrevet psykofarmaka tok noe over halvparten medisinen som foreskrevet ved innleggelsen/inntaket (11-14 % tok den delvis som foreskrevet).

Gjennomsnittlig 22% av pasientene i akuttavdelingene ble karakterisert som "innleggelse som kunne ha vært unngått". Det var store forskjeller mellom de ulike akuttavdelingene (fra 12 til 41%). Disse "unødvendige innleggelsene" var karakterisert ved at de hadde kortere innleggelsestid enn de øvrige, de hadde mer somatiske plager/fysisk sykdom, og signifikant mindre psykotiske symptomer.

20% av de pasientene som ble mottatt av akutteamene ble innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling (omtrent 40% i DPS, omtrent 40% på akuttavdeling, og omtrent 20% ble innlagt på annen døgnavdeling i sykehus). Det var betydelige forskjeller i andelen pasienter som ble døgninnlagt mellom de ulike akutteamene (fra 16 til 37%). Denne gruppen pasienter som ble døgninnlagt var karakterisert av å være betydelig dårligere med hensyn til psykopatologi og med hensyn til psykososiale og fungeringsmessige forhold.

Det var betydelig flere pasienter med psykotiske lidelser (F20-29) i akuttavdelingene enn i akutteamene (24 versus 10%), og det var flere pasienter med nevrotiske/angstlidelser (F40-49) i akutteamene enn i akuttavdelingene (22 versus 10%). De var nokså sammenlignbare med hensyn til stemningslidelser (ca 30%). I akutteamene var det oppgitt at 5% hadde personlighetsforstyrrelser mot 8% i akuttavdelingene (som hoveddiagnose). Det var også flere pasienter i akuttavdelingene enn i akutteamene som hadde en rusdiagnose i hoveddiagnose, bidiagnose 1 eller bidiagnose 2 (13 versus 6%). Det var også flere pasienter som var mistenkt for beruselse ved inntak i akuttavdeling i akutteam.

Med hensyn til alvorligheten av psykopatologi, så var alvorlig psykose, alkohol/narkotika, selvskading og overaktivitet/aggresjon, betydelig mer forekommende i akuttavdelinger enn i akutteam. De innlagte hadde også betydelig mer alvorlige problemer knyttet til boligforhold. Det var flere pasienter i akutteam som skåret alvorlig på depresjon/senket stemningsleie enn i akuttavdelinger (32 versus 26%). Suicidfare ble i tillegg til HoNOS skåret på separate spørsmål om alvorligheten av suicidfaren (selvmordstanker/planer, selvskade og dødsønske/intensjon om å dø). I akuttavdelingene hadde 27% av pasientene suicidplaner med eller uten påført egenskade (uansett graden av dødsønske). I akutteamene var det tilsvarende tallet 20%.

3.2 Antall opphold og behandlinger

Totalt ble det inkludert 4 532 pasienter som mottok behandling ved de 19 akuttavdelingene (N=3572) og i de 9 akutteamene (N=960). En oversikt over de deltakende akuttavdelinger og akutteam samt gjennomsnittlig oppholdstid/behandlingstid (døgn) er vist i tabell 3.1.

Tabell 3.1 Antall pasienter i akuttavdelinger og akutteam som deltok i studien

Avdeling	Antall (%)	Gj.snitt oppholdstid ,døgn	Akutteam	Antall	Gj.snitt behandl.tid ,døgn
Sanderud	257 (7)	7	Jessheim	59 (6)	16
Reinsvoll	153 (4)	6	Sanderud	34 (4)	
Kr.sand	185 (5)	8	Follo	328 (34)	20
Arendal	82 (2)	9	Haugesund	46 (5)	
Haugesund	81 (2)	8	Molde	77 (8)	10
Stavanger	475 (13)	1	Vinderen	100 (10)	15
Bergen	494 (14)	4	Grorud	92 (10)	7
Tromsø	349 (10)	10	Skien	147 (15)	24
Aker	202 (6)	14	Tromsø	77 (8)	11
Ullevål	235 (100)	10			
Vinderen	122 (3)	7			
Bodø	138 (4)	12			
Drammen	239 (7)	7			
Tønsberg	165 (5)	8			
Skien	60 (2)	15			
Førde	35 (1)	5			
Molde	116 (3)	8			
Namsos	44 (1)	11			
Gjøvik	140 (4)	17			
Total	3572 (100)	7		960 (100)	17

Blant akuttavdelingene var det Bergen og Stavanger som hadde flest pasienter. Dette var forventet da disse, sammen med Kristiansand, har organisert akuttpsykiatrien i felles inntaksavdelinger. Disse utfører hovedsakelig evalueringer før de viderehviser pasientene til adekvat behandlingssted. Det er vanskelig å sammenligne de ulike avdelingene mht antall pasienter per innbyggertall i opptaksområdene da registreringstidspunktene og lengden av registreringene varierte noe.

De 9 akutteamene var ulikt organisert. Noen hadde lang avstand til akuttavdelingen i sykehuset som dekker DPS-området, mens andre var samlokalisert med akuttavdelingen. Noen akutteam (Follo, Vinderen) hadde tilknyttet akutte lavterskel døgnenger ved det stedlige DPS. Mens Vinderen, Follo og delvis Molde hadde eksistert i lengre tid, var andre

nystartet og i en oppstartsfasen (Jessheim, Haugesund, Grorud). Alle akutteam, foruten akutteamet i Haugesund og Tromsø, var etablert ved og tilknyttet det lokale DPS. I Haugesund var teamet knyttet til den stedlige akuttavdelingen (organisatorisk og geografisk). Akutteamet ved Tromsø og Karlsøy DPS var også organisert sammen med akuttavdelingen. Her var dog både akuttavdeling og akutteamet knyttet til samme DPS. Ved Sanderud var det egentlig ikke etablert et akutteam, men mer en akutt poliklinikk knyttet til akuttavdelingen. Da dette er et poliklinisk akuttpsykiatrisk tilbud, er i denne rapportens resultatdel likevel knyttet til akutteamene. Som ved akuttavdelingene så varierte også tidspunkt og lengde for registreringene blant akutteamene, noe som gjør det vanskelig å gjøre sammenligninger mht produksjon og effektivitet relatert til innbyggertall i opptaksområdet.

Ventetid ble beregnet som differansen mellom oppgitt henvisningsdato og dato for oppstart av behandlingen. I akuttavdelingene var gjennomsnittlig ventetid 0.64 dager ($SD=9.5$) og 97% av pasientene hadde en ventetid på et døgn eller mindre. Det var 91 pasienter som hadde ventet mer enn 1 døgn og ventetiden blant disse varierte mellom 2 og 304 dager. Blant akutteamene var gjennomsnittlig ventetid 2.1 dager ($SD=10.6$). Her hadde 40% ventet mer enn ett døgn (19% ett døgn, 5 % 2 døgn) og blant de 140 pasientene som hadde ventet mer enn 2 døgn varierte ventetiden mellom 2 og 242 døgn. Den akuttavdelingen med lengst ventetid hadde nesten 13 dager og de som hadde kortest hadde 0.2 dager. Det største standardavviket for gjennomsnittlig ventetid for akutteamene gir en tydelig indikasjon på at ventetiden ved disse er langt mer variabel enn ved akuttavdelingene. Ventetiden ved akuttavdelingene var signifikant kortere enn ved akutteamene ($t=-16.72$, $df=4123$, $p<.000$).

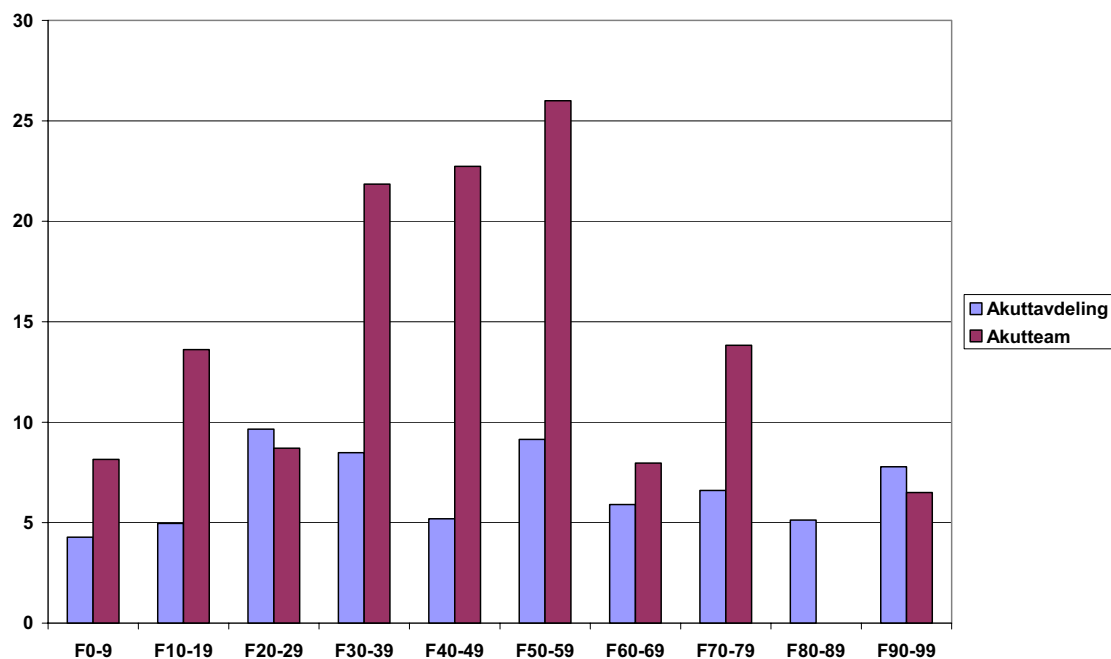
Oppholdstid eller behandlingstid ble beregnet som differansen mellom inntaks/oppstartsdato og utskrivelsesdato. Gjennomsnittlig oppholdstid for alle akuttavdelingene var 7.4 dager ($SD=11.2$). Fordi akuttavdelingene i Bergen, Stavanger og Kristiansand har organisert akuttavdelingene i sentrale inntaksavdelinger som hovedsakelig har som oppgave å foreta evalueringer og viderehenvisninger, har disse langt kortere oppholdstid enn tradisjonelle akuttavdelinger. Da disse tre ble tatt ut av beregningen av gjennomsnittlig innleggelsestid ble gjennomsnittlig tid innlagt for akuttavdelingene 9.5 dager ($SD= 12.5$). Gjennomsnittlig oppholdstid for de tre inntaksakuttavdelingene var 3.2 dager ($SD=6$). Det var stor forskjell mellom de med lengst (Gjøvik med 17 dager) og de med kortest (Førde med 5 dager) oppholdstid.

I akutteamene manglet det data om behandlingstid ved Sanderud akutt poliklinikk og Haugesund akutteam. Gjennomsnittlig behandlingstid for de øvrige var 16.9 dager ($SD=21.9$). Også her var det betydelige variasjoner fra de som hadde kortest behandlingstid (7 dager på Grorud akutteam) og de som hadde lengst behandlingstid (nesten 24 dager ved akutteamet i Skien).

Både gjennomsnittet og standardavviket viser at pasienter som ble behandlet ved akutteam ble behandlet betydelig flere dager enn i akuttavdelingene ($t=-16.72$, $df=4123$, $p<.000$). Det ble kjørt sammenligninger mellom symptomskårer på GAF og HoNOS og behandlingstid, men det var ingen systematiske sammenhenger som viste at de som var sykere ble behandlet lengre verken i akuttavdeling eller i akutteam. Det var derimot visse sammenhenger mellom behandlingstid og hoveddiagnosegruppe. Som det fremgår er behandlingstiden kortere og det er mindre variasjon i behandlingstiden blant akuttavdelingene.

De tre sykdomskategoriene som hadde lengst behandlingstid i akuttavdelinger hadde schizofrene lidelser (F20-29), atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59), og stemningsforstyrrelser (F30-39). I akutteamene var dette atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59), nevrotiske belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-49), og stemningsforstyrrelser (F30-39). De med psykoselidelser ble behandlet relativt kort tid sett i lys av at det er alvorlige og langvarige sykdommer. Denne diagnosegruppen var samtidig den som hyppigst ble videreført av akutteamene til annen spesialisthelsetjenestebehandling ved behandlingsavslutning (65%).

Figur 3.1 Gjennomsnittlig behandlingstid ved akuttavdelinger og akutteam fordelt på hoveddiagnosegruppene (dager).



3.3 Sosiodemografiske forhold

Som det fremgår av tabellen nedenfor var gjennomsnittsalderen for pasientene i akuttavdeling og akutteam 41 år. Mens det var lik kjønnsfordeling i akuttavdelingene, var det flere kvinner enn menn i akutteamene. I akutteamene var også flere pasienter gift/samboende, bodde sammen med andre, eller hadde omsorg for barn, enn i akuttavdelingene. Noe flere pasienter hadde trygd (alle former unntatt alderspensjon) som hovedinntektskilde i akuttavdelingene (58%) enn i akutteamene (47%).

Tabell 3.2 Sosiodemografiske karakteristika ved pasienter behandlet i psykiatriske akuttavdelinger og akutteam

	Akuttavdeling	Akutteam
Kjønn (%)		
Menn	1793 (50)	381 (40)
Kvinner	1766 (50)	564 (60)
Alder, gj.snitt (SD)	41 (15.6)	41 (14.7)
Etnisk bakgrunn (%)		
norsk	3170 (90)	806 (89)
annet	358 (10)	105 (11)

Sivilstand, prosent		
ugift	53	40
gift	17	25
samboende	8	12
enke/enkemann	4	3
separert/skilt	16	18
ukjent	2	2
Bor alene, prosent (ukjent =8%)	52	39
Omsorg for barn, antall (%)		
ikke omsorg	2428 (82)	388 (62)
ja, delvis omsorg	190 (6)	56 (9)
ja, hel omsorg	350 (12)	178 (29)
Hjelpebehov/tiltak hos barna, antall (%)		
ikke behov	464 (45)	118 (34)
får hjelp	220 (21)	91 (26)
udekket behov	34 (3)	19 (6)
ukjent	313 (30)	118 (34)
total	1031	346
missing	2541	614
Boligforhold, antall (%)		
leilighet/bolig	2421 (68)	756 (79)
servicebolig, uten tilsyn	31 (1)	12 (1)
servicebolig, noe tilsyn	191 (5)	23 (3)
servicebolig, døgntilsyn	118 (3)	4 (0)
bor i institusjon	142 (4)	46 (5)
bor hos foreldre/andre	342 (10)	76 (8)
hospits/lignende	40 (1)	7 (1)
uten fast bopel	131 (4)	24 (3)
asylmottak	48 (1)	2 (0)
fengsel	28 (1)	1 (0)
ukjent	60 (2)	2 (0)
Etnisk bakgrunn, antall (%)		
Norsk	3170 (90)	806 (89)
Annet	806 (10)	105 (11)
Tolk nødvendig, antall	85	15
Utsatt for krig/tortur, antall	68	17
Hovedinntekts kilde, antall (%)		
lønnet arbeid	450 (13)	246 (26)
forsørget	87 (2)	46 (5)
studielån	87 (2)	34 (4)
arbeidsledighetstrygd	58 (2)	10 (1)
syke/rehabiliterings trygd	480 (13)	161 (17)
attføringstrygd	169 (5)	58 (6)
uførepensjon	1350 (38)	223 (23)
alderspensjon	215 (6)	37 (37)
sosial stønad	322 (9)	56 (6)
annet	92 (3)	23 (2)
ukjent	242 (7)	57 (6)

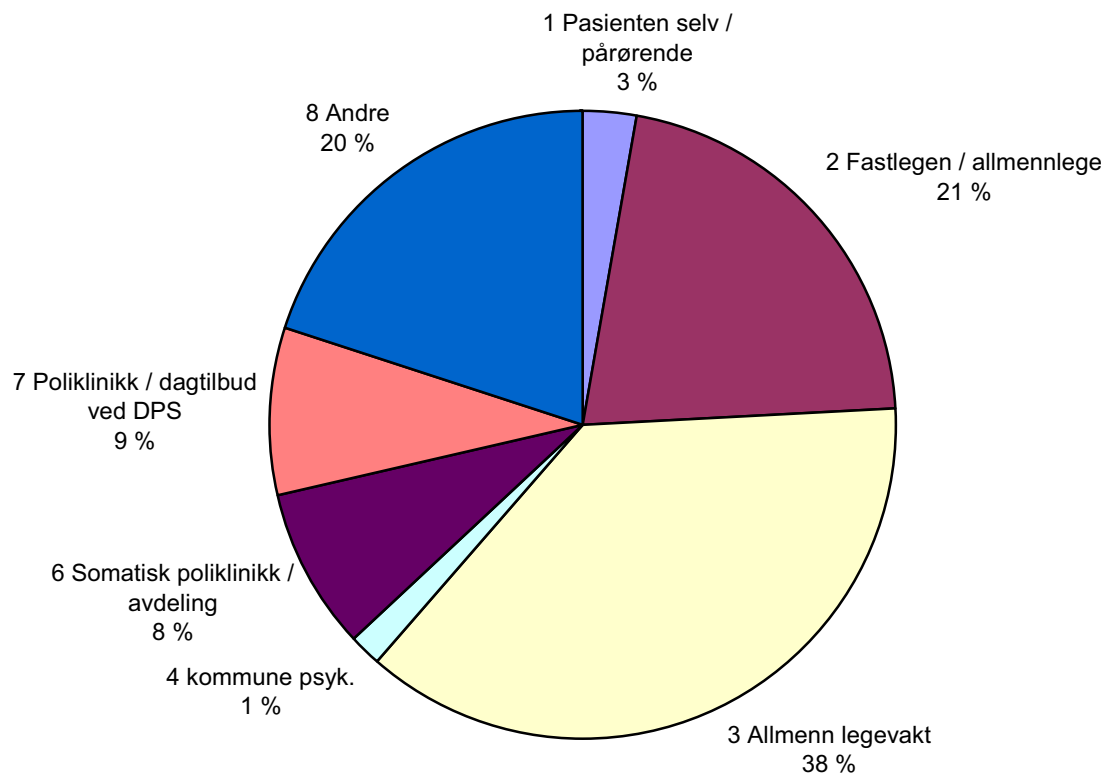
Det var stor forskjell mellom de ulike akuttenehetene med hensyn til andelen pasienter som ikke hadde norsk bakgrunn. I akuttavdelingene varierte denne andelen mellom 2 (Namsos) og 21% (Ullevål), og blant akutteamene varierte dette mellom 2 (Haugesund, Arendal) og 26% (Grorud).

3.4 Henvisning og inntak

95 % av pasientene i akuttavdelinger og 76 % av pasientene i akutteam var kategorisert som øyeblikkelig hjelp pasienter. Akutteamene hadde oftere godt kjennskap til de pasientene som de fikk henvist (73%) enn akuttavdelingene (43%). Mens nesten samtlige pasienter ved akutteam ble frivillig henvist (98%), var 59% av pasienter i akuttavdelingene frivillig henvist. De 41% som ikke var frivillig henvist fordelte seg mellom tvungen observasjon (26%), og tvungent psykisk helsevern (15%). Under 1 % var henvist pga at de var dømt til tvungent psykisk helsevern, via barnevernsloven eller sosialtjenesteloven.

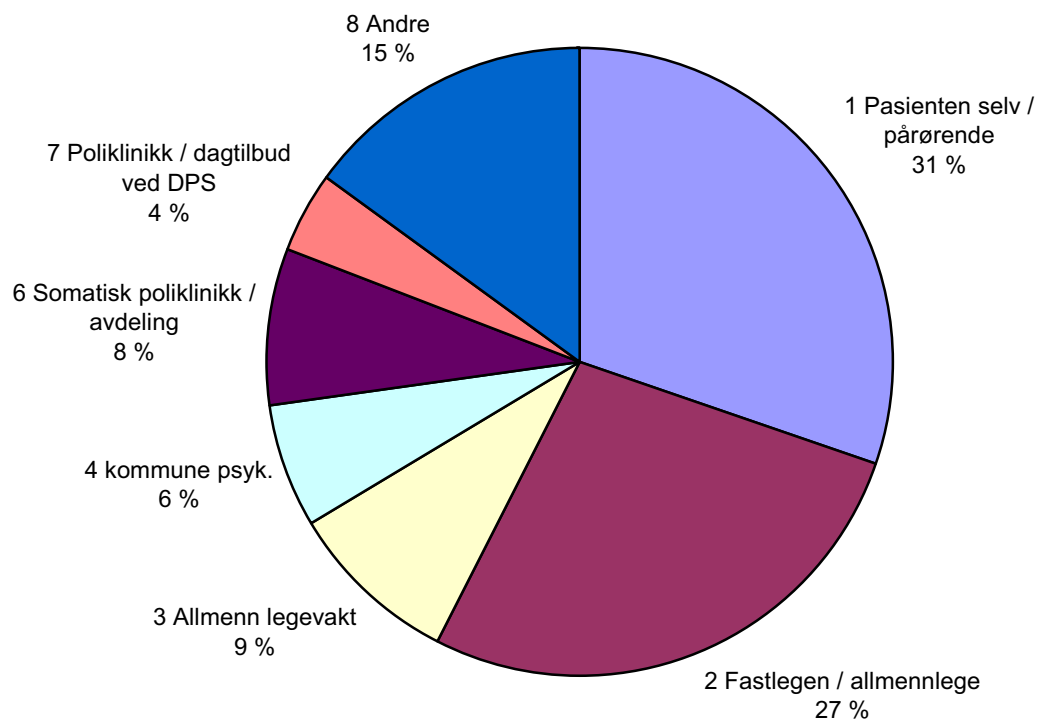
I akuttavdelinger var det i hovedsak allmennlegevakten, fastlegene og de voksenpsykiatriske poliklinikkene som henviste pasientene som ble innlagt (til sammen 69%)(figur 3.3). Svært få pasienter ble henvist av døgnavdelinger ved DPS (3%) eller sykehus (4%), voksenpsykiatrisk poliklinikk i sykehus (3%), privatpraktiserende psykolog/psykiater (1%), politi/fengselslege (1%)(jfr kategorien 'andre' i figur 3.3). Det finnes psykiatrisk legevakt kun i Oslo-området og disse stod for 39% av alle henvisninger til akuttavdelingen på Ullevål.

Figur 3.2 Oversikt over de som henviste til akuttavdelinger (%).



I akutteamene ble de fleste pasientene henvist etter egen henvisning eller av pårørende (30%), eller av fastleger (27%) og allmennlegevakten (9%)(figur 3.4). Kategorien 'andre henvisere' utgjorde døgnavdeling psykiatrisk sykehus (3%), psykiatrisk legevakt (2%), voksenpsykiatrisk poliklinikk i sykehus (1%), privatpraktiserende (1%), politi/fengsel (1%) og andre (7%).

Figur 3.3 Oversikt over de som henviste til akutteamene (%).



De fleste pasienter som ble henvist til akuttpsykiatrisk øyeblikkelig hjelp behandling ble henvist på mandag til fredag (ca 15-17% per dag i akuttavdelinger og mellom 17-21% i akutteam). Det var noe færre nye pasienter på lørdager (7% akuttavdeling og 10% i akutteam). Det ble mottatt betydelig færre pasienter i akuttavdelinger på søndager (ca 9%) og nesten ingen i akutteamene på søndager (1%). Det var ikke så overraskende at akutteamene mottok så få pasienter på søndager da kun 2 av akutteamene hadde åpent på søndager.

Det ble også registrert hvilket klokkeslett nye pasienter ble innlagt på akuttavdeling eller ble mottatt ved akutteamene. For enkelthets skyld har vi kategorisert dem i morgen (klokken 07:00 – 10:00), dagtid (klokken 11:00 – 16:00), kveldstid (klokken 17:00 – 22:00), og nattestid (klokken 23:00 – 06:00). De fleste pasientene som ble mottatt på akuttavdelingene kom inn om dagen (42%) eller om kvelden (37%). 5% ble mottatt om morgenen. I akutteamene ble 27% nye pasienter mottatt om morgenen, 53% på dagtid og ca 20% om kvelden. Akutteamene var stengt om natten.

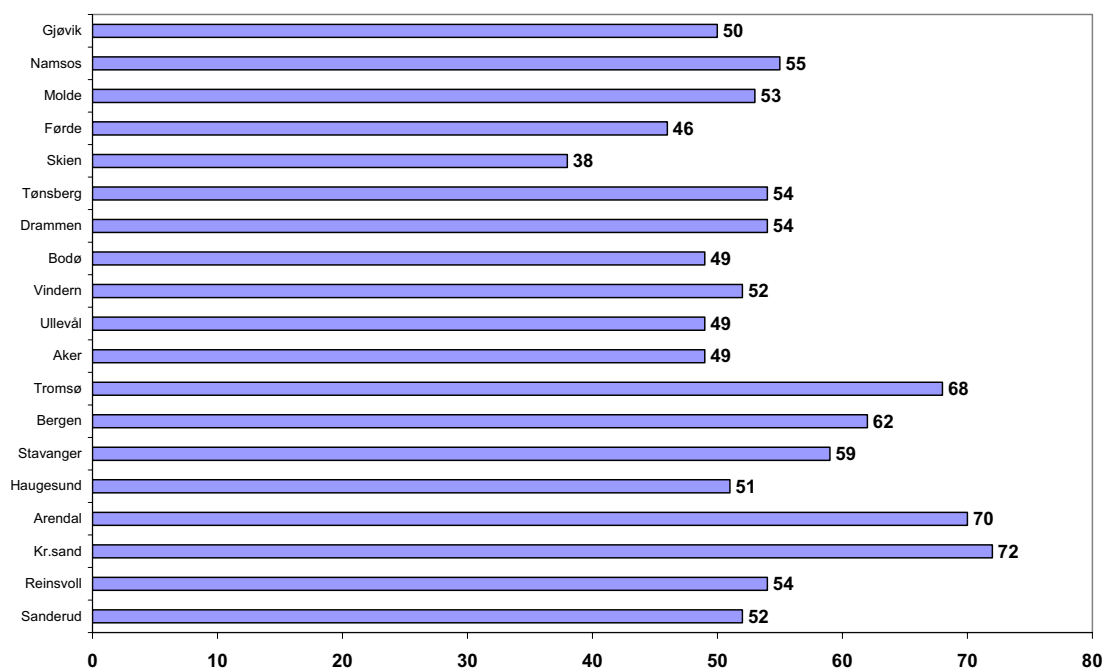
Nesten alle pasienter som ble henvist til akuttavdeling (95%), og de fleste som var henvist til akutteam (76%), var vurdert å være øyeblikkelig hjelp mottak. Akutteamene hadde oftere godt kjennskap til de mottatte pasientene enn akuttavdelingene (henholdsvis 43 og 73%). Dette er forståelig ettersom akutteamene har langt mindre opptaksområder og dekker en mindre del av befolkningen enn akuttavdelingene. Mens nesten alle (98%) av pasientene ved akutteamene var frivillig henvist, var 58% frivillig henvist til akuttavdelingene. Resten var henvist i henhold til tvungen observasjon (26%, §3-6) eller tvungent psykisk helsevern (16%, § 3-7), Svært få (under 1%) var henvist iht sosialtjeneste- eller barnevernsloven eller dømt til behandling. Etter paragrafvurdering i akuttavdelingene ble 64% frivillig innlagt (§2-1.1)(hovedsakelig pasienter som selv ønsket innleggelse), 19% på tvungen observasjon med døgnopphold (§3-8.1) og 14% tvangsinnlagt med døgnopphold (§3-1-1). Under 5% ble innlagt iht dømt til psykisk helsevern (§5-3.1), tvangsbehandling uten døgnopphold (§3-1.2), sosialtjeneste- eller barnevernslov.

En fjerdedel av pasientene som ble innlagt på døgnavdeling ble fulgt av politiet. Det var meget stor variasjon mellom akuttavdelingene med hensyn til i hvor stor prosentandel politiet fulgte pasientene. Mens dette skjedde relativt sjeldent ved akuttavdelingene i Gjøvik, Namsos og Arendal (henholdsvis 6, 9 og 12%), skjedde dette langt oftere ved akuttavdelingene i Bodø, Tromsø og Bergen (henholdsvis 40, 35 og 31%). Mange av de som ble fulgt av politiet ble tvangsinnlagt (68%). Det skjedde sjeldent at pasienter ble fulgt til akutteamene av politiet. Blant de som ble innlagt på akuttavdelingene hadde 75% hatt kontakt med psykisk helsevern (døgn eller poliklinikk) i løpet av de siste 12 månedene. Ved akutteamene var dette 61%.

I akuttavdelingene hadde 2026 pasienter eller 57% vært innlagt på nytt innen ett år fra forrige utskrivning. Av disse som var reinnlagt hadde 1136 (56%) tidligere vært innlagt på psykiatrisk akuttavdeling i sykehus, 410 (20%) innlagt ved annen døgnavdeling i psykiatrisk sykehus, og 480 (24%) vært innlagt på døgnavdeling i DPS.

Gjennomsnittlig reinleggelsesprosent ved alle akuttavdelingene var 55%. Det var signifikante forskjeller mellom de ulike akuttavdelingene med hensyn til andelen av pasienter som var reinnlagt ($\chi^2=79.9$, $df= 18$, $p<.000$). Variasjonen i prosentandelen reinnlagte er vist i figur 3.5. Den avdelingen som hadde minst reinnleggelser var Skien (38%) og den som hadde flest var Kristiansand (72%). Skien var samtidig den nest minste akuttavdelingen i utvalget med hensyn antall registrerte pasienter. Gjennomsnittlig reinleggelsesprosent i små akuttavdelinger (dvs med færre enn 150 pasienter, medianverdi) var 52%, og gjennomsnittlig reinleggelsesprosent i store akuttavdelinger (over 150 pasienter) var 58%. Forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Figur 3.5 Prosentandelen reinnlagte ved akuttavdelinger.



Det er overraskende at så mange som 57% av alle pasientene på akuttavdeling i psykiatrisk sykehus har vært døgninnlagt i løpet av de 12 siste månedene. Selv om de har vært innlagt ulike steder i psykisk helsevern og deres behandlingsopphold og varighet av disse varierer, så kan man likevel betrakte denne gruppen på 57% som reinnleggelser. Er det slik at terskelen for å bli tatt inn er lavere for de som har vært innlagt før? Eller er det slik at disse utgjør en gruppe pasienter som responderer lite på tidligere behandling eller har mottatt for dårlig behandling ved akuttavdelingene? Eller er dette en gruppe som har langvarige og alvorlige psykiske lidelser og som ikke har mottatt adekvat behandlingsoppfølging etter utskrivning? Man kan stille spørsmål om grunnene til dette og hva som atskiller de reinnlagte fra de som ikke hadde vært døgninnlagt de siste 12 månedene.

Gruppen med reinnlagte ble derfor sammenlignet med gruppen som ikke hadde vært døgninnlagt siste 12 måneder med hensyn til HoNOS, GAF, rusdiagnoser og separate spørsmål om rusmiddelbruk, henvisningsformalitet og inntaksformalitet, om innleggelsen var ønsket eller ikke av pasientene, andre behandlingstilbud siste 3 måneder, hjelp og støtte fra andre siste 48 timer før innleggelsen, medisintaking, og suicidalfare. Alle signifikansnivåer ble satt strengt til minst 0.01 nivå. Det ble funnet at de reinnlagte skåret signifikant dårligere enn de som ikke var innlagt de siste 12 månedene på GAF funksjonsskåre, HoNOS ledd som målte overaktivitet/selvskade, drikking og bruk av narkotika, psykotiske symptomer, problemer i forhold til andre, problemer i forhold til dagliglivets aktiviteter, problemer med boligforhold, og problemer med yrke og fritid. De reinnlagte var signifikant bedrefungerende med hensyn til senket stemningsleie.

Det ble funnet at signifikant flere av de reinnlagte mottok poliklinisk psykiatrisk behandling (44 versus 26%), dagbehandling (15 versus 3%), psykiatrisk team i kommunen (42 versus 17%), sosiale tjenester (56 versus 12%), hjemmetjenester (17 versus 10%) og andre kommunale tilbud (11 versus 5%). Det var dog noe usikkerhet knyttet til de 3 sistnevnte da mellom 9 og 20% manglet skåre. Bortsett fra at signifikant flere av de reinnlagte hadde hatt

kontakt med en fagperson i kommunen (16 versus 8%), var det ingen gruppeforskjeller med hensyn til hjelp og støtte (fastlege, legevakt, akutteam, poliklinikk, med mer) de siste 48 timene. Det var signifikant flere av de reinnlagte som hadde foreskrevet psykofarmaka enn de som ikke var reinnlagt (81 versus 52%). Selv om det var betydelig færre av de innlagte som hadde foreskrevet medisin hadde tatt denne som foreskrevet eller ikke tatt den/stort sett ikke tatt den som foreskrevet, var dette bare nesten signifikant ($p=.015$). Det var også signifikant flere av de reinnlagte som brukte narkotika. Det var ingen slike forskjeller med hensyn til bruk av alkohol. Det var heller ingen gruppeforskjeller med hensyn til suicidalfare som vurdert før innleggelse eller som vurdert i avdelingen rett etter innleggelsen.

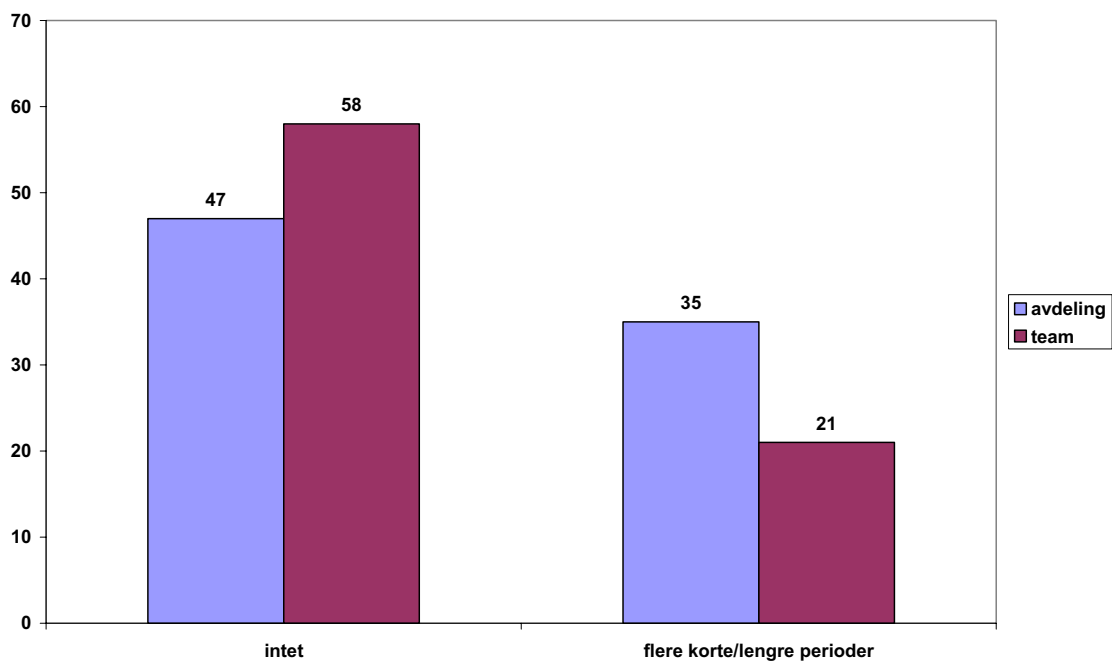
Generelt sett betyr dette at de reinnlagte i akuttpsykiatriske døgnavdelinger er karakterisert ved at de har mer psykopatologi (rus, psykose, aggresjon, hyperaktivitet), de har dårligere fungering som målt av GAF og dårligere psykososial fungering som målt ved HoNOS, samt at de har hatt mer behandlingskontakt og hjelp fra poliklinikker og kommunale tiltak de siste 3 månedene før innleggelsen. Da flere av de reinnlagte enn de som ikke hadde vært døgninnlagt de siste 12 månedene hadde et poliklinisk behandlingstilbud, kan neppe reinnleggelsene forklares ved at de hadde et manglende tilbud. Det er i så fall heller spørsmål om det behandlingstilbudet de mottok var tilstrekkelig med hensyn til innhold og intensitet.

Det ble også registrert hvorvidt pasientene som ble mottatt hadde en psykisk lidelse som hadde debutert nylig, om de hadde en ny sykdomsperiode etter en periode med remisjon, eller en forverring av en langvarig og vedvarende psykisk lidelse. Flere pasienter i akuttavdeling enn i akutteam hadde en forverring av en langvarig og vedvarende psykisk lidelse (61 vs 44%), mens noe flere pasienter i akutteam hadde en psykisk lidelse som hadde debutert nylig (26 vs 15%) eller hadde en ny sykdomsperiode etter en periode med remisjon (28 vs 16%).

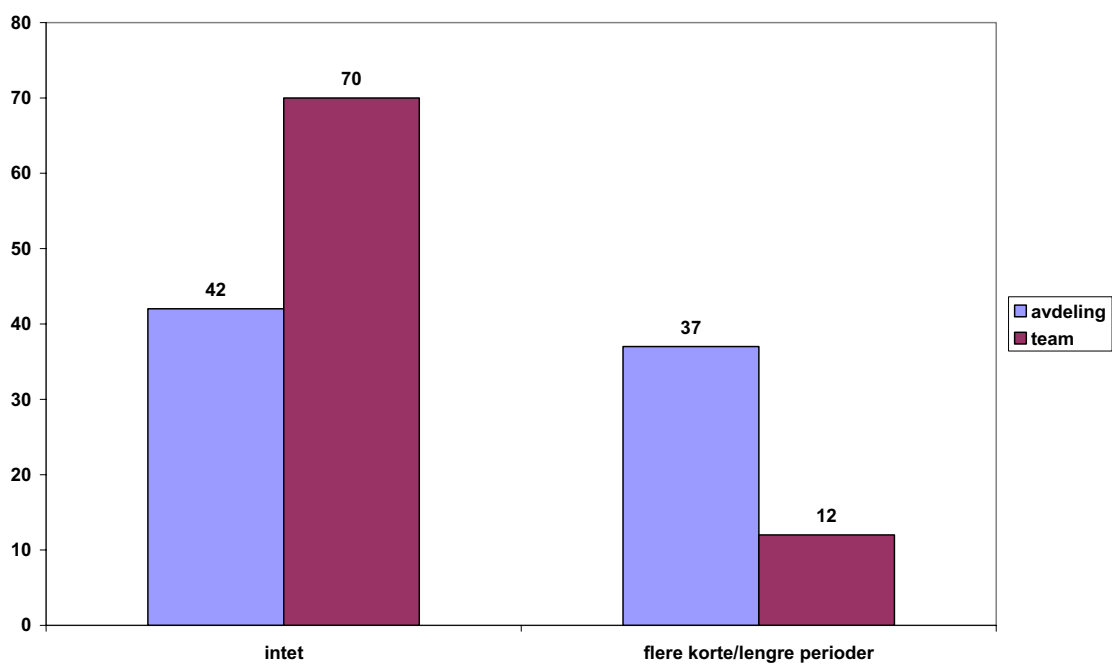
3.5 Tidligere behandling før henvisning

Det ble registrert hvor mye pasientene hadde mottatt av poliklinisk og døgnbasert psykiatribehandling i løpet av de siste 12 månedene (intet, en kortere periode, flere kortere perioder, lengre periode/r eller vedvarende). I løpet av de siste 12 månedene før inntak til akuttbehandling hadde en større andel av pasientene mottatt annen psykiatrisk behandling, enten ved andre døgnenheter eller ved poliklinikker. 53% av pasientene ved akuttavdelingene hadde mottatt poliklinisk behandling og 58% hadde mottatt annen døgnbehandling. Ved akutteamene var de tilsvarende tallene 42 og 30%. Flere pasienter ved akuttavdelinger hadde mottatt flere korte eller lengre behandlingsperioder ved både poliklinikker og døgnavdelinger (se figur 3.6 og 3.7).

Figur 3.6 Oversikt over poliklinisk behandling mottatt siste 12 måneder for pasienter behandlet ved akuttavdeling og akutteam (%).



Figur 3.7 Oversikt over psykiatrisk døgnbehandling mottatt siste 12 måneder for pasienter behandlet ved akuttavdeling og akutteam (%).



Det ble også registrert hvilken behandling eller annen form for oppfølging pasientene mottok de 3 siste månedene før akuttmottaket. Det ble ikke registrert hva innholdet i disse tilbudene var eller hvor mye kontakt de hadde. Som det fremgår av tabell 3.2 så hadde de fleste pasientene mottatt oppfølging av fastlegen eller primærlegen, psykiatrisk poliklinikk, eller kommunal psykiatritjeneste.

Tabell 3.2 Oppfølging siste 3 måneder før mottak (%).*

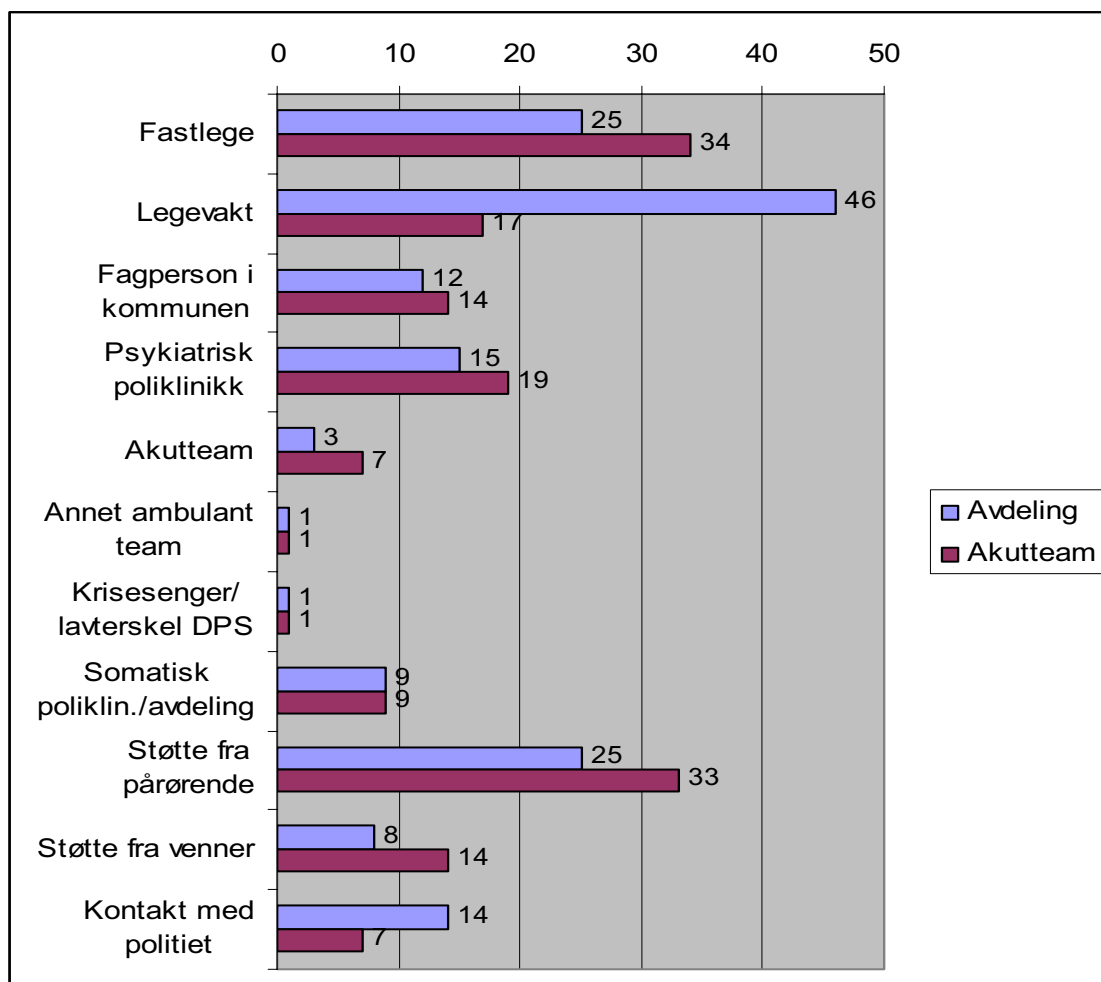
	Akuttavdeling	Akutteam
På venteliste psyk. poliklinikk	5	11
Behandling psyk. poliklinikk	36	24
Psyk. dagbehandling	10	5
Ambulant team DPS/sykehus	7	10
Rusbehandlingstiltak	9	5
Fastlege/primærlege	69	79
Psykiatrisk team/sykepl. i kommunen	31	23
Sosiale tjenester	19	20
Hjemmetjenester	14	10
Kommunalt dagtilbud	9	8

* Prosenttallene kan ikke summeres radvis da det var mulig å krysse av for flere kategorier.

I figur 3.8 er det angitt hvilken type kontakt og støtte pasientene hadde i løpet av de siste 48 timene før akuttmottaket. Her er det også tatt med støtte fra pårørende og venner. Det er naturlig at de fleste her vil oppgi kontakt med lege (fastlege eller legevakt) da dette behandling av spesialisthelsetjeneste fordrer legehenvising. Resultatene viste også at 67% av alle pasientene som ble mottatt ved akuttavdelingene hadde vært i kontakt med enten fastlegen/primærlegen og/eller legevakten. Det tilsvarende tallet for de som ble mottatt ved akutteamene var 47%. Forskjellen er forståelig i lys av at mange pasienter selv tar kontakt med akutteamene.

Nesten halvparten av de som ble innlagt på akuttavdeling hadde kontakt med legevakten rett forut for innleggelsen. Mange velger nok å kontakte legevakten i stedet for sin fastlege da sistnevnte er mindre tilgjengelig blant annet på grunn av fulle avtalebøker og at deres åpningstid kun er avgrenset til dagtid.

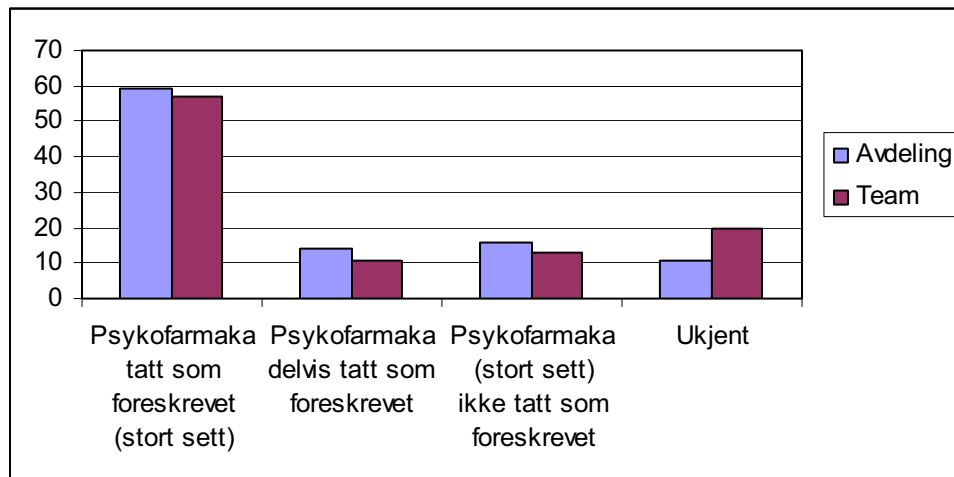
Figur 3.4 Kontakt og støtte siste 48 timer før mottak (%) *



* Prosenttallene kan ikke summeres radvis da det var mulig å krysse av for flere kategorier.

68% (N=1086) av pasientene som ble innlagt i akuttavdelinger og 63% (N=320) av pasientene mottatt ved akutteam hadde foreskrevet psykofarmaka. Av de som hadde foreskrevet psykofarmaka tok knapt 60% medisinen som foreskrevet ved innleggelsen/inntaket til akuttenehetene, mens 11-14 % tok den delvis som foreskrevet. Dette ble registrert utelukkende via behandlerens kjennskap til pasienten og i henhold til pasientenes egen vurdering. Det var ikke en vurdering som var begrunnet med resultater fra prøvetaking.

Figur 3.5 Hvordan pasienter som stod på psykofarmaka hadde tatt disse (prosent)



Dette gjaldt 2354 pasienter som innlagt avdelinger og 541 behandlet i akutteam.

3.6 Kunne innleggelse vært unngått?

Behandlere på akuttavdelinger ble spurt om det var trolig at innleggelsen kunne vært unngått dersom alternative tilbud hadde vært tilgjengelig. Det ble funnet at 762 innleggelse eller 22% av pasientene ble karakterisert som "innleggelse kunne vært unngått". Det var store forskjeller mellom de ulike akuttavdelingene med hensyn til prosentandelen som ble vurdert til å kunne ha vært unngått innlagt. Mens denne var høy i Molde (41%), Førde (35%) og Tromsø (32%), var den langt mindre i Haugesund (12%) og Gjøvik (17%). Disse "unødvendige innleggelsene" var karakterisert ved at de hadde signifikant kortere innleggelsestid ($t=5.39$, $df=3307$, $p<.000$) enn de øvrige, hadde signifikant mer somatiske plager/fysisk sykdom som målt på ledd 5 i HoNOS ($t=-2.56$, $df=3306$, $p<.001$), og signifikant mindre psykotiske symptomer ($t=4.1$, $df=3298$, $p<.000$). De var ikke forskjellige fra de øvrige med hensyn til andre andre HoNOS symptomgrupper, suicid eller rusproblematikk/rusdiagnose (alle $p>.01$).

Man kan kanskje si at pasienter som ble innlagt på døgnavdeling etter evaluering og behandling av akutteam, neppe kan karakteriseres som unødvendige innleggelse eller innleggelse som på annen måte kunne vært unngått. Blant pasientene som ble mottatt av akutteamene ble 189 pasienter (20%) innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling. Disse fordelte seg på ulike døgnavdelinger hvorav omtrent 40% ble innlagt i DPS (vanlig døgnavdeling og i lavterskelakuttenhet) og omtrent 40% på akuttavdeling på psykiatrisk sykehus, og omtrent 20% ble innlagt på annen døgnavdeling i sykehus. Det var betydelige forskjeller mellom de ulike akutteamene med hensyn til andelen pasienter som ble innlagt på døgnavdeling. Mens Jessheim og Grorud hadde reinnleggelsesprosent på henholdsvis 37 og 30%, hadde Follo og Skien akutteam henholdsvis 16 og 18%. Dette kan skyldes flere forhold, blant annet nærheten til og samarbeidet med den stedlige akuttavdeling, belegg og press på akuttavdelingene, den kliniske belastningen hos pasientene, bemanning og kompetanse ved akutteamene, eller deres arbeids- eller terapimodell (nettverksmodell, graden av ambulant arbeid, med mer).

De 189 pasientene som ble innlagt på døgnavdeling ble sammenlignet med pasienter i akutteam som ikke ble innlagt for å se nærmere på hva som karakteriserer pasienter som kanskje ikke kan mestres adekvat i akutteam. 13% av disse manglet hoveddiagnose under F-kapittelet (mange hadde Z-koder). Ellers hadde 44 (27%) av de som ble innlagt hoveddiagnose i gruppen F20-29, 62 (38%) hadde hoveddiagnose i gruppen F30-39, og 25 (15%) hadde diagnoser i gruppen F40-49 (angst/nevrotiske lidelser, med mer). De som ble innlagt ble sammenlignet statistisk med de som ikke ble innlagt med hensyn alder, kjønn, HoNOS skårer (Health of the Nation Outcome Scales), alkoholbruk (Alcohol Use Scale), narkotikabruk (Drug Use Scale), det å ha mer enn en oppgitt diagnose, å ha en rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose, GAF funksjon og GAF symptomskårer ved inntak, samt suicidfare. Det ble funnet at de som ble innlagt fra akutteamene skåret signifikant dårligere (alle $p < .01$) med hensyn til GAF symptomskåre og funksjonskåre, psykosesymptomer, selvskaide/suicidalitet, kognitive forstyrrelser/problemer, senket stemningsleie og 'andre psykiske plager' (typisk i F40-49 gruppen). Det var ingen forskjeller med hensyn til de øvrige variablene. Det var spesielt få av de som ble døgninnlagt i psykiatrien fra akutteamene som hadde en rusdiagnose som hoved- eller bidiagnose (7%). Dette tyder på at det ikke forventes at den tradisjonelle akutte døgnpsykiatrien i sykehus eller DPS er det rette behandlingsstedet for disse. Suicidfare ble skåret på en 7-delt skala: ingen suicidfare/planer, passive dødsønsker (ikke aktive suicidplaner), tanker om å ta sitt liv (ikke konkrete planer), konkrete suicidplaner, gjort villet egenskade med ingen/liten intensjon om å dø, gjort villet egenskade med stor/usikker intensjon om å dø. Kategorien 'gjort villet egenskade ...' ble slått sammen med konkrete 'suicidplaner' og 'gjort villet egenskade...'. Statistisk test viste at signifikant flere av de som ble døgninnlagt fra akutteam (31%) enn de som ikke ble innlagt (17%) hadde suicidplaner med 'gjort villet egenskade' (med og uten intensjon om å dø ($X^2=19,3$, $df=1$, $p=.000$)).

Det ble også undersøkt om de som ble innlagt fra akutteam atskilte seg på andre områder. Det ble også funnet at de hadde signifikant (alle $p < .01$) større problemer knyttet til boligforhold, andre personer rundt seg, problemer i dagliglivet generelt, samt problemer med yrke og aktiviteter, enn de som ikke ble innlagt. De synes altså både å være mer betydelig dårligere med hensyn til psykopatologi og med hensyn til psykososiale og fungeringsmessige forhold.

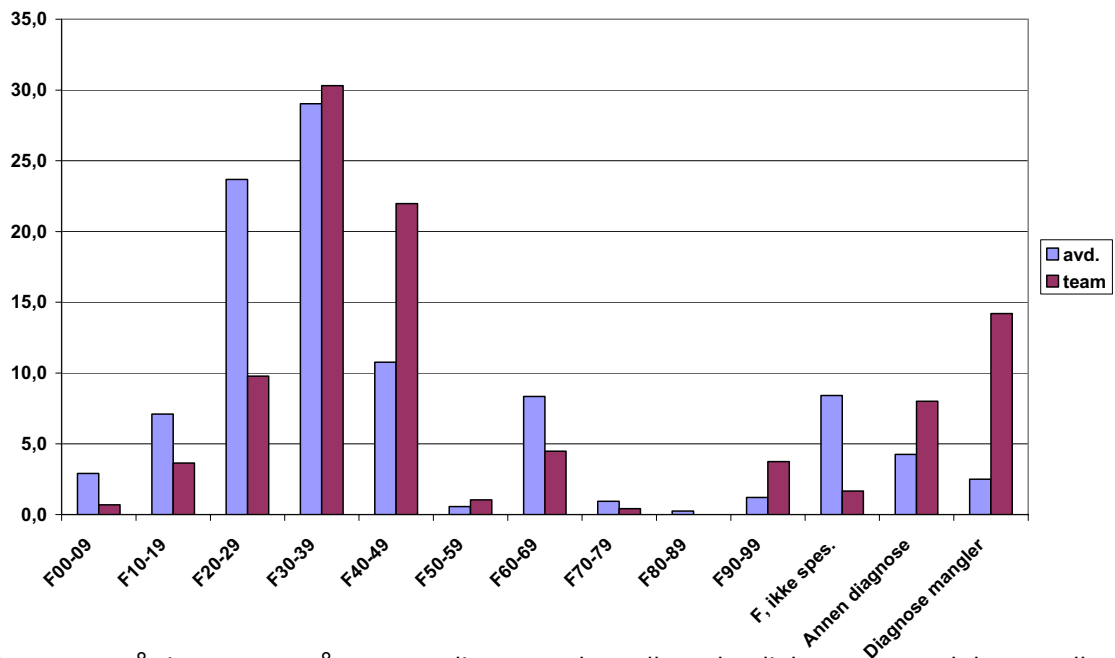
3.7 Diagnoser og alvorlighet av sykdom ved inntak

Det ble registrert hoveddiagnose, bidiagnose1 og bidiagnose 2 i henhold til ICD 10. I akuttavdelingene manglet det hoveddiagnose på 2,5% av pasientene og i akutteamene på 14.2. I sistnevnte var det også mer vanlig å benytte Z-kodene, spesielt Z3.2 (generell psykiatrisk observasjon) og Z3.2 (observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser). Til sammen hadde 64 pasienter (8% av alle i akutteam med oppgitt diagnose) disse to kodene. Pasienter med lengre behandlingskontakt i akutteamene hadde denne diagnosen sjeldnere.

Det var registrert en psykiatrisk diagnose på 93 % av pasientene ved avdelingene og 78 % av pasientene ved akutteamene. Henholdsvis 4 % og 8 % hadde fått en somatisk diagnose eller observasjonskode, og for henholdsvis 3 % og 14 % var det ikke registrert noen diagnose.

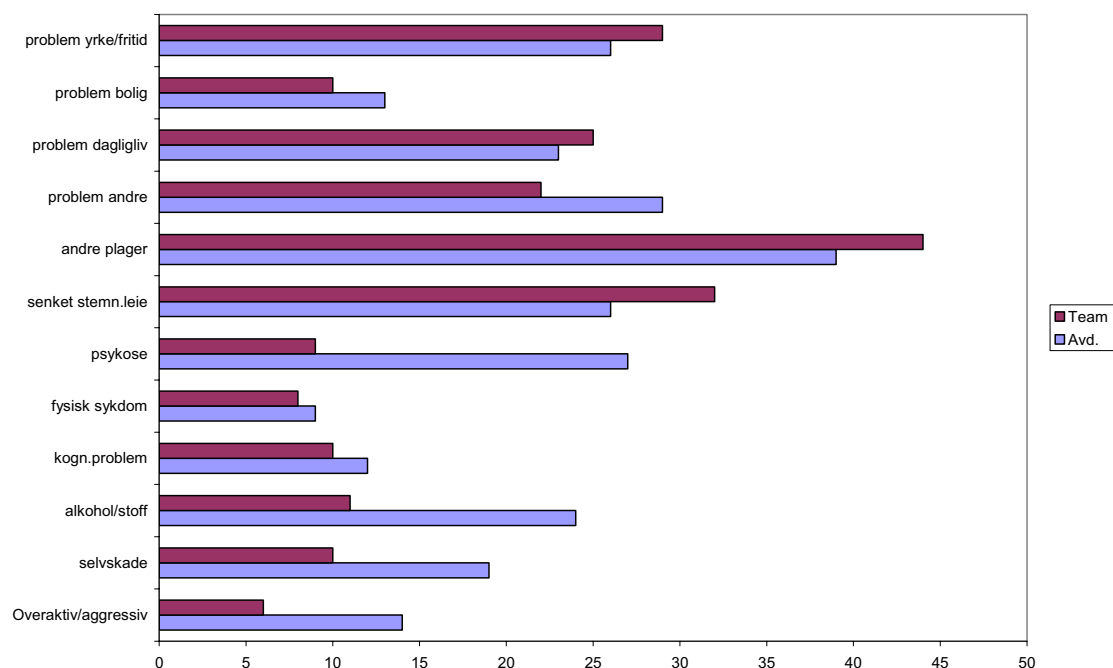
Som det går frem av figur 3.10 var det betydelig flere pasienter med psykotiske lidelser (F20-29) i akuttavdelingene enn i akutteamene (24 versus 10%), og det var betydelig flere pasienter med nevrotiske/angstlidelser med mer (F40-49) i akutteamene enn i akuttavdelingene (22 versus 10%). De var ellers nokså sammenlignbare med hensyn til stemningslidelser (ca 30%). I akutteamene var det oppgitt at 5% hadde personlighetsforstyrrelser mot 8% i akuttavdelingene.

Figur 3.6 Hoveddiagnoser fordelt på akuttavdelinger og akutteam (%)



Det er også interessant å sammenligne graden eller alvorligheten av sykdom mellom akuttavdelinger og akutteam som målt ved HoNOS. I figur 3.11 vises prosentandelen av pasientene i akuttavdelinger og akutteam som skåret moderat eller alvorlig på de 12 HoNOS leddene. Som vi ser så var psykose, alkohol/narkotika, selvskading og overaktivitet/aggresjon signifikant mer forekommende i akuttavdelinger (alle $p < .000$). Det var vanlig at de innlagte hadde mer alvorlige problemer knyttet til boligforhold ($p = .001$). I akutteamene var det signifikant ($p < .001$) flere pasienter som skåret moderat eller høyt på depresjon/senket stemningsleie enn i akuttavdelinger (32 versus 26%). Det HoNOS leddet som hadde målt flest pasienter med moderate eller alvorlige problemer, var "andre psykiske plager". Dette leddet måler hovedsakelig angstlidelser, spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, med mer. Hele 44% av pasientene i akutteam og 39% av pasientene i akuttavdeling hadde slik skåre på dette leddet. Det var ingen gruppeforskjeller med hensyn til skårer på psykososiale forhold som problemer knyttet til bolig, yrke, aktiviteter og dagligliv.

Figur 3.7 Prosentandelen pasienter i akuttavdeling og akutteam som skåret moderat eller alvorlig på HoNOS ved inntak

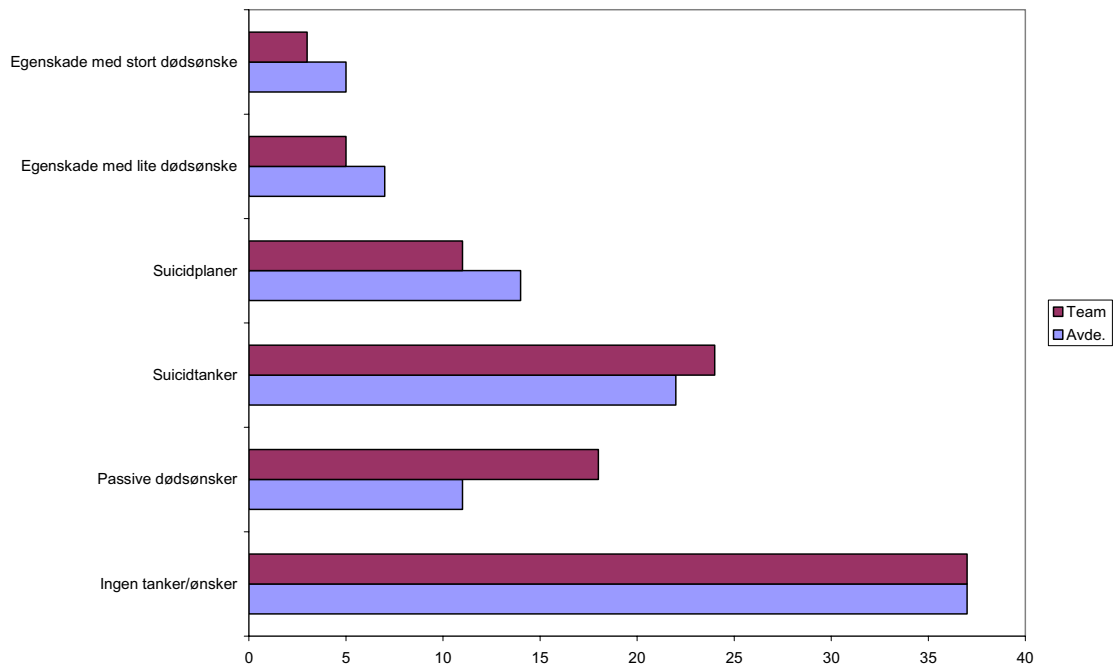


Det var også signifikant flere pasienter i akuttavdelingene enn i akutteamene som hadde en rusdiagnose i hoveddiagnose, bidiagnose 1 eller bidiagnose 2 (13 versus 6%) ($X^2=34.7$, $df=1$. $p<.000$). Alkohol og narkotikabruk ble i tillegg skåret på 5-delte skaler (fra intet til misbruk, avhengighet og avhengighet med hospitalisering). Ved å slå sammen kategoriene misbruk, avhengighet og avhengighet med institusjonalisering i samme kategori, fikk vi skilt ut de med kliniske rusproblemer. Det var signifikant flere pasienter i akuttavdelinger enn i akutteam som hadde slike kliniske problemer med alkohol (22 versus 11%) og narkotika (23 versus 12%) (alle $p<.000$).

Det ble i tillegg vurdert om det var mistanke om beruselse ifm innleggelsen/inntaket eller om pasienten var åpenbart beruset. Det var signifikant flere pasienter i akuttavdelinger enn i akutteam (21 versus 8%) som var mistenkt for å være beruset eller som var åpenbart beruset ved inntak ($X^2=81.4$, $df=1$. $p<.000$).

Fare for skade på seg selv er ofte en alvorlig indikasjon for akuttbehandling. En oversikt over suicidrisiko er vist i figur 3.12. Det var signifikant flere pasienter i akuttavdelinger som var alvorlig suicidale (dvs suicidplaner med villet egenskade (stort/lite dødsønske) i akuttavdelinger enn i akutteam (27 versus 20%) ($X^2=20.1$, $df=1$. $p<.000$).

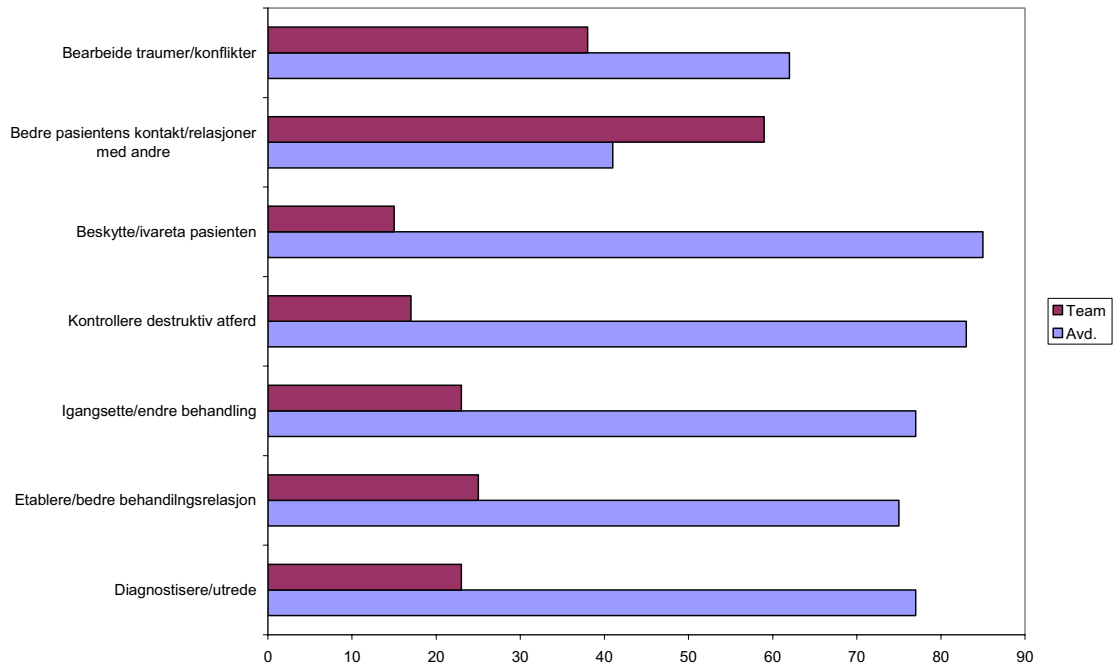
Figur 3.8 Diagram for selvmordsfare før innleggelsen og i avdelingen



3.8 Hovedgrunner for inntak/innleggelse

Det ble undersøkt hvilke hovedgrunner som var tilstede for inntaket i akuttavdelingen eller akutteamet. Som det fremgår av figur 3.13 så var spørsmålskategoriene mer knyttet til bruken av akuttinnleggelse enn poliklinisk akuttbehandling. Det var mest vanlig å søke å gjennomføre diagnostikk og utredning, etablere/bedre behandlingsrelasjon, få kontroll over destruktiv atferd mot seg selv eller andre, ivareta/beskytte pasienten og bearbeide traumer i akuttavdelinger enn i akutteam. Det var også viktig å bearbeide traumer/konflikter samt å bedre pasientens kontakt /relasjon med andre for akutteamene.

Figur 3.9 Hovedgrunner til innleggelse/mottak i akuttavdelinger og akutteam (%).



4 Tiltak og behandlingsforløp

4.1 Oppsummering om tiltak og behandlingsforløp

Undersøkelse og utredning av pasientenes tilstand og situasjon er en av de sentrale oppgavene for akuttpsykiatriske avdelinger og team. Men utredning i akuttavdelinger og akutteam er også viktig fordi dette for en del pasienter er den eneste kontakten de har med psykisk helsevern som spesialisthelsetjeneste før de får videre oppfølging fra primærhelsetjenesten.

Det er både forskjeller og likheter mellom mønstrene for utredning i avdelinger og team. Begge steder brukes det ikke så ofte strukturerte diagnostiske intervjuer, mens systematisk kartlegging av livssituasjon og sosialt nettverk gjøres for nær halvparten av pasientene ved begge typer enheter. Blodprøver og andre laboratorieprøver tas av de fleste pasientene i avdelinger, men av ganske få av de pasientene som akutteamene ser. En del av denne forskjellen kan skyldes større fokus på biologiske eller medisinske forhold i avdelinger enn i team, men en del kan også skyldes at fastlegen har tatt eller tar blodprøver av en del pasienter som har kontakt med både fastlege og akutteam

En god del pasienter har ikke hatt samtale med lege eller psykolog, og i avdelinger kan dette ha sammenheng med en del korte opphold. Familie- og nettverkssamtaler brukes mer i akutteam enn i avdelinger, selv om det også brukes en del mer i akuttavdelinger enn i inntaksavdelinger. Kontakt med familie og/eller nettverk er den hyppigste form for møter av dem som er registrert. Det er generelt minst møter ved inntaksavdelingene, der en har mindre tid til å innkalle andre utenfra. Samtalegrupper brukes primært ved akuttavdelinger. Det er primært i akuttavdelinger en har aktivitets- og treningsopplegg individuelt eller i gruppe, for der har en pasientene over i hvert fall en del dager. Bruk av psykofarmaka og monitorering av psykofarmaka er i bruk for de fleste pasientene på akuttavdelinger.

Relativt få pasienter har vært med på behandlingsmøter om deres behandling i akuttavdelinger og akutteam, og dette er et område der det er ønskelig med en klar økning.

Det er skjerming som brukes mest når det gjelder tvang, og det har vært brukt for hver femte pasient i akuttavdelinger og omtrent hver sjuende i inntaksavdelinger. Belte er brukt for fire prosent. Politiet har deltatt også i forbindelse med behandling ved akutteam

Omtrent to prosent gjør selvmordsforsøk under akuttbehandlingen, mens rundt fem prosent gjør selvskading uten at dette oppfattes av behandlerne som selvmordsforsøk. Fysisk angrep på andre var like hyppig som selvskading, og det forekommer også blant pasienter som akutteamene har, selv om det er noe mer sjelden der. Av de som hadde gått til angrep på andre hadde nær tre av fire fått vedtak om tvangsinnleggelse. Som diagnose hadde de schizofreni, mani, rusdiagnose, personlighetsforstyrrelse eller psykisk utviklingshemming.

I akuttavdelingene og inntaksavdelingene mener en at hver femte pasient ikke har behov for individuell plan, mens en mener at mer en halvparten har behov og er usikker på 20-30 %. Bare en tredel av pasientene til akutteamene blir vurdert til å ha behov for individuell plan, men også teamene er usikker på omtrent en av fire.

Akuttavdelingene og akutteamene har relativt likt mønster når det gjelder henvisning videre, der de fleste pasientene utskrives til oppfølging ved fastlegen og andre deler av de kommunale helse- og sosialtjenester. Men omtrent en av tre pasienter fra disse enhetene skal ha oppfølging ved psykiatrisk poliklinikk, og en del av dette skal være parallelt med oppfølging hos fastlegen. Akuttavdelingene overflytter vel en firedel av pasientene til andre døgnavdelinger ved DPS eller sykehus. Utskrivningsmønsteret for inntaksavdelingene er annerledes siden deres funksjon er å vurdere pasienter og så henvise dem videre innen eller noen få dager. Omtrent 60 % av pasientene ved inntaksavdelingene blir overflyttet til andre døgnavdelinger i DPS eller sykehus, mens resten skrives ut til oppfølging i hovedsak ved fastlegen og/eller psykiatrisk poliklinikk.

Omtrent fire av fem pasienter ble skrevet ut på det tidspunktet som var planlagt. Bare 3-4 % ble utskrevet for å frigjøre plass til nye pasienter, men ved inntaksavdelinger og akutteam ble omtrent 20 % utskrevet tidligere enn planlagt av andre grunner. Rundt 5 % ble utskrevet seinere enn planlagt fordi de ventet på tilbud, og noen få ble utskrevet seinere av andre grunner. De som ble skrevet ut tidligere enn planlagt var altså flere enn de som ble skrevet ut seinere enn planlagt. Det var tre pasienter som tok livet sitt under akutt behandlingen, og fem som døde på annen måte.

Det hyppigste tiltaket for henvisning videre er telefonkontakt, dernest oversendelse av henvisingsbrev. Men det som har vist seg å bety mest for at pasienter som skrives ut fra akuttavdelinger ikke skal droppe ut før de får begynt i videre behandling ved poliklinikker, er at de har fått møte dem de skal begynne å ha kontakt med, og helst at denne kontakten har kommet i gang. Denne type tiltak ble bare gjort for en mindre del av pasientene. Dette er lettest å få til når pasienten skal overføres til en annen avdeling i nærheten, men viktigst å få til om pasienten skal utskrives og begynne i poliklinisk behandling et annet sted.

4.2 Registrering av tiltak og behandlingsforløp

En del av registreringskjemaet som skulle fylles ut under og ved slutten av behandlingen, gjaldt hva som ble gjennomført at utredning og behandlingstiltak. Noen av behandlingstiltakene ble registrert med angivelse av hyppighet, mens det for andre bare ble krysset av om de hadde vært gjort. Se registreringskjemaet i vedlegg.

Dette er ut fra vår egen vurdering undersøkelsens svakeste punkt. Vi får fanget opp en del behandlingsaktiviteter som f.eks. kontakt med pasienten, men vi har begrenset mulighet til å måle det mer kvalitative innholdet i denne kontakten. Dette kan være et viktig punkt å prioritere i videre forskning på akuttpsykiatriske tilbud. Men hensikten med spørreskjemaet til personalet om behandlingspraksis (se kapittel 2) er delvis å forsøke å fange opp mer kvalitative elementer som synspunkter og holdninger blant behandlerne.

I dette kapitlet vil vi i hovedsak skille mellom akuttavdelinger, inntaksavdelinger og akutteam i analyser og sammenstilling av resultater. Med akuttavdelinger mener vi avdelinger som har pasienten under hele akutt oppholdet, ofte med en overflytting underveis fra en akuttpost som stadig tar i mot nye pasienter til en subakuttpost som tar over pasientene fra akuttposten og gi dem mer tid før de skrives ut. Med inntakspost mener vi en akutenhet som tar i mot alle pasienter i området som blir innlagt akutt, utreder dem raskt for å ta stilling til hva slags post de eventuelt bør være på ut fra hva slags tilbud de trenger. Disse postene har pasientene fra en til noen få dager. Siden inntaksavdelinger bare har noen av de funksjonene som en akuttavdeling har, er det naturlig å skille mellom disse i dette kapitlet som dreier seg om behandlingstiltak utover de første dagene. Men dette var ikke så nødvendig i det forrige kapitlet, siden inntaksfunksjonene vil være mye de samme.

4.3 Utredning

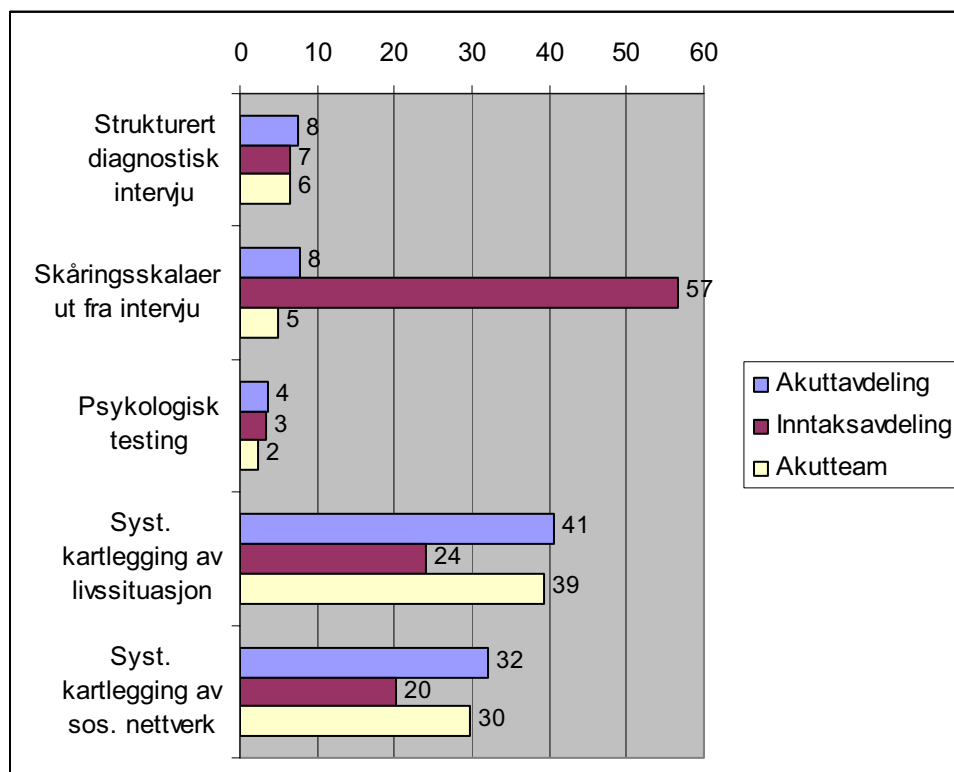
Undersøkelse og utredning av pasientenes tilstand og situasjon er en av de sentrale oppgavene for akuttpsykiatriske avdelinger og team. Det er viktig fordi beslutninger om behandling og andre tiltak tas på grunnlag av det en finner ved utredning. Ved akutte tilstander er det dessuten viktig at utredning kan gjøres raskt, fordi en ikke kan vente med å ta stilling til hva en skal gjøre når det gjelder behandling.

Men utredning i akuttavdelinger og akutteam er også viktig fordi dette for en del pasienter er den eneste kontakten de har med psykisk helsevern som spesialisthelsetjeneste før de får videre oppfølging fra primærhelsetjenesten. Også dersom videre oppfølging og behandling skjer ved andre deler av psykisk helsevern, vil ofte utredningen i den akutte fase være et viktig utgangspunkt for videre behandling.

Omfanget av utredning vil også påvirkes av om pasienten er kjent fra før ved avdelingen eller av andre deler av helsetjenesten som har gitt opplysninger om pasienten. Samtidig kan det å kjenne pasienten fra før også innebære en fare for at en ikke undersøker grundig nok, og dermed kanskje overser forhold som har endret seg fra tidligere.

Figuren nedenfor viser andelen av pasienter ved akuttavdelinger og akutteam som fikk utredning av ulike slag som kunne registreres i multisenterstudien.

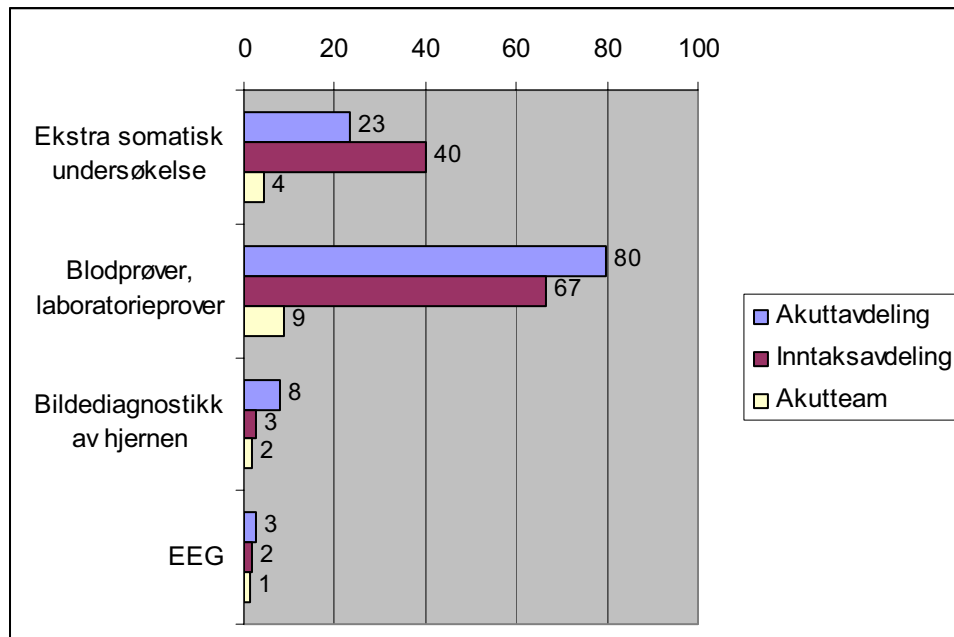
Figur 4.1 Andel pasienter (prosent) med ulike typer utredning i avdelinger og team



Figuren ovenfor viser strukturerte diagnostiske intervjuer, kliniske skåringskalaer og psykologisk testing brukes lite i alle typer enheter, med unntak av bruk av skåringskalaer i inntaksavdelinger.

Men systematisk kartlegging av livssituasjon og sosialt nettverk brukes mye mer (selv om det også er mulig at en ulike steder fylte ut disse to ut fra litt forskjellig oppfatning av hva en legger i dette). Det er høyest andel pasienter med slik utredning ved akuttavdelinger og akutteam der en har mer tid til rådighet enn ved inntaksavdelinger, der en må prioritere utredning av pasientens tilstand.

Figur 4.2 Andel pasienter (prosent) med biologiske utredningsformer



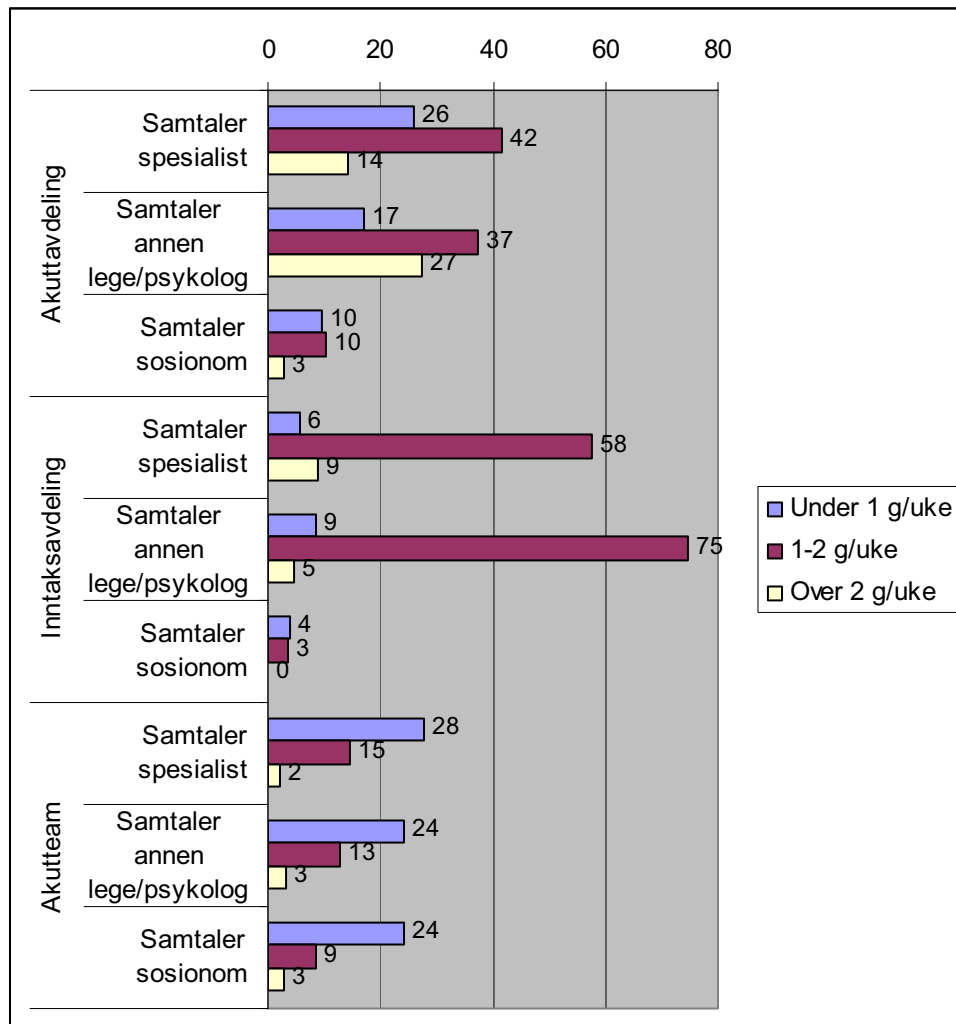
Det er både forskjeller og likheter mellom mønstrene for utredning i avdelinger og team. Begge steder brukes det ikke så ofte strukturerte diagnostiske intervjuer, mens systematisk kartlegging av livssituasjon og sosialt nettverk gjøres for nær halvparten av pasientene ved begge typer enheter. Blodprøver og andre laboratorieprøver tas av de fleste pasientene i avdelinger, men av ganske få av de pasientene som akutteamene ser. En del av denne forskjellen kan skyldes større fokus på biologiske eller medisinske forhold i avdelinger enn i team, men en del kan også skyldes at fastlegen har tatt eller tar blodprøver av en del pasienter som har kontakt med både fastlege og akutteam. Det er også krysset av for at noen pasienter (1-2 prosent) motsatte seg utredning, og dette gjaldt særlig somatiske undersøkelser og blodprøver.

Av strukturerte diagnostiske intervjuer er det primært MINI og SCID-II som brukes, men også noe SCID-I. Av skåringsskalaer er det primært PANSS som brukes, etterfulgt av BPRS. Men alt dette gjelder bare en liten avdel av pasientene.

4.4 Behandlingstiltak

Det er registrert ulike former for behandling pasientene har fått ved registrering av hyppighet av samtaler og andre aktiviteter eller tiltak. Dette underkapitlet redegjør for mønstrene i dette og forskjeller mellom ulike typer akuttilbud.

Figur 4.3 Andel pasienter (prosent) med samtaler med lege, psykolog eller sosionom



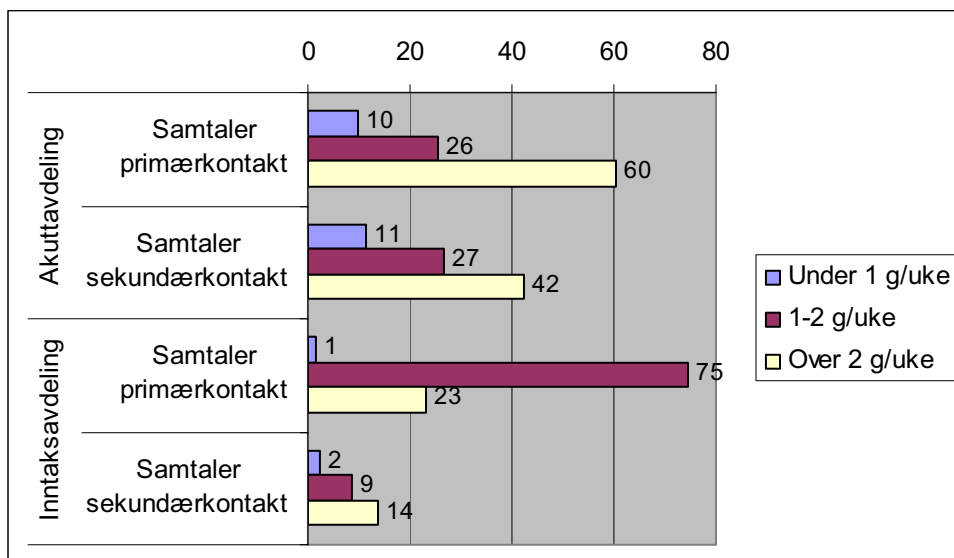
I figuren ovenfor har vi for oversiktens skyld utelatt dem som ikke hadde samtaler. Summen av søylene for hvert punkt er dermed andelen av pasienter som fikk dette tilbudet i et eller annet omfang.

En god del pasienter har ikke hatt samtale med lege eller psykolog, og i avdelinger kan dette ha sammenheng med en del korte opphold. Men det er også en del akutteam der mange av pasientene ikke treffer lege eller psykolog, siden disse trekkes inn der det er mest behov for deres kompetanse.

Figuren viser omtrent samme mønster for lege og psykolog ved alle tre typene enheter. Samtalehyppigheten er generell størst ved avdelinger med høyest søyler for samtale 1-2 ganger i uka, samt at det ved akuttavdelinger er en del som har samtaler også oftere enn to ganger i uka. Akutteamene synes å ha en overvekt av pasienter der en har samtale sjeldnere enn en gang i uka, noe som kan virke overraskende.

For samtaler med spesialist og med annen lege/psykolog er det signifikante forskjeller mellom akutteam og avdelinger, men ikke mellom de to typene avdelinger. For samtale med sosionom er det signifikante forskjeller mellom alle tre typer enheter.

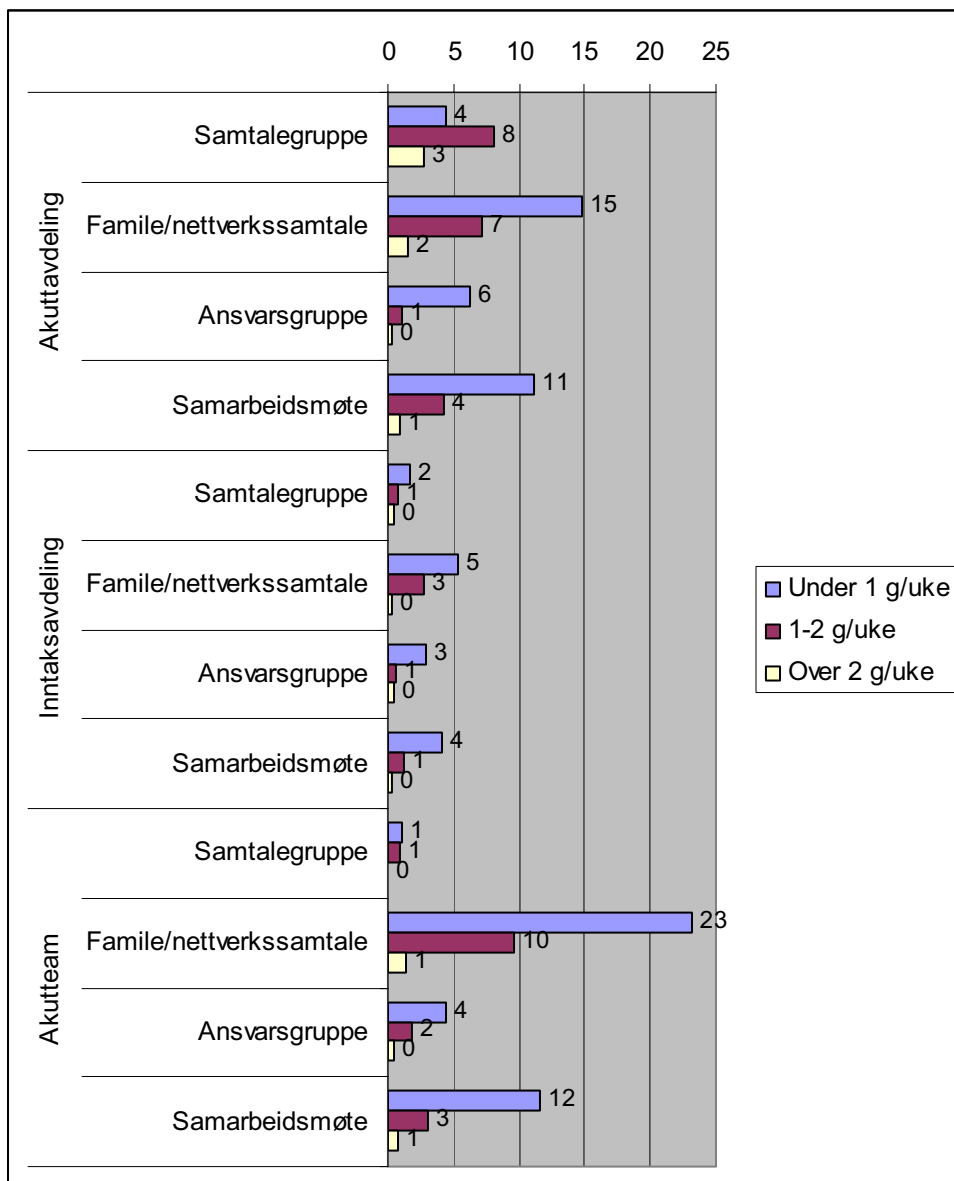
Figur 4.4 Andel pasienter (prosent) med samtaler med primær/sekundærkontakt i miljøpersonalet



Figuren ovenfor viser mønstrene for samtaler med primær- og sekundærkontakt i miljøpersonalet, som er nøkkelpersoner for kontakten med pasienten i døgnavdelinger. Det er ikke data om dette for akutteam fordi dette var utelatt i deres registrerings skjema fordi de ikke har denne funksjonen.

Slike samtaler er hyppigst i akuttavdelingen og hyppigere for primærkontakter enn for sekundærkontakter. I inntaksavdelinger er det lavere hyppighet, trolig delvis fordi pasienten er kortere tid. Men om vi sammenholder denne figuren med den forrige, ser vi også at leger og psykologer har like hyppig eller hyppigere samtaler med pasienten sammenlignet med primærkontakten i inntaksavdelinger, noe som trolig skyldes større tilgang på lege/psykolog og den rolle disse har i utredningen under de korte opphold pasienten har.

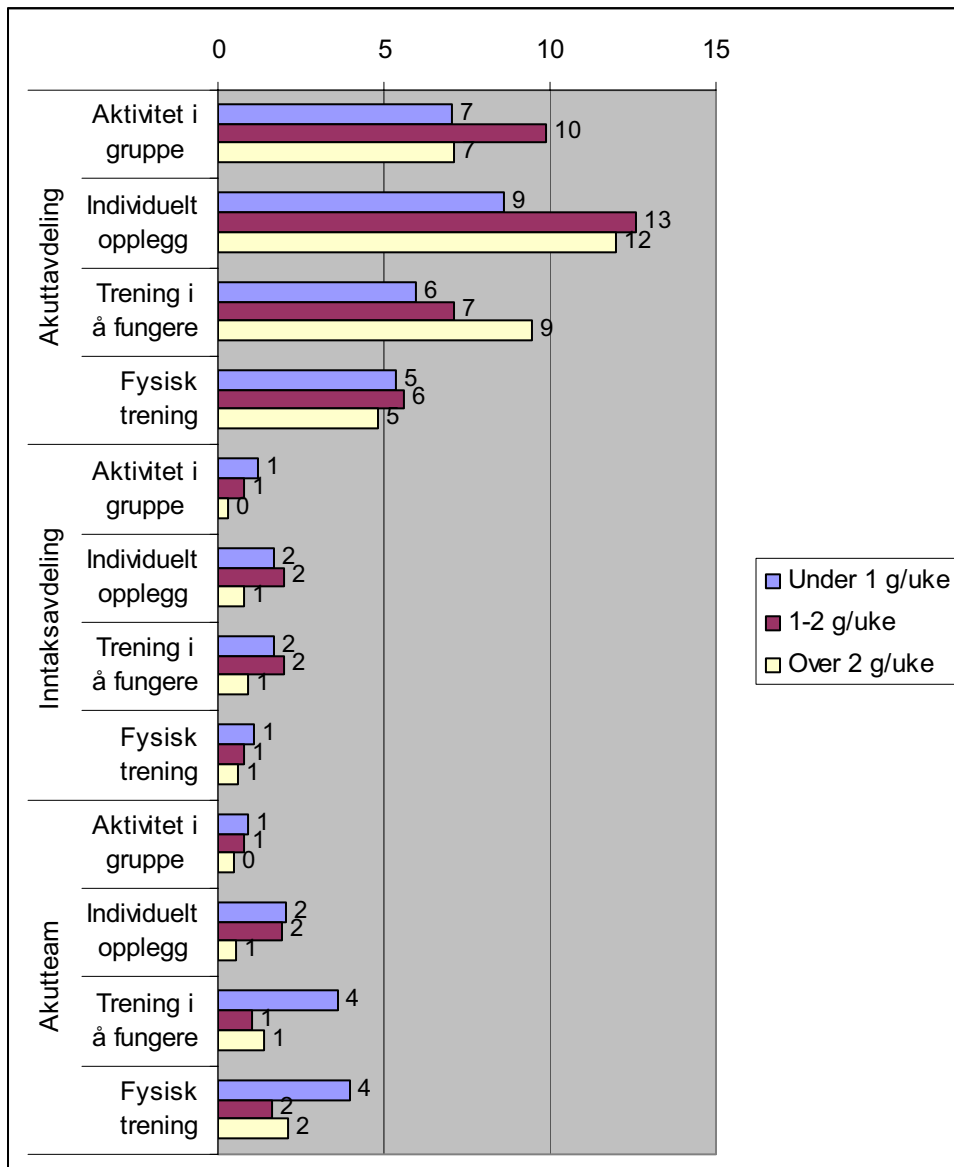
Figur 4.5 Andel pasienter (prosent) der det var møter med andre



Det mest fremtredende i figuren ovenfor er at familie- og nettverkssamtaler brukes mer i akutteam enn i avdelinger, selv om det også brukes en del mer i akuttavdelinger enn i inntaksavdelinger. Kontakt med familie og/eller nettverk er den hyppigste form for møter av dem som er registrert. Det er generelt minst møter ved inntaksavdelingene, der en har mindre tid til å innkalle andre utenfra. Samtalegrupper brukes primært ved akuttavdelinger.

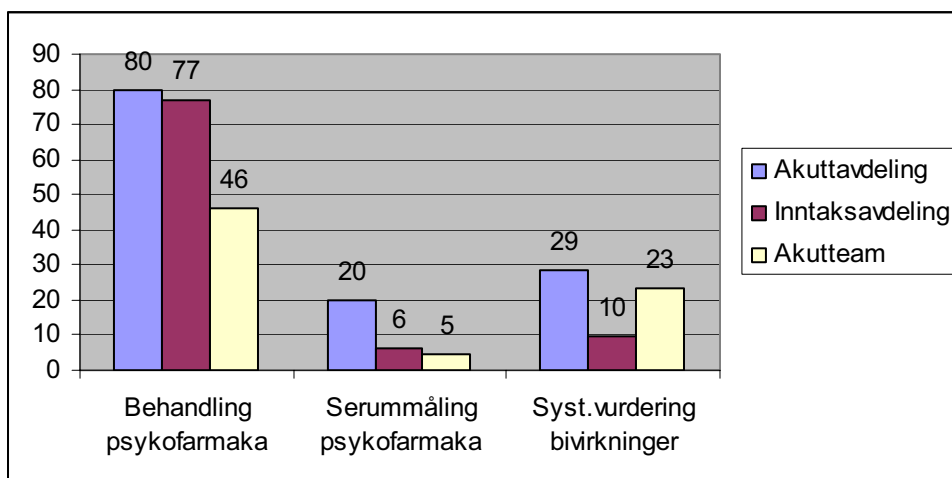
Figuren viser også at det samlet sett er få pasienter som er med på samtaler eller møter med noen utenfra, og en kan spørre seg om dette burde brukes mer.

Figur 4.6 Andel pasienter med ulike aktivitetsopplegg individuelt eller i gruppe



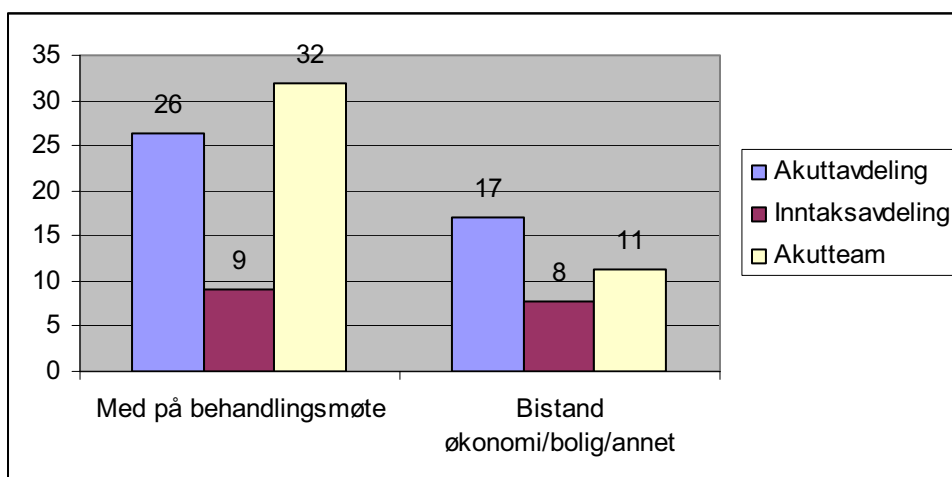
Denne figuren viser tydelige forskjellige mønstre for akuttavdelinger, inntaksavdelinger og akutteam. Det er primært i akuttavdelinger en har aktivitets- og treningsopplegg individuelt eller i gruppe, for der har en pasientene over i hvert fall en del dager. Dette gjelder alle typene aktivitetsopplegg en kunne registrere. Inntaksavdelingene driver primært utredning og ikke behandling, og akutteamene har mindre hyppige opplegg og for færre pasienter. Dette er et av de områdene der det er tydeligst forskjell mellom ulike typer enheter.

Figur 4.7 Andel pasienter (prosent) med monitorering av psykofarmaka



Bruk av psykofarmaka og monitorering av psykofarmaka er i bruk for de fleste pasientene på akuttavdelinger, men for få på inntaksavdelinger, der det var overraskende lite fokus på monitorering av medisiner. Systematisk vurdering av bivirkninger gjøres også en del av akutteam

Figur 4.8 Andel pasienter (prosent) med andre tiltak under behandlingen



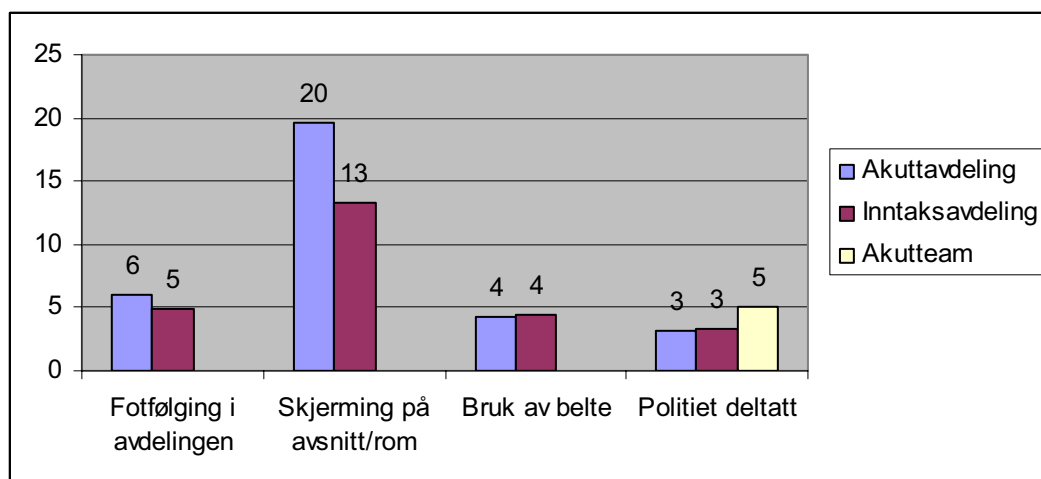
Relativt få pasienter har vært med på behandlingsmøter om deres behandling i akuttavdelinger og akutteam, og dette er kanskje et område der det kunne være ønskelig med en klar økning.

Mer praktisk bistand var mer jevn fordelt ved de tre typene akutteneheter.

4.5 Bruk av tvang under oppholdet

For de formene for tvang som er vist i figuren nedenfor, ble det ikke registrert hyppighet eller varighet, men bare om det hadde vært brukt ovenfor denne pasienten. Vi kan derfor ikke vurdere omfang overfor den enkelte, men bare andel av pasientene der en har brukt tvang.

Figur 4.9 Andel pasienter (prosent) der det er brukt tvang under akuttbehandlingen



Det er skjerming som brukes mest, og det har vært brukt for hver femte pasient i akuttavdelinger og omtrent hver sjuende i inntaksavdelinger. Belte er brukt for fire prosent. Politiet har deltatt også i forbindelse med behandling ved akutteam. Det er signifikant forskjell mellom avdelingstyper når det gjelder skjerming ($p < 0,001$, chi-kvadrat-test), men ikke signifikante forskjeller for de andre formene for bruk av tvang.

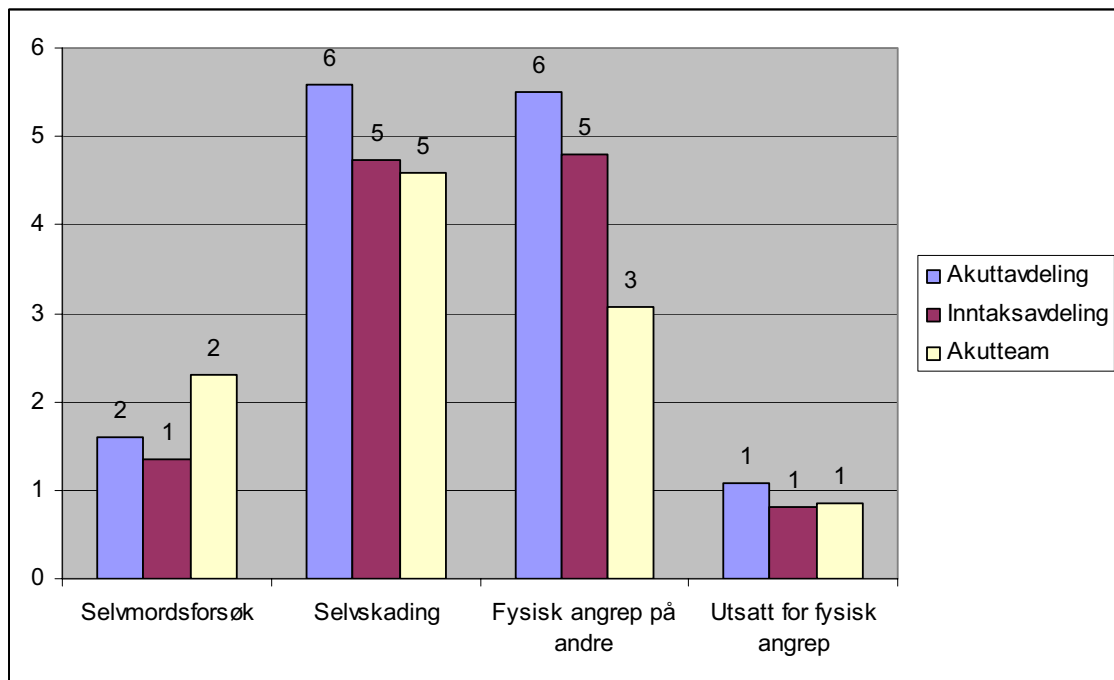
Når det gjelder bruk av skjerming, som er det som er hyppigst av tvangsbruk, er det en del variasjon mellom avdelinger i antallet pasienter de har skjermet.

4.6 Selvskading og vold under oppholdet

Det er blitt registrert om pasientene under opphold eller akuttbehandling har forsøkt å ta livet sitt eller skade seg selv, eller om de har gått til fysisk angrep på andre eller blitt utsatt for fysisk angrep. Omfanget av dette vises i figuren nedenfor. Det ble ikke registrert noe om det har skjedd flere ganger, alvorlighetsgrad eller konsekvenser i form av f eks skade, bare om det hadde skjedd eller ikke.

Alle disse typene hendelser fantes ved alle typer akutttilbud, men med noe ulik hyppighet.

Figur 4.10 Andel pasienter (prosent) der det har vært selvskading eller fysiske angrep under behandlingen



Omtrent to prosent gjør selvmordsforsøk under akuttbehandlingen, mens rundt fem prosent gjør selvskading uten at dette oppfattes av behandlerne som selvmordsforsøk. Det var ikke signifikante forskjeller for selvmordsforsøk eller selvskading. Men det var signifikant forskjell for fysisk angrep på andre ($p < 0,01$) og om en har vært utsatt for fysisk angrep fra andre ($p < 0,001$). Fysisk angrep på andre var altså like hyppig som selvskading, og det forekommer også blant pasienter som akutteamene har, selv om det er noe mer sjelden der.

Av de 214 som hadde gått til angrep på andre hadde 144 fått vedtak om tvangsinnleggelse, mens 54 var frivillig innlagt. Når det gjaldt diagnose hadde 70 schizofreni, 47 affektiv lidelse (mani), 26 rusdiagnose, 19 personlighetsforstyrrelse og 12 psykisk utviklingshemming.

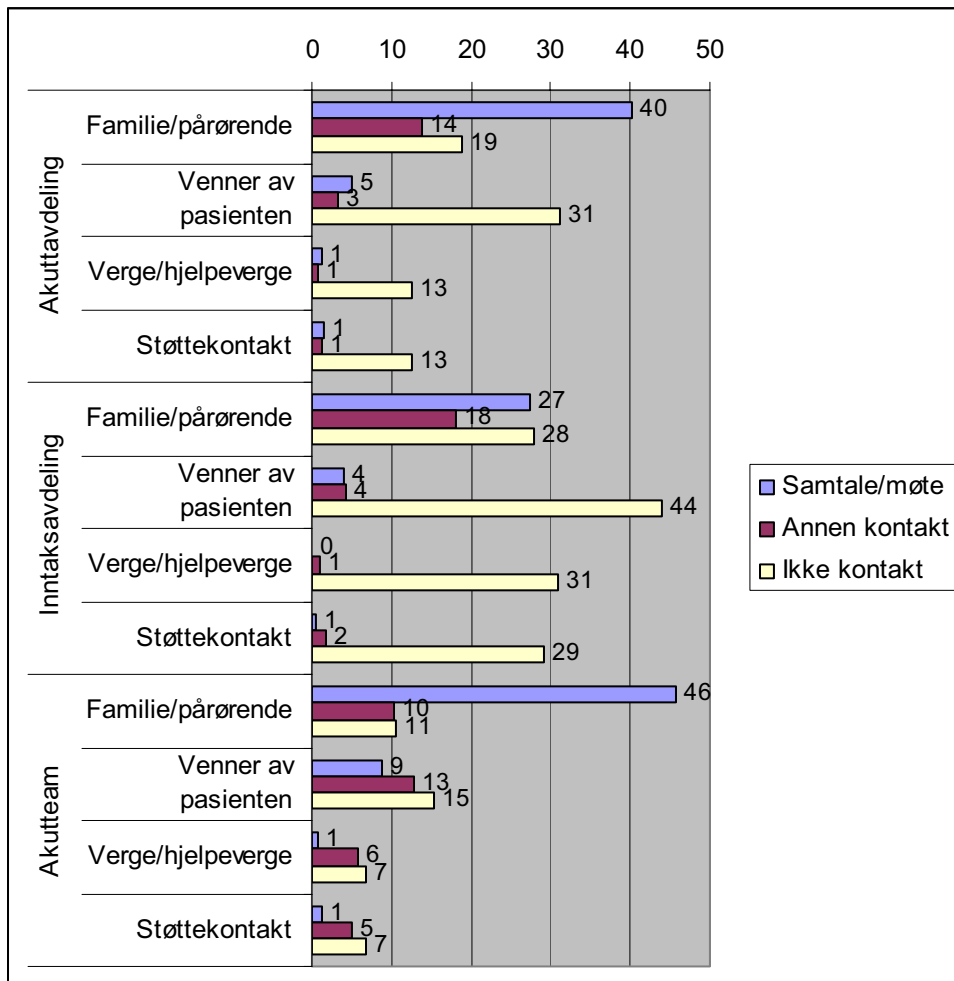
4.7 Koordinering og samarbeid med andre tjenester

Figurene på de følgende sidene viser hvor stor andel av pasientene der teamet under oppholdet eller behandlingen har hatt kontakt med ulike personer eller instanser utenfor avdelingen eller teamet. Det var mulig å krysse av for samtale/møte og annen form for kontakt, som vanligvis vil være telefonsamtale.

For oversiktens skyld har vi ikke tatt med i figuren der det var krysset av i en rute for "ikke aktuelt". Prosentene som er angitt på figurene gjelder av alle pasienter, ikke av dem hvor det ikke var krysset for "ikke aktuelt". Ved videre analyser der en bruker disse variablene må vi også ta hensyn til dette.

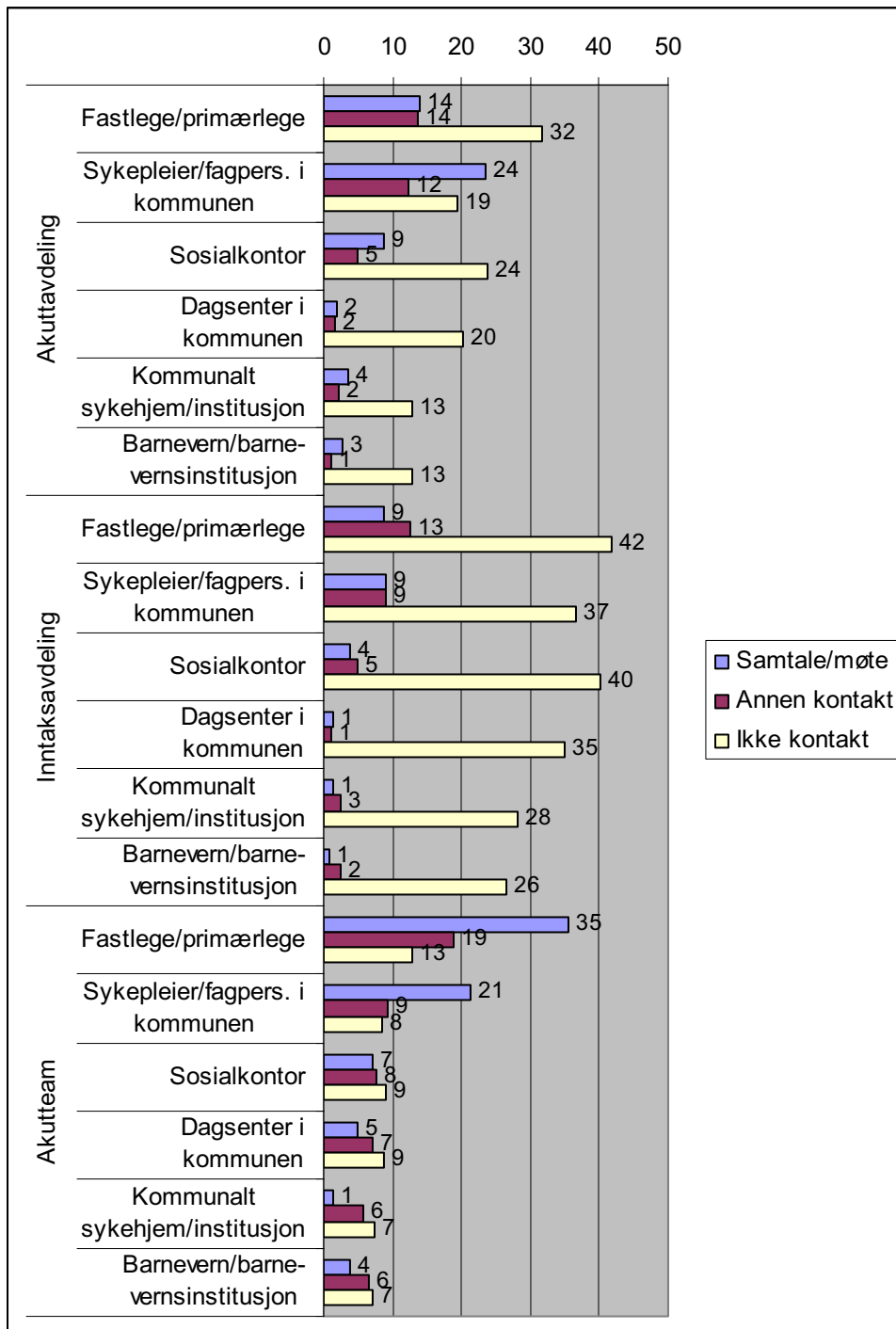
Når vi har tatt med så omfattende figurer på de neste sidene, er det også for at disse kan være et referansemateriale for avdelinger og team som skal analysere sine egne data og vurdere omfanget av kontakt med ulike instanser og personer vedrørende pasientene sine.

Figur 4.11 Andel pasienter (prosent) der teamet hadde kontakt med familie eller nettverk



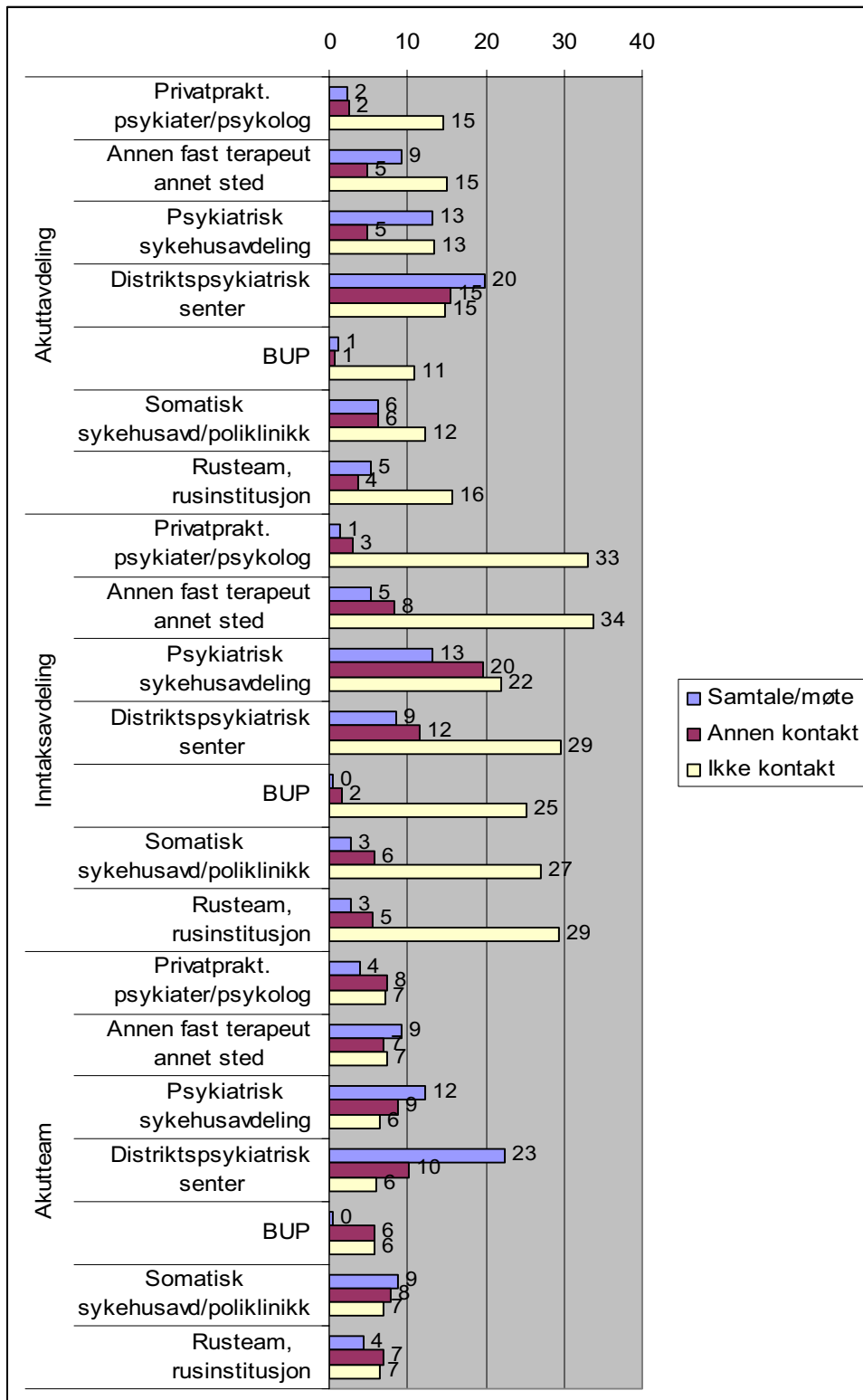
Innen de kategoriene som er listet opp her, er det familie/pårørende en har hatt mest kontakt med. Men særlig akutteamene har også hatt en del kontakt med venner eller andre i nettverket. En del av pasientene har også verge/hjelpeverge eller støttekontakt.

Figur 4.12 Andel pasienter (prosent) der det har vært kontakt med kommunale tjenester



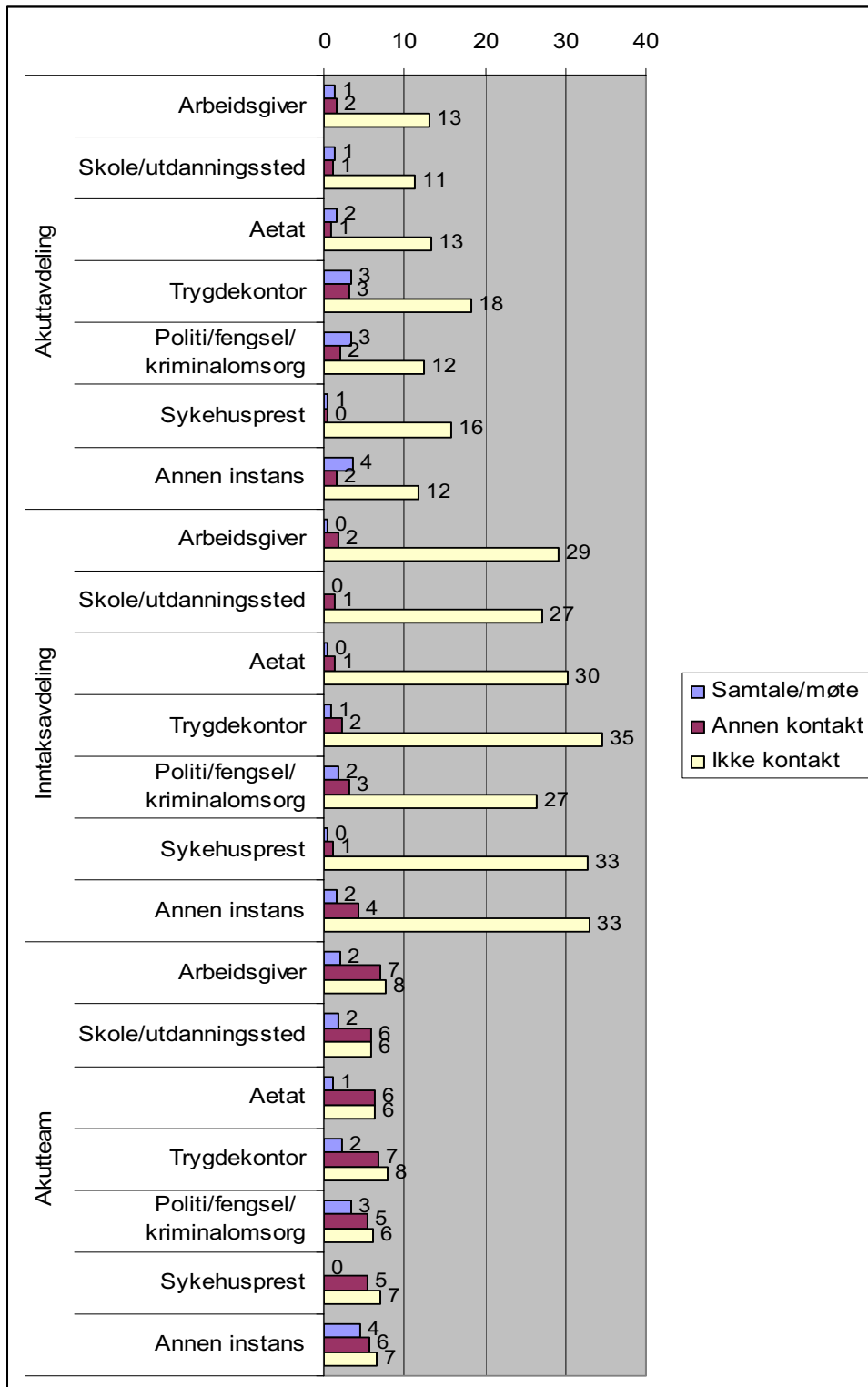
Figuren ovenfor viser at akutteamene har mer kontakt med primærhelsetjenesten og andre kommunale tjenester enn døgnavdelingene har. Dette er trolig fordi pasientene fortsatt er utenfor institusjon og derfor bruker eller er potensiell bruker av slike tjenester.

Figur 4.13 Andel pasienter (prosent) der det har vært kontakt med spesialisthelsetjenester



Fordelingen på kontakt med andre spesialisthelsetjenester er mer lik for de tre typene akutttilbud, men fortsatt med noen mindre forskjeller som trolig er knyttet til både funksjon og plass i systemet.

Figur 4.14 Andel pasienter (prosent) der det har vært kontakt med andre instanser

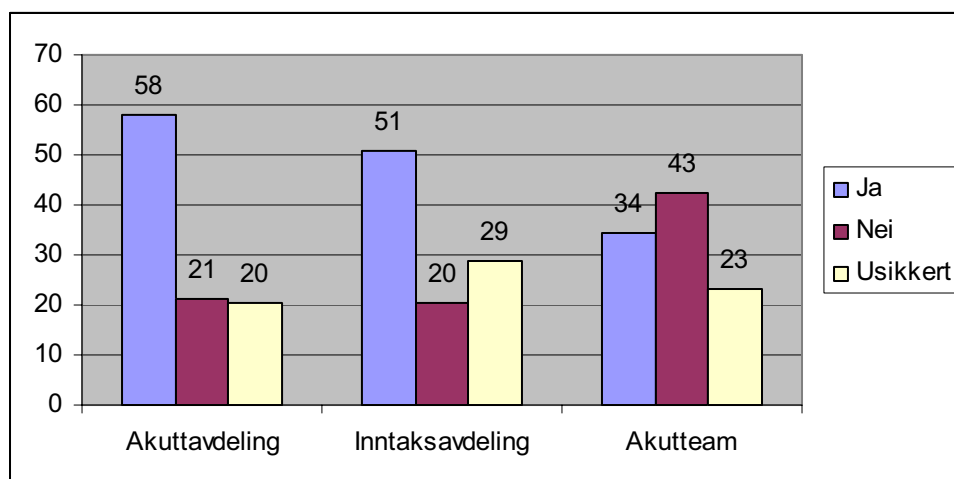


Det som preger figuren ovenfor sammenlignet med de foregående er vel at det generelt er kontakt om på pasienter. Akutteamene har også her jevnt over mer kontakt med disse instansene, som vel også kan ha noe å gjøre med at deres pasienter er utenfor institusjon.

4.8 Koordinering og individuell plan

Figuren nedenfor viser situasjonen når det gjelder individuell plan for pasientene som de ulike akutttilbudene har hatt kontakt med. I akuttavdelingene og inntaksavdelingene mener en at hver femte pasient ikke har behov for individuell plan, mens en mener at mer en halvparten har behov og er usikker på 20-30 %. Bare en tredel av pasientene til akutteamene blir vurdert til å ha behov for individuell plan, men også teamene er usikker på omtrent en av fire.

Figur 4.15 Andel pasienter (prosent) som behandlerne mener har behov for en individuell plan



Det ble også registrert opplysninger om ulike kontaktpersoner og ulike andre tiltak som individuell plan og kriseplan (som ofte vil være en del av individuell plan).

Siden de to neste figurene fyller hele siden, skrives kommentarene til dem på denne siden.

De to figurene er relativt komplekse, men er altså delvis tatt inn fordi de gir mulighet for avdelinger og team til å sammenligne sine egne data med data fra hele studien.

Søylene merket "hadde fra før" viser hvor mange som hadde et slikt tilbud før de kom i kontakt med de akuttpsykiatriske tjenestene.

Søylene merket "har fått nå" er de som gjenspeiler de kontakter som er opprettet eller de avtaler som er inngått under nåværende behandlingsepisode, der akuttenheten trolig har vært delaktig og kan ha tatt initiativ.

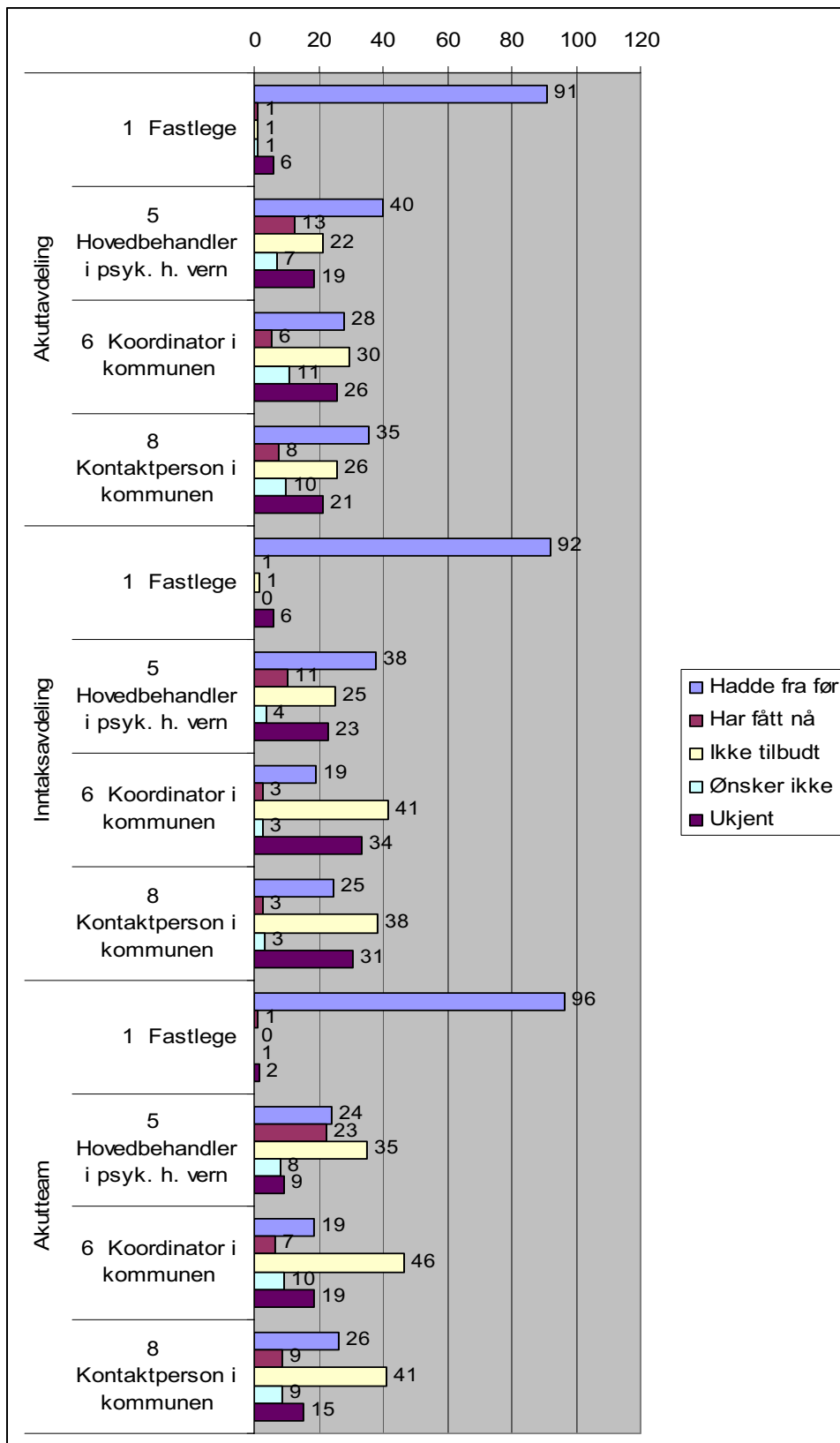
Søylene merket "ikke tilbudt" kan være verdt å se mer på, for å finne ut om dette gjelder pasienter som trolig ikke har behov for det tilbudet det gjelder, eller om denne søylen markerer et potensial for å gi et bedre tilbud.

Søylene "ønsker ikke" må bety at pasienten har hatt et tilbud uten å ta imot det.

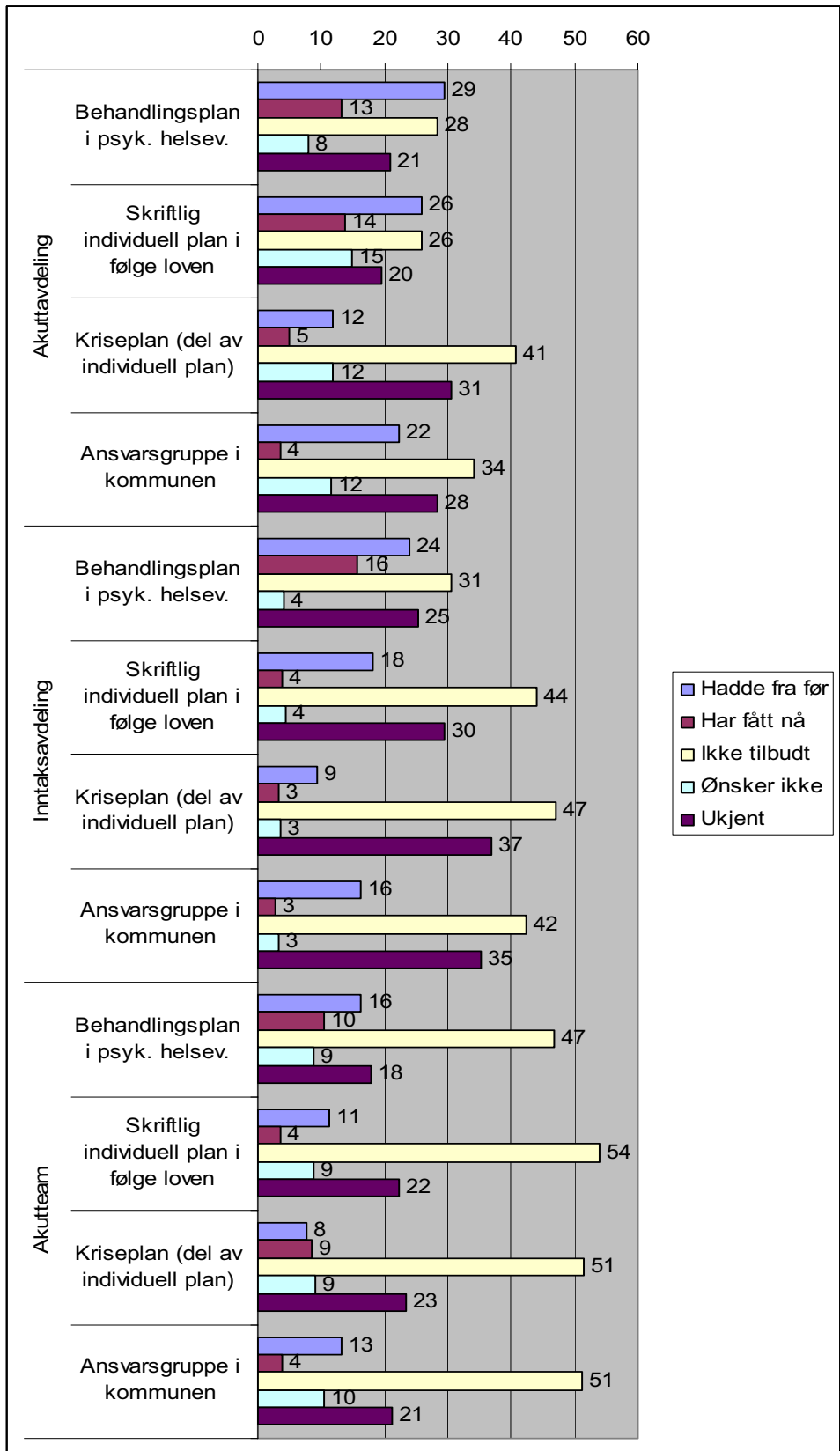
Den første figuren viser behandlere og kontaktpersoner som pasienten har, har fått eller har hatt tilbud om å ha kontakt med. De fleste har en fastlege, og dernest har mange også en hovedbehandler i psykisk helsevern. Mønstrene for koordinator i kommunen og kontaktperson i kommunen følger stort sett samme mønster, og kan vel tenkes å gjelde samme person for mange.

Den neste figuren viser andelen som har behandlingsplan i psykisk helsevern, individuell plan, og kriseplan. En kunne tenke seg at mange flere burde hatt en behandlingsplan i psykisk helsevern, og at dette er et område som det kunne være like viktig å fokusere på som en felles individuell plan.

Figur 4.16 Andel pasienter (prosent) når det gjelder ulik status for kontakt med ulike personer



Figur 4.17 Andel pasienter (prosent) med ulike typer planer og avtaler



4.9 Utskrivning og planer for videre behandling

I multisenterstudien skulle vi følge pasientene fram til de ble utskrevet. Dersom behandlingen ikke var avsluttet to måneder etter innleggelse eller inntak, skulle vi i denne undersøkelsen regne akuttbehandlingen som avsluttet, men merke av i et datafelt at pasienten fortsatt var i behandling. Det var merket av at 3 % fortsatt var i behandling, men det er også manglende opplysninger om en del.

Med utskrivning definerte vi ut av den avdelingen som pasienten var i. Det betyr altså ikke nødvendigvis ut av sykehuset.

For de pasientene som var utskrevet, skulle det krysses av for hvem de var henvist til for videre tilbud. Det kunne settes kryss flere steder, dersom flere tjenester eller instanser skulle følge opp. Tabellen nedenfor viser fordelingen i prosent. Summen for hver kolonne kan være mer enn 100 % siden en kunne sette kryss flere steder.

Tabell 4.1 Andel pasienter (prosent) som er henvist til ulike instanser etter akuttbehandling

Oppfølgende instans	Akuttavdeling	Inntaksavdeling	Akutteam
1 Pasienten ønsket ikke oppfølging	5	3	9
2 Fastlege/annen primærlege	65	34	75
3 Psykiatritjenester i kommunen	36	13	24
4 Sosiale tjenester i kommunen	16	6	11
5 Dagsenter i kommunen	5	2	8
6 Kommunalt sykehjem/institusjon	5	2	1
7 Poliklinikk	35	14	30
8 Dagavdeling	2	1	2
9 Ambulant team	4	2	3
10 Akuttavdeling DPS	2	4	2
11 Annen døgnavdeling DPS	13	32	6
12 Psykiatrisk akuttavdeling sykehus	4	1	8
13 Annen psykiatrisk døgnavd sykehus	15	27	5
14 Privatprakt. psykiater/psykolog	4	3	7
15 Somatisk poliklinikk/avdeling	3	1	5
16 Rusteam, rusinstitusjon	9	7	6
17 Barnevernet/barnevernsinstitusjon	2	1	2
19 Asylmottak	1	0	0
19 Fengsel	1	0	0
20 Politilege/tilsynslege fengsel/krim.omsorg	1	1	1
21 Uavklart/ukjent/annet	7	3	8

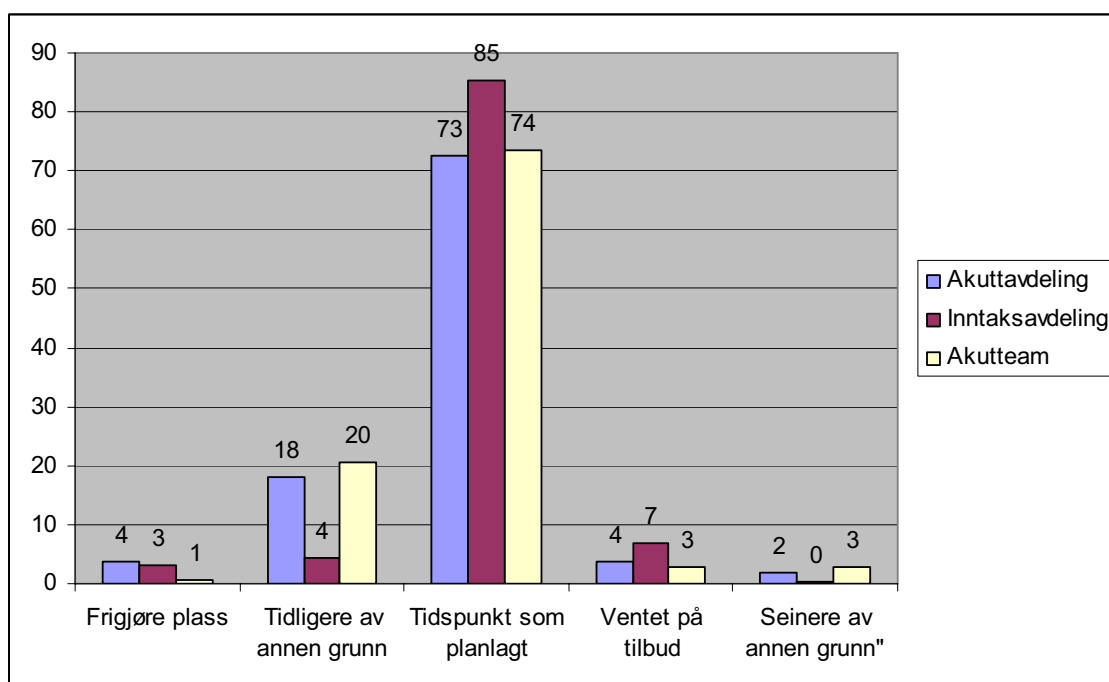
Akuttavdelingene og akutteamene har relativt likt mønster der de fleste pasientene utskrives til oppfølging ved fastlegen og andre deler av de kommunale helse- og sosialtjenester. Men

omtrent en av tre pasienter fra disse enhetene skal ja oppfølging ved psykiatrisk poliklinikk, og en del av dette skal være parallelt med oppfølging hos fastlegen. Akuttavdelingene overflytter også vel en firedel av pasientene til andre døgnavdelinger ved DPS eller sykehus.

Utskrivningsmønsteret for inntaksavdelingene er ventelig annerledes, i og med at deres funksjon er å vurdere pasienter som kommer til innleggelse og så henvise dem videre innen en eller noen få dager. Omtrent 60 % av pasientene ved inntaksavdelingene blir overflyttet til andre døgnavdelinger i DPS eller sykehus, mens resten skrives ut til oppfølging i hovedsak ved fastlegen og/eller psykiatrisk poliklinikk.

Figuren nedenfor viser hvordan tidspunktet for utskrivning var i forhold til det som var ønskelig, slik behandlerne vurderte det.

Tabell 4.2 Andel av pasienter (prosent) med ulike situasjoner ved utskrivning

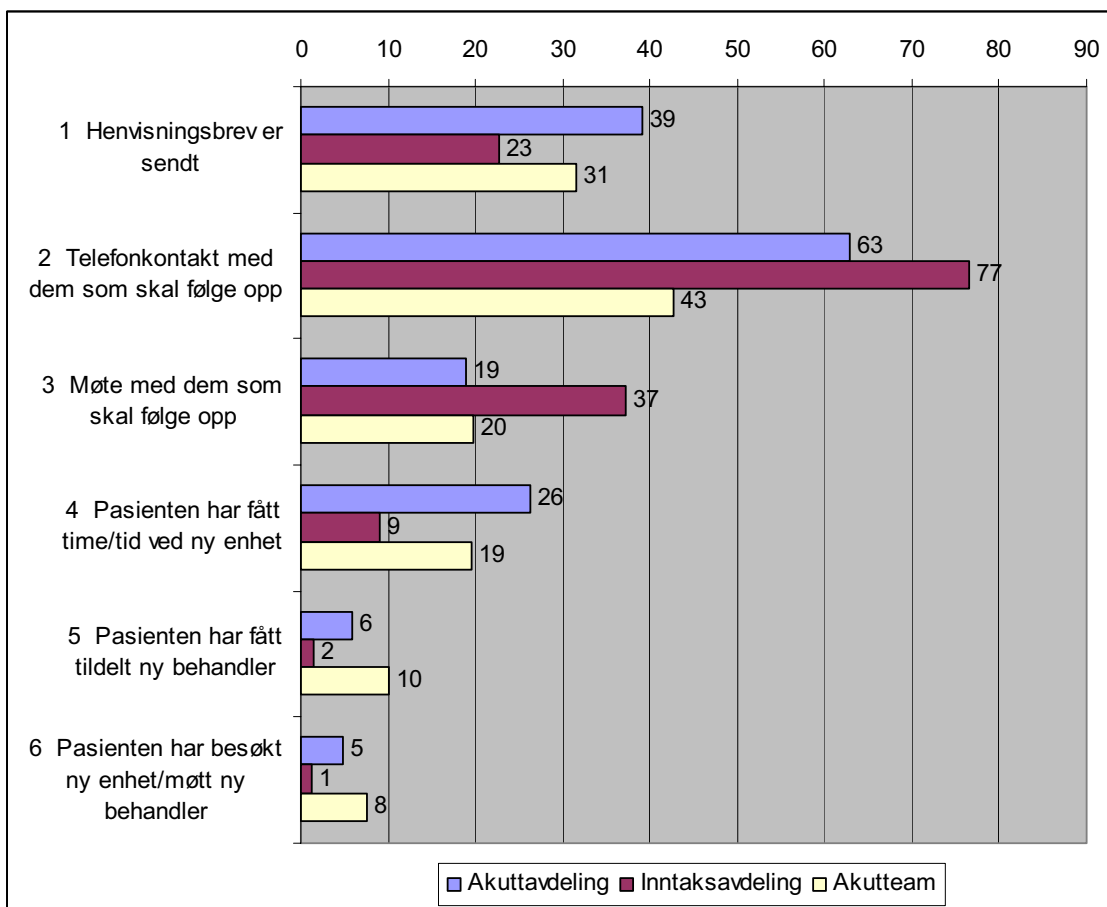


Omtrent fire av fem pasienter ble skrevet ut på det tidspunktet som var planlagt. Bare 3-4 % ble utskrevet for å frigjøre plass til nye pasienter, men ved inntaksavdelinger og akutteam ble omtrent 20 % utskrevet tidligere enn planlagt av andre grunner. Rundt 5 % ble utskrevet seinere enn planlagt fordi de ventet på tilbud, og noen få ble utskrevet seinere av andre grunner. De som ble skrevet ut tidligere enn planlagt var altså flere enn de som ble skrevet ut seinere enn planlagt.

Åttisju prosent ble utskrevet som etter avtale, mens sju prosent ble utskrevet uten avtale. Det var tre pasienter som tok livet sitt under akutt behandlingen, og fem som døde på annen måte. Det mangler opplysninger om vel fem prosent, som for en del er pasienter som ikke var utskrevet ennå.

Det ble også registrert ulike tiltak som ble gjort for å sikre overgangen til den som skulle følge opp pasienten etter utskrivning fra akuttbehandlingen. Dette er tiltak som har vist seg å bety noe for hvordan overføringen av kontakten skjer og om pasienten kommer i gang med kontakten med nye behandlere. Dette er vist på figuren nedenfor.

Tabell 4.3 Andel pasienter (prosent) der det er gjort ulike tiltak for henvisning videre



Det hyppigste tiltaket for henvisning videre er telefonkontakt, dernest oversendelse av henvisningsbrev. Men det som har vist seg å bety mest for at pasienter som skrives ut fra akuttavdelinger ikke skal droppe ut før de får begynt i videre behandling ved poliklinikker, er at de har fått møte dem de skal begynne å ha kontakt med, og helst at denne kontakten har kommet i gang. Denne type tiltak ble bare gjort for en mindre del av pasientene. Dette er lettest å få til når pasienten skal overføres til en annen avdeling i nærheten, men viktigst å få til om pasienten skal utskrives og begynne i poliklinisk behandling et annet sted.

4.10 Lengde på opphold og behandling

Lengde på opphold/behandlingstid for alle og for noen undergrupper, f eks ut fra vurderingen av tidspunktet for utskriving

Se Rolf

5 Utfall av akuttpsykiatrisk behandling

5.1 Oppsummering om utfall av behandlingen

De voksne pasientene samlet sett har en klar bedring i sin psykiske helsetilstand i løpet av den akuttpsykiatriske behandlingen. Dette gjelder alle mål som ble brukt på alvorlighetsgrad av psykiske problemer, både symptomskalaen på GAF og de åtte første skåringsskalaene på HoNOS. Og det gjelder både for akuttavdelinger og akutteam, og for den korte tiden i inntaksavdelinger før de overflyttes videre til andre typer avdelinger

Med unntak av skalaen for fysisk sykdom og handikap er det også signifikante endringer ved alle avdelinger og team for de fleste skalaene for utfall. Det er forskjeller i utfall mellom noen av avdelingene på en del områder, men ingen forskjeller av betydning mellom akutteamene.

Ved begge typer avdelinger og ved akutteam er det en klart signifikant bedring både når det gjelder sosial fungering og praktisk fungering ut fra vurderinger på HoNOS skalaene 9 og 10 ved inntak og utskrivning, og det samme gjaldt målt ved GAF funksjonsskala.

Det var ingen reduksjon av betydning fra inntak til utskrivning når det gjelder andelen pasienter med alvorlige problemer med boligsituasjonen i forhold til sitt behov.

Det var en reduksjon av andelen pasienter med alvorlige problemer når det gjelder om arbeid eller annen daglig aktivitet er tilpasset deres behov. Men ved utskrivning var det fortsatt 22 % som hadde alvorlige problemer innen dette området.

5.2 Innledning om utfall av akuttpsykiatrisk behandling

Dette kapitlet redegjør for utfallet av behandlingen ved ulike akuttpsykiatriske tilbud når det gjelder bedring av pasientens psykiske tilstand og funksjonsnivå. Vi har brukt skåring av pasientenes helsetilstand ved innleggelse/inntak og ved utskrivning som mål på dette. Forandring i disse skåringene vil vise forbedring eller eventuelt forverring.

Siden dette har vært en undersøkelse som skulle gjennomføres ved at travle klinikere skulle gjøre disse vurderingene og skåringene, måtte vi bruke korte skåringsskalaer som ikke krever for mye tid og arbeid. Som hovedmål har vi brukt HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), som er et sett med korte skåringsskalaer utviklet for bruk i det daglige kliniske arbeidet. De har vist seg å være sensitive nok til å måle bedringer under akuttpsykiatrisk behandling. Ved undersøkelser av pasienter i distriktpsykiatriske sentre og sykehusavdelinger her i landet, har skalaene i HoNOS også vist seg å kunne skåres pålitelig (reliabelt) av klinikere etter en kort opplæring i bruk av HoNOS. Slik opplæring ble gjennomført ved avdelinger og team som er med i denne studien.

I tillegg har vi brukt GAF (Global Assessment of Functioning Scale) med to skalaer som brukes til å skåre henholdsvis GAF symptomnivå og funksjonsnivå.

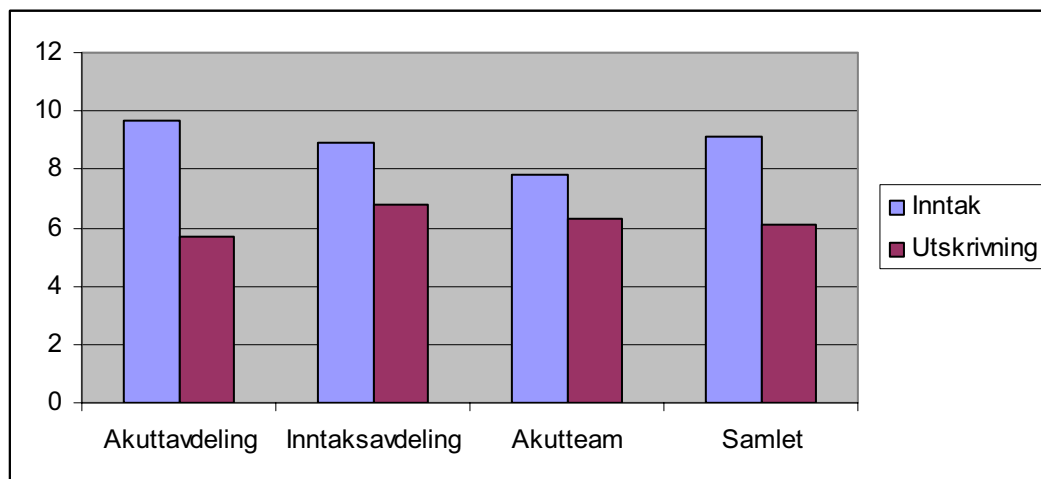
Resultatene fra ulike typer akutttilbud som akutteam, inntaksavdelinger og vanlig akuttavdelinger (se kapittel 2) sammenlignes ut fra skåringene på HoNOS og GAF. I tillegg undersøker vi om det er signifikante variasjoner blant enhetene av samme type, f eks blant akuttavdelinger eller blant akutteam.

Vi har også planlagt å se på omfang av reinnleggelser innen seks måneder etter utskrivningen fra det oppholdet som vi har registrert data om. Dette er imidlertid ikke tatt med i denne rapporten fordi disse data ikke er samlet inn ennå når denne rapporten skrives. De vil bli samlet inn fra de elektroniske pasientregistrene ved avdelingene og akutteamene i løpet av vinteren 2006/2007.

5.3 Endringer i psykiske helsetilstand

Figuren nedenfor viser endringer i alvorlighetsgrad av helseproblemer ut fra summen av skåringene på de åtte første HoNOS skalaene ved inntak/innleggelse og utskrivning. Dette er det viktigste målet i multisenterstudien på grad av bedring under akuttbehandlingen. Gjennomsnittsskårene er brukt for de pasientene der minst seks av åtte skalaer var skåret.

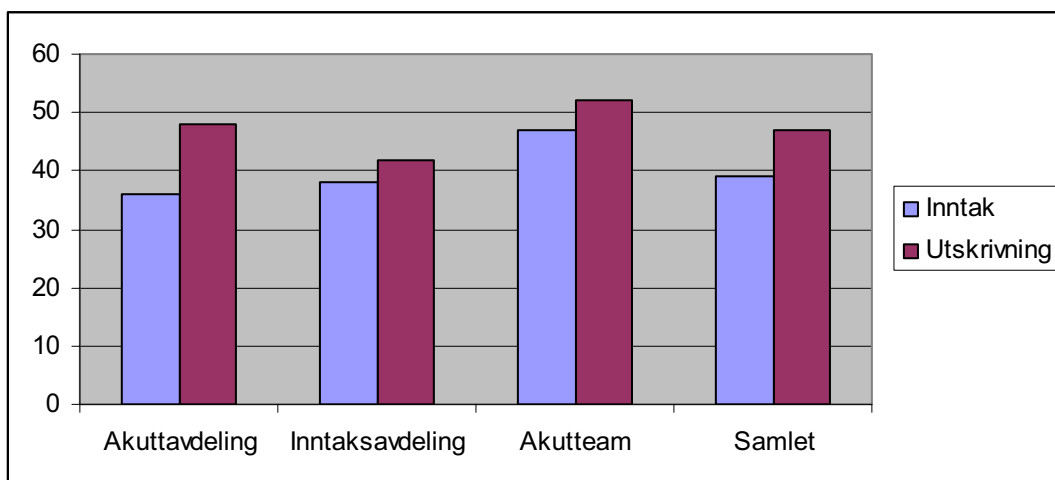
Figur 5.1 Endringer i gjennomsnittsskåre av summen for HoNOS skala 1-8



Sumskåren for HoNOS skala 1-8 går fra 0 til maksimalt 32.

Endringene er statistisk signifikante ($p < 0,001$) for alle de tre typene avdelinger og team, og hele pasientgruppen samlet. Antallet pasienter der vi hadde sumskåre for begge tidspunkt var 2329 for akuttavdelinger, 957 for inntaksavdelinger, 789 for akutteam, og 4075 for alle tilbudene samlet. Fordelingen av disse sumskårene fulgte for begge tidspunkt en normalfordelingskurve med en liten forskyvning mot venstre. Det er derfor grunnlag for å bruke t-test, som er gjengitt ovenfor.

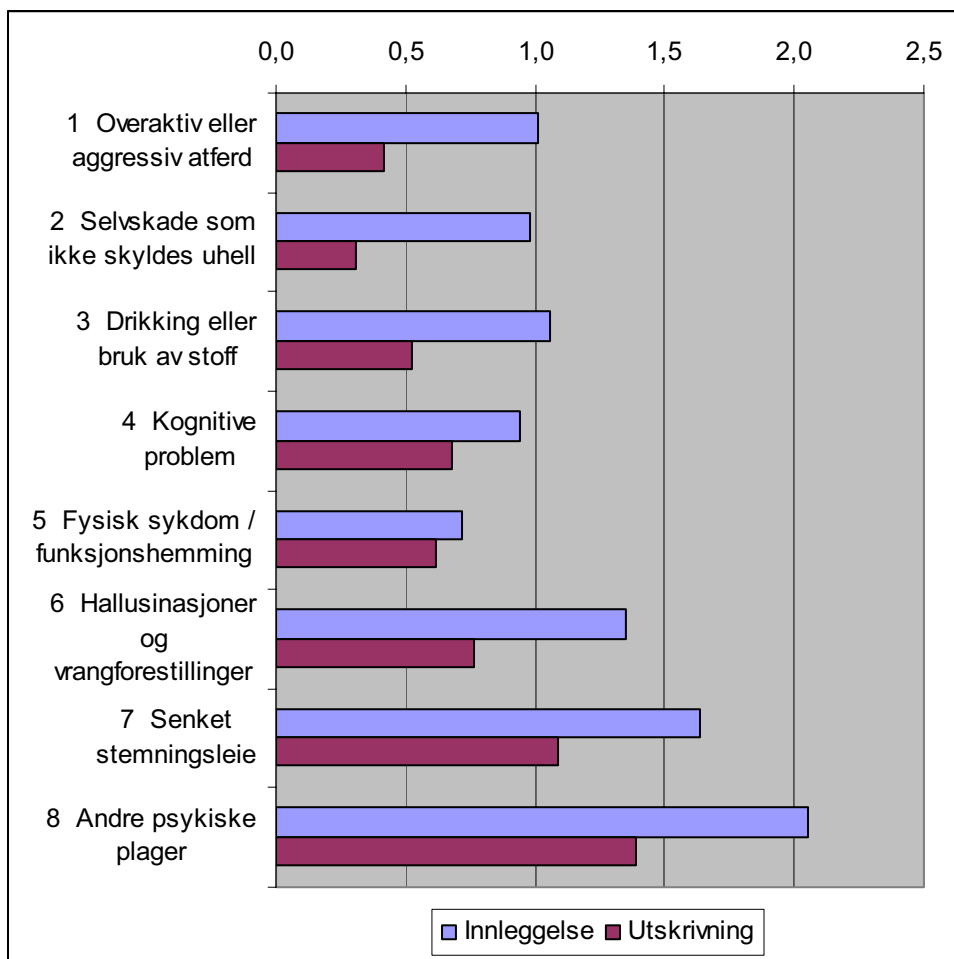
Figur 5.2 Endringer i symptomnivå under akuttbehandling ut fra gjennomsnittskårer på GAF



Skåringsskalaen for GAF går fra 1 (ekstremt alvorlige symptomer) til 99 (ingen symptomer)

Ved begge typer avdelinger og ved akutteam er det en klart signifikant bedring i symptomnivået ($p < 0,001$) under oppholdet eller akuttbehandlingen. Antallet pasienter der vi hadde skåring av GAF symptomnivå for begge tidspunkt var 2283 for akuttavdelinger, 1088 for inntaksavdelinger, 843 for akutteam, og 4214 for alle tilbudene samlet.

Figur 5.3 Endringer i gjennomsnittsskåre for HoNOS skalaer 1-8 ved akuttavdelinger fra inntak til utskrivning

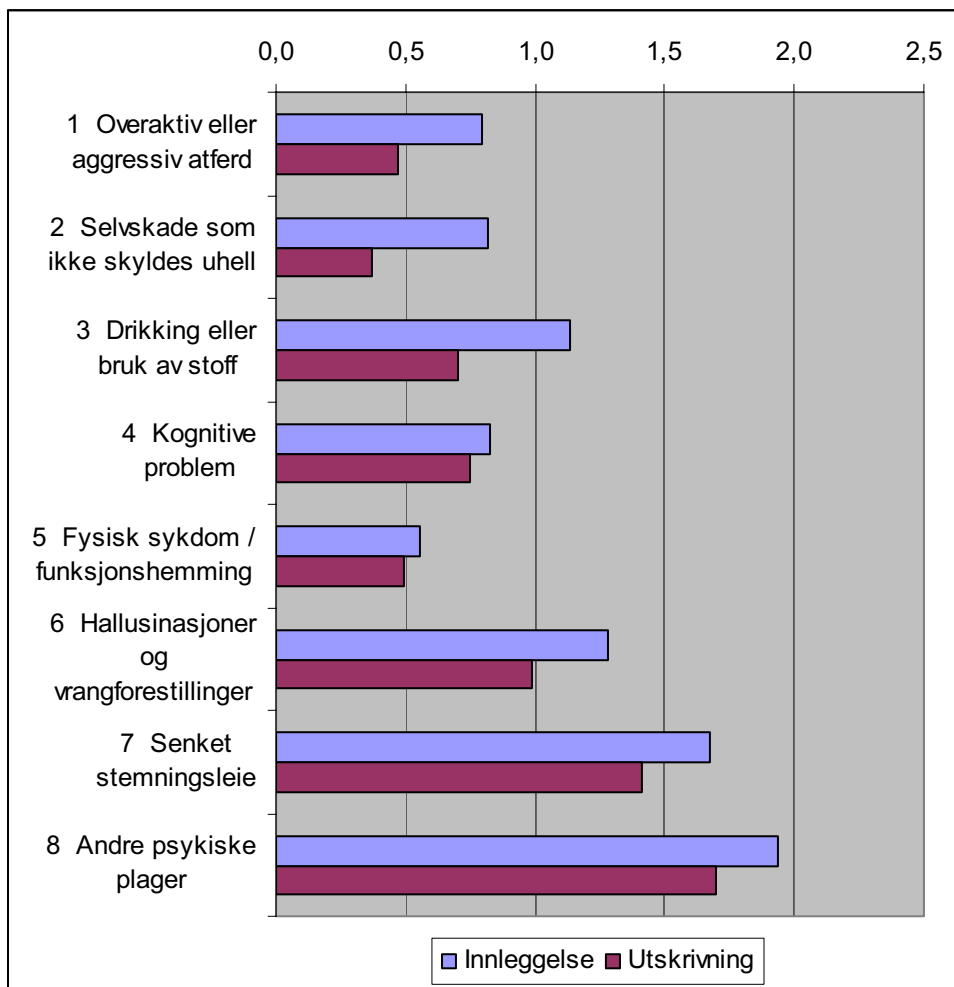


Skåringsskala: 0=ingen problem, 1=mildt problem, 2=moderat problem, 3=moderat alvorlig problem, 4=(svært) alvorlig problem

Gjennomsnittsskåringene av alvorlighetsgrad innen de ulike problemområdene viser en klar nedgang som er signifikant ($p < 0,001$) for alle områder.

Enveis variansanalyse av forskjeller mellom de ulike akuttavdelingene med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) viser at det er signifikant variasjon mellom avdelingene for endringer på alle de åtte skalene utenom skala 5 for fysisk sykdom eller funksjonshemming. Det varierer litt hvilke avdelinger som er signifikant forskjellig fra andre, og for de fleste skalaene er det et par-tre avdelinger som har høyere eller lavere endringsskårer enn de andre, mens de andre ikke skiller seg signifikant fra hverandre.

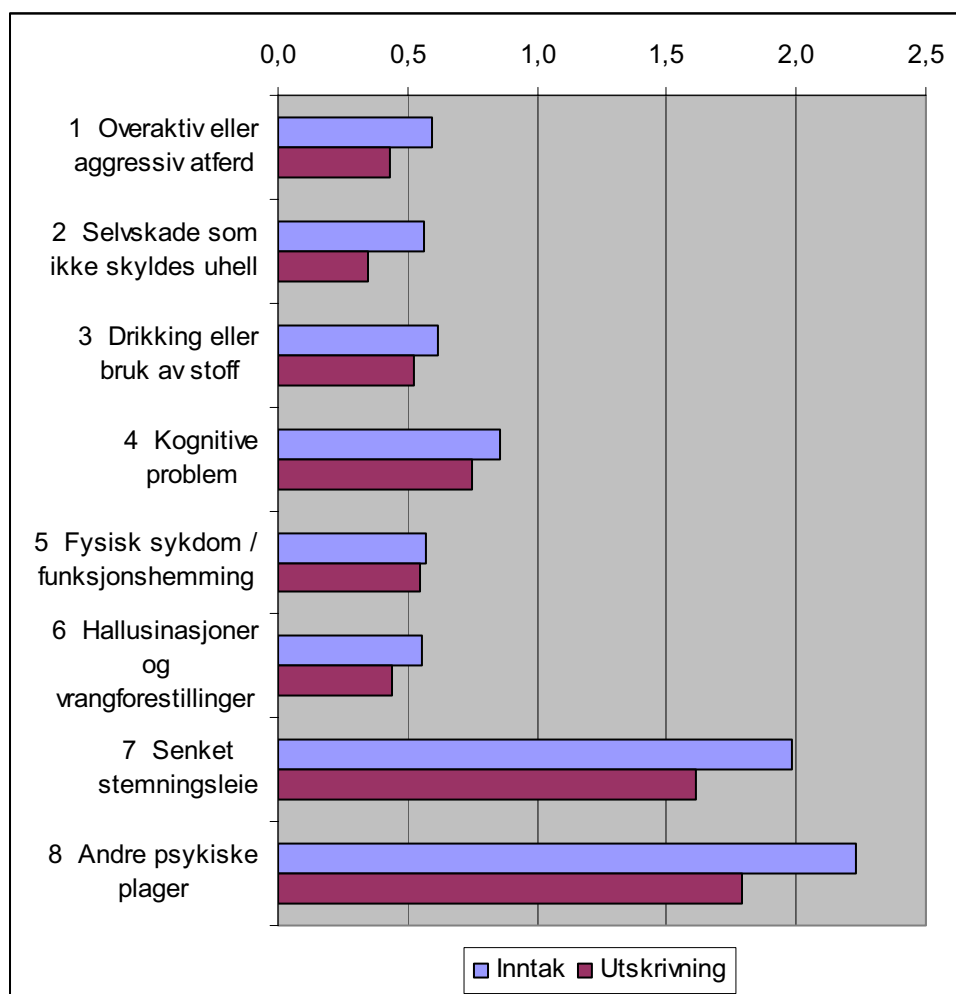
Figur 5.4 Endringer i gjennomsnittsskåre for HoNOS skala 1-8 ved inntaksavdelinger fra inntak til utskrivning



Skåringskala: 0=ingen problem, 1=mildt problem, 2=moderat problem, 3=moderat alvorlig problem, 4=(svært) alvorlig problem

Enveis variansanalyse av forskjeller mellom de tre inntaksavdelingene med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) viser at det er signifikant variasjon ($p < 0,001$) mellom avdelingene for endringer på alle de åtte skalene med unntak av skala 5.

Figur 5.5 Endringer i gjennomsnittsskåre for HoNOS skala 1-8 ved akutteam fra inntak til utskrivning



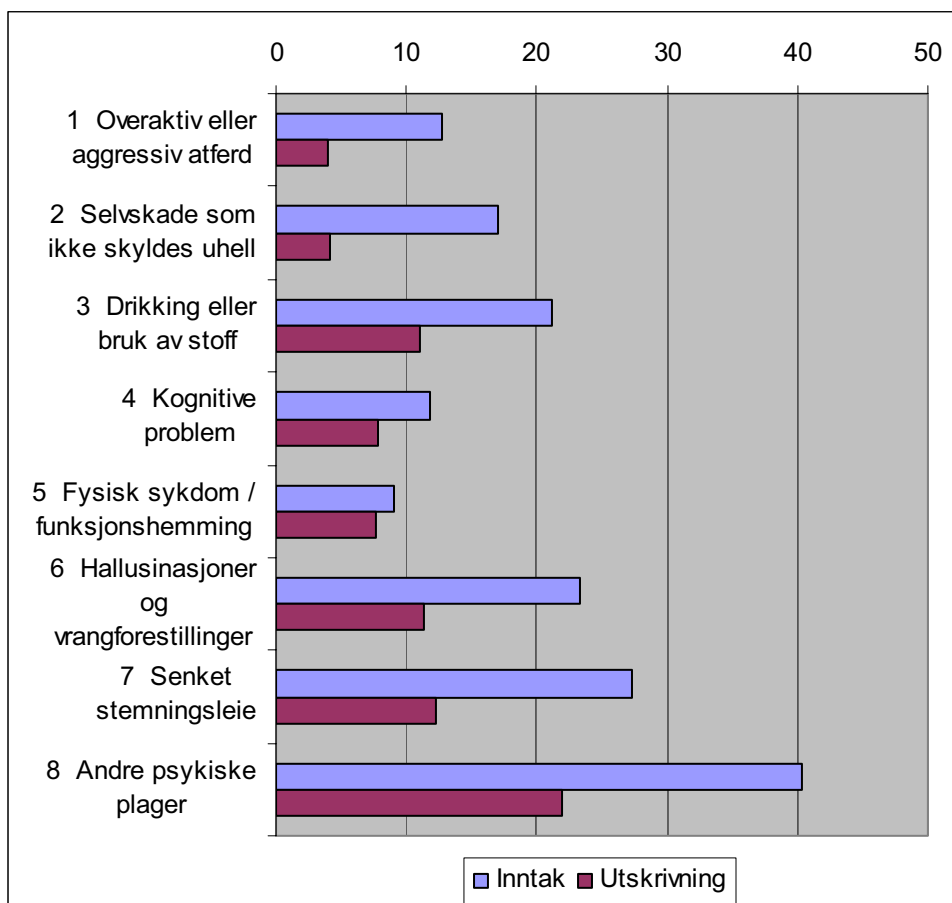
Skåringsskala: 0=ingen problem, 1=mildt problem, 2=moderat problem, 3=moderat alvorlig problem, 4=(svært) alvorlig problem

Med unntak av depresjon (skala 7) og andre psykiske plager (skala 8, som er en blanding av ulike typer problemer som kan skåres her og er vanskelig å oppnå pålitelige skåringer på), er alvorlighetsgraden generelt lavere i utgangspunktet for pasienter ved akutteam enn pasienter som innlegges akuttavdelinger. Endringene under behandlingen er derfor også mindre, for det er mindre å gå på når det gjelder å kunne redusere problemer.

Enveis variansanalyse av forskjeller mellom de ulike akutteamene viser at det er signifikant variasjon mellom teamene for endringer på bare noen få av de åtte skalene, nemlig skala 4 (kognitive funksjoner), og skalaene 6-8 (psykose, depresjon og andre psykiske plager). Ved parvis testing (med Bonferronis tilpasning) viser det seg at disse forskjellene ikke er sikre, med unntak av at pasientene ved ett team endrer seg i en annen grad når det gjelder kognitive funksjoner. Det er altså ingen forskjeller av betydning mellom akutteamene når det gjelder endringer i pasientenes tilstand under behandling.

Ut fra HoNOS kan en også analysere endringer ved å se på hvor stor andel av pasientene som blir vurdert til å ha alvorlige problem innen ulike områder ved innleggelse/inntak, og se om dette har forandret seg på tidspunktet for utskrivning. Dette er vist for alle de voksne pasientene samlet i figuren nedenfor med

Figur 5.6 Endringer i andel (prosent) pasienter med alvorlige problem innen ulike områder



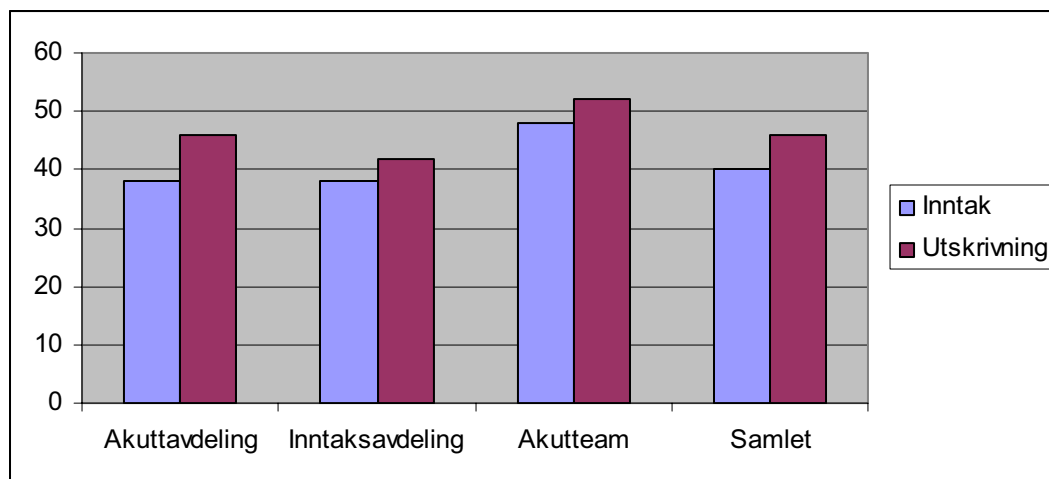
Analysen ved bruk av chi-kvadrat testen viser at det for pasientene samlet sett er en signifikant reduksjon for alle områder ($p < 0,001$) også når det gjelder andel pasienter (prosent) som har alvorlige problemer innen de ulike områdene. Men det er forskjell mellom problemområdene hvor store disse endringene er. Se figuren ovenfor. Generelt er det større reduksjon der andelen med alvorlige problem var større ved inntak. Det er også slik at vi ser størst bedring på den type problem som er så alvorlige at de gjør akuttbehandling nødvendig, f.eks. fare for at en skader seg selv eller andre (HoNOS skala 2 og 1), psykose (HoNOS skala 6) eller depresjon (HoNOS skala 7). Graden av bedring er mindre for problemområder som kognitive problemer (HoNOS skala 4) og fysisk funksjonshemming (HoNOS skala 5), som ikke like ofte vil påvirkes av akuttbehandling.

Vi finner også det samme mønsteret når vi ser på endringer av andel pasienter med alvorlige problem ved akuttavdelinger, inntaksavdelinger og akutteam hver for seg. Det er klart signifikant reduksjon av andel med alvorlige problem innen alle områder også for hver type tilbud.

5.4 Endringer i praktisk og sosial fungering

Endringer i funksjon måles i MAP ved både skåringer på GAF funksjonsskala og to skalaer for praktisk og sosial fungering på HoNOS (skala 9 og 10).

Figur 5.7 Endringer i funksjonsnivå under akuttbehandling ut fra gjennomsnittskårer på GAF

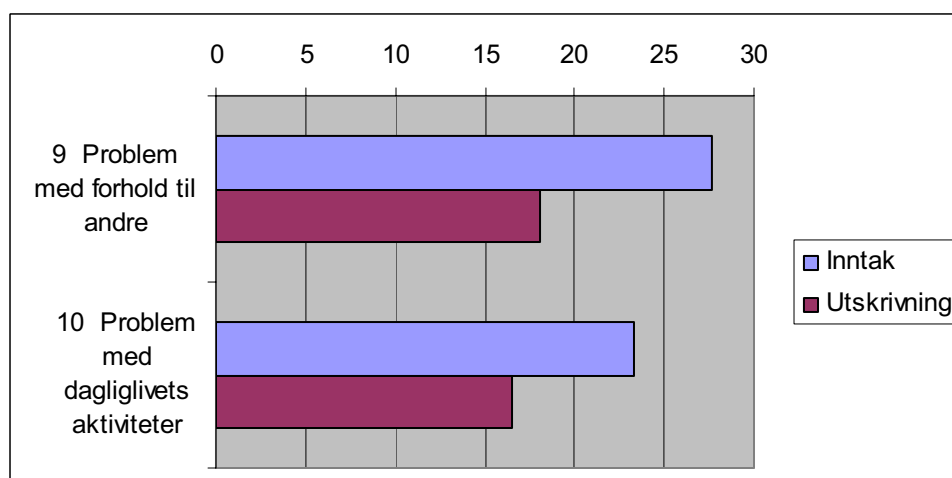


Skåringskalaen for GAF går fra 1 (ekstremt dårlig fungering) til 99 (optimal fungering)

Ved begge typer avdelinger og ved akutteam er det en klart signifikant bedring i funksjonsnivået ($p < 0,001$) under oppholdet eller akuttbehandlingen. Antallet pasienter der vi hadde skåring av GAF symptomnivå for begge tidspunkt var 2283 for akuttavdelinger, 1090 for inntaksavdelinger, 843 for akutteam, og 4216 for alle tilbudene samlet.

Funksjonsnivået for akutteamenes pasienter er ved inntak noe bedre i gjennomsnitt enn funksjonsnivået for pasienter som skrives ut eller overflyttes fra akuttavdelinger og inntaksavdelinger.

Figur 5.8 Andel pasienter (prosent) med alvorlige funksjonsproblemer før og etter behandling

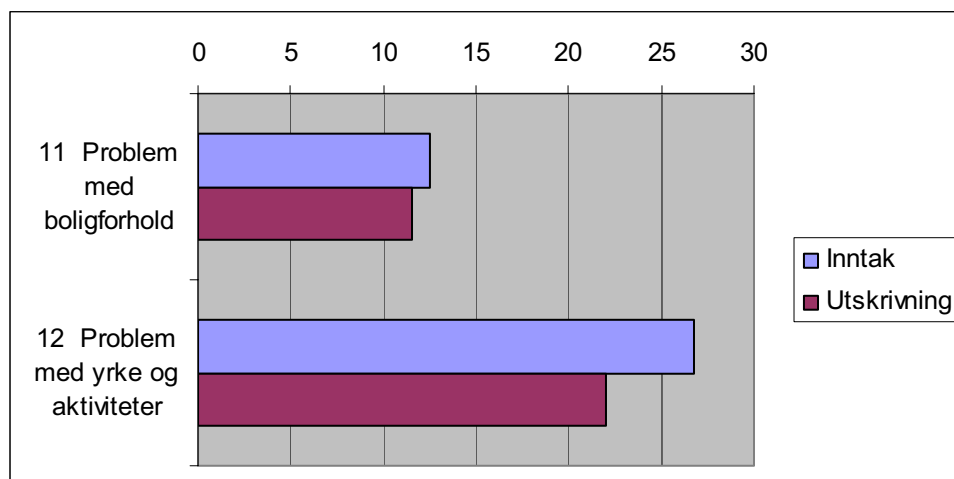


Figuren ovenfor viser bedring når det gjelder både sosial fungering og praktisk fungering ut fra vurderinger på HoNOS skalaene 9 og 10 ved inntak og utskrivning. Denne bedringen er signifikant ($p < 0,001$).

5.5 Endringer i hvordan bolig og aktivitet er tilpasset behov

De to siste skalaene i HoNOS (skala 11 og 12) skåres ut fra en vurdering av hvordan henholdsvis pasientens bolig og pasientens situasjon når det gjelder arbeid eller aktivitet er tilpasset de behov pasienten har. En skal ved vurderingen ta hensyn til både pasientens ressurser og eventuelle handikap, og hvordan tilbudet og muligheter er tilrettelagt. Endringer under akuttbehandlingen kan derfor både skyldes at pasientens funksjonsnivå har bedret seg, og at pasientens situasjon er blitt bedre tilrettelagt. Figuren nedenfor viser endringene under akuttbehandlingen.

Figur 5.9 Andel pasienter (prosent) med alvorlig problem innen bolig og arbeid



Det var ingen reduksjon av betydning fra inntak til utskrivning når det gjelder andelen pasienter med alvorlige problemer med boligsituasjonen i forhold til sitt behov.

Det var en reduksjon av andelen pasienter med alvorlige problemer når det gjelder om arbeid eller annen daglig aktivitet er tilpasset deres behov ($p < 0,01$). Men ved utskrivning var det fortsatt 22 % som hadde alvorlige problemer innen dette området. Vi vet at arbeid eller annen meningsfylt aktivitet har stor betydning for trivsel og helse, og dette er et område med store udekkede behov blant dem som også er innom akuttpsykiatriske tilbud.

Del C: Forløp og akutttilbud for ungdom

6 Hva som kjennetegner akutttilbudene

Hva kjennetegner ulike typer akutttilbud for ungdom (bemanning, ressurser, arbeidsmåter, behandlingstenkning, samarbeid med andre tjenester)?

Akuttenehetene for ungdom gjennomførte undersøkelsen om personalets behandlingstenkning tidlig høsten 2006. Disse opplysningene inngår derfor ikke i rapporten, men vil bli rapportert seinere.

Kort noe om begrepet innleggelse/inntak: En av akuttenehetene som deltok i undersøkelsen har et tilbud bestående av både tradisjonell innleggelse, ambulant behandling og poliklinisk tilbud. I en del tilfeller vil derfor ikke innleggelse være dekkende for det tilbudet som gis, og i beskrivelsen av tilbudet seinere brukes derfor innleggelse, opphold og inntak som begrep om hverandre for å beskrive dette mangfoldet.

Det er tidligere publisert to rapporter som redegjør mer i detalj for innholdet i tilbudet ved de fem enhetene (Birkhaug et al. 2004, Birkhaug et al. 2005), og en siste som vil ta for seg året 2005 er nå under ferdigstilling (Birkhaug et al. 2006). Det henvises derfor til denne siste rapporten for utdyping av forhold beskrevet i dette kapitlet.

6.1 Organisering av akutttilbudene

Alle de fem akuttenehetene inngår i en større enhet for psykisk helsevern for barn og unge. Den ytre organiseringen over dette varierer noe, men de fleste er organisert som del av en psykiatrisk klinikk eller divisjon, hvor også psykisk helsevern for voksne inngår. Ullevål er den som avviker fra dette, og er en del av Kvinne-barndivisjonen ved Ullevål universitetssykehus.

Ungdomspsykiatrisk klinikk ved AHUS (Lørenskog) er en del av avdeling barne- og ungdomspsykiatri ved Lillestrømklinikken, og i denne avdelingen inngår både ungdomspsykiatrisk poliklinikk og et behandlingshjem. Ungdomspsykiatrisk klinikk består av to akuttposter, med hver sin faglige ledelse og stabspersonale tilknyttet den enkelte post.

Akuttposten for ungdom i Bodø er en del av BUPA-systemet, som for øvrig består av ungdomsavdeling, familieavdeling, nevroenhet, team for spiseforstyrrelser, autismeenhet og to poliklinikker.

Ungdomsenheten ved Drammen inngår som en del av barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, hvor en også har poliklinisk enhet, familieenhet, nevropsykiatrisk enhet og to intermediærenheter.

Akuttposten i Sør-Trøndelag inngår som en del av BUP klinikk avdeling Lian, hvor en i tillegg har to langtidsposter, en utredningspost og en familiepost. Stabspersonalet (leger/psykologer, familieterapeuter) er her ikke spesielt knyttet til en post, men til hele avdeling Lian.

Den ungdomspsykiatriske akutteneheten er en del av Ungdomsavdeling for psykisk helse, som igjen er en del Senter for psykisk helse barn og ungdom. Senteret består for øvrig av Barneavdeling for psykisk helse, Poliklinikk Nord og poliklinikk sør. Ungdomsavdeling for psykisk helse består – i tillegg til akutteneheten – av ungdomspsykiatrisk døgnenhet, døgnenhet for psykoser, familieenhet og ambulant miljøterapi.

Det geografiske opptaksområdet følger ikke nødvendigvis fylkesgrenser, både akuttenheten ved Ullevål og Ungdomspsykiatrisk klinikk ved AHUS ansvar for bydeler i Oslo og kommuner i Akershus. Akuttenheten i Drammen dekker Buskerud fylke, Akuttposten i Sør-Trøndelag dekker primært Sør-Trøndelag, men tar øyeblikkelig hjelpsaker fra Nord-Trøndelag ved kapasitetsmangel og Akuttposten for ungdom i Bodø har Nordland fylke som opptaksområde, men tar enkelte innleggesler fra Troms og Finnmark.

Målgruppen for de enkelte enhetene er framstilt i tabell 6.1.

Tabell 6.1 Målgruppe og innbyggertall målgruppe. Akuttenheter for ungdom.

Enhet	Målgruppe (alder)	Innbyggertall målgruppe
AHUS	12 - 18	Ca. 31000 (13-17)
Bodø	15 - 18	9800 (15-17)
Drammen	0 - 18 ¹⁾	Ca 15900 i aldersgruppen 13-17 år
Sør-Trøndelag	12 - 17	Ca. 16700
Ullevål	13 - 17	30350

1) Drammen har fullt ø-hjelpsansvar for både barn og ungdom, mens dette muligens i større grad er en gråson mellom akuttenhet og poliklinikker andre steder.

Målgruppealder gjenspeiler ikke nødvendigvis alder på de en tar inn, eksempelvis var pasienten i om lag 11% av episodene 13-14 år ved akuttenheten i Bodø i 2005. Også Drammen har i det alt vesentlige pasienter på ungdomstrinnet.

6.2 Bemanning og kompetanse

Vi har i den neste tabellen framstilt årsverk fordelt på stabs- og miljøpersonale. Drammen har her en noe annen modell og benevnelse, ved at alle inngår som behandlingspersonale, og arbeider på døgnenheten, poliklinisk og ambulant. Det som skiller, og som i realiteten følger skillet stab/miljø ved de andre enhetene, er at stillingskategoriene under stab jobber i ikke-turnusbelagte stillinger, mens de under miljø jobber i turnusbelagte stillinger.

Tabell 6.2 Bemanning i årsverk 2005. Akuttenheter for ungdom.

	Ahus	Bodø	Drammen ¹⁾	Sør-Trøndelag	Ullevål
Stab					
Overleger	2	2	1	1	2
Psykologspesialister	2	2	2	0	1
Ass. Leger	2		1	1	1
psykologer	1	1	1	1	1
Familieterapeut	2	1		0,38	
Klinisk pedagog			1		
Klinisk sosionom			1		
Sum stab	9	6 ²⁾	7 ³⁾	3,38 ⁴⁾	5

	Ahus	Bodø	Drammen ¹⁾	Sør-Trøndelag	Ullevål
Miljø					
Sykepleiere	12,5	10	3	8	15,8
Vernepleiere	7,9	2	2	4	0
Sosionomer	5,7	4	1	0	0
Pedagoger	5,1	2		2	0
Barnevernspedagoger	12,6	7	4	4,5	1
Andre	6,5	1	1	1,5	5,16
Nattevakt/helg			4		
Sum miljø	50,3	26	15 ⁵⁾	20	21,96
Annet personell⁶⁾					
Kontor	2,5	1	2	1	2
Husøkonom			1		
Døgnkoordinator			1		
Adm/ledelse			1		1
Andre	3,5				
Sum annet	6	1	5	1 ⁷⁾	11,5
Sum totalt	65,3	33	27	24,38	38,46

1) I Drammen skiller en ikke mellom stillinger i stab og miljø. Derimot skiller en mellom turnusbelagte og ikke turnusbelagte stillinger, en inndeling som følger stab/miljø-inndelingen ved de andre enhetene.

2) 2004-tall

3) Disse stillingene er ikke turnusbelagt

4) I Sør-Trøndelag inngår akutteneheten i en konsernmodell. Det kan derfor ikke gis nøyaktige tall for akuttenehetens stab og merkantilt personale.

5) Disse stillingene er turnusbelagt, og deler (med unntak av nattevakter/helgevakter) sin arbeidstid mellom å arbeide 50% poliklinisk /ambulant og 50% i døgneneheten.

6) Ut over det satt opp her bruker enhetene også ekstravakter, men dette er ikke tallfestet i årsverk.

7) Sannsynligvis underestimert – jfr. tabellnote 4 over.

Som det framgår av tabellen er det betydelige forskjeller mellom enhetene når det gjelder bemanning, for Ahus sitt vedkommende må dette sees i sammenheng med at de har et langt høyere døgnplasstall enn de øvrige (se tabell nedenfor). Når det gjelder miljøpersonale/turnusbelagte stillinger er det også store forskjeller mellom enhetene når det gjelder profesjonssammensetning.

Videreutdanning

I den neste tabellen viser vi videreutdanning. For Drammens vedkommende omfatter denne grunnet arbeidsmodell både personell i turnusbelagte og ikke-turnusbelagte stillinger, mens de øvrige fire enhetene her har redegjort for videreutdanning blant miljøpersonale.

Tabell 6.3 Tilleggsutdanning. Akuttenheter for ungdom.

	AHUS	Bodø	Drammen	Sør-Trøndelag	Ullevål
Miljøterapi	3	4	1	1	0
Familieterapi	2	0	17	0	0
Psykisk helsearbeid	8	12	5	7	12
Rus	0	0	2	1	0
Veilednings-/konsultasjonsteknikk	3	0	1	1	1
Andre	0	5	10	0	2

6.3 Overordnet behandlingsprofil

I denne delen gjengis enhetenes beskrivelse av sin "omsorgsform", da denne på vesentlige områder skiller Ungdomsenheten i Drammen fra de øvrige enhetene. Det henvises for øvrig til Birkhaug et al. (2006) for en langt grundigere gjennomgang av behandlingstilbudet og prosedyrer ved de enkelte enheter.

Ungdomspsykiatrisk klinikk i Lørenskog tilbyr døgnbehandling. I enkelte tilfeller tilbys også ettervern, enten i form av poliklinisk oppfølging; individualterapi og/eller miljøterapi.

Akuttenheten i Bodø gir hovedsaklig døgntilbud. I spesielle tilfeller og etter vurdering kan det gis et dagtilbud, dvs at ungdommen ikke har eget rom i avdelingen og sover hjemme, men går på avdelingens skole og mottar et behandlingstilbud på dagtid. Behandlere kan følge opp ungdom poliklinisk for en kortere periode. Dette skjer i spesielle tilfeller og etter vurdering, hovedsaklig i etterkant av innleggelse. Unntaksvis kan avdelingen også gi ett ambulant tilbud som innebærer samtaletilbud/miljøterapi i hjemmet.

Ungdomsenheten i Drammen tilbyr i hovedsak intensiv poliklinisk behandling, gjerne i kombinasjon med ambulant terapi hvor de sentrale prinsippene er kontinuitet, tilgjengelighet og fleksibilitet. Enheten har 2 døgnplasser for innleggelser knyttet til øyeblikkelig hjelp. Dersom intensiv poliklinisk behandling, evt. i kombinasjon med ambulant terapi ikke er tilstrekkelig, må det foretas en innleggelse. Det er da det samme behandlersteamet som har hatt ansvaret poliklinisk som følger opp klienten når denne er innlagt. Gjennomsnittelig liggetid har i årene 2001-2004 vært 10 dager. Dette er mulig fordi klienten etter døgnoppholdet fortsetter i poliklinisk behandling på Ungdomsenheten hos det samme behandlersteamet som har hatt behandlingsansvaret gjennom hele behandlingsforløpet. Klientene overføres til de lokale poliklinikkene dersom det er behov for dette etter utskrivning fra Ungdomsenheten.

Akuttenheten i Sør-Trøndelag (Lian) tilbyr i hovedsak behandling på døgnbasis. Den kan dog i enkelte tilfeller, som avslutning i et behandlingsopplegg, gi pasientene et tilbud som dagpasienter. De kan også tilby poliklinisk ettervern (individualterapi). Poliklinisk oppfølging for en periode kan være i påvente av annen oppfølging, da som regel fra ordinær poloklinikk. Posten etterstreber, og forsøker å være fleksible ut i fra pasientens behov.

Akuttenheten på Ullevål tilbyr i hovedsak behandling på døgnbasis. De kan også, gjerne som avslutning i et behandlingsopplegg, gi pasientene tilbud som dagpasienter og forsøker å være fleksible ifht pasientens behov. I noen tilfeller tilbys ettervern, enten i form av poliklinisk oppfølging (individualterapi) eller miljøterapi. Poliklinisk oppfølging av nyhenvist pasient for en periode skjer av og til, selv om det ikke blir døgnopphold, inntil annen oppfølging er på plass.

6.4 Akuttavdelingenes fysiske utforming

Alle akuttenehetene ligger i egne bygninger. De er i varierende grad samlokalisert områdemessig med andre deler av psykisk helsevern for barn og unge, med psykisk helsevern for voksne og/eller somatisk sykehus.

Antall plasser per enhet varierer sterkt mellom enhetene, og er framstilt i den neste tabellen. Det er ulike oppfatninger om hvorvidt skjermingsplasser, som fire av enhetene har, skal regnes inn som en del av den ordinære kapasiteten, og de er derfor skilt ut. Å inkludere de medfører at muligheten for skjerming av inneliggende pasienter på skjermingsenheten ikke er til stede ved full avdeling.

Tabell 6.4 Antall ulike typer plasser. Akutteneheter for ungdom.

Enheter	Ordinære døgnplasser	Skjermingsplasser	Isolat	Familieleilighet
Ahus	14 ¹⁾	2		2)
Bodø	6	1		2
Drammen	2	1		1 ³⁾
Sør-Trøndelag	4	2		1 ⁴⁾
Ullevål	4	1		1

1) I dette inngår også en familieenhet.

2) Se tabellnote 1 over.

3) Ungdomsenheten har et eget rom for overnatting til foreldre/pårørende, samt en egen leilighet ca 4 km fra enheten som også kan benyttes til dette formålet.

4) Pårørendeleiligheten disponeres av hele Lian, ikke bare akuttposten.

Som redegjort for ovenfor avviker Drammen betydelig fra de øvrige enhetene ved at døgnplassene hovedsakelig brukes til korttidsopphold, ofte i en kombinasjon med poliklinisk tilbud og ambulansetjenester.

7 Hvilke pasienter som mottas

Tema for dette kapitlet er hvilke pasienter som mottas. Videre belyses om det er forskjell i terskler og hvilke pasientgrupper som mottas i akutttilbudet for ungdom (sosiodemografisk, type og alvorlighetsgrad av psykiske problemer, praktisk og sosial fungering, tidligere behandling)?

7.1 Oppsummering

Totalt 441 behandlingsepisoder fra fem akuttenheter for ungdom inngår i materialet. Av disse er gjennomsnittsalderen 16 år, og i nesten tre av fire innleggelse var pasienten jente. Samlet sett bodde om lag tre av fire sammen med minst en av foreldrene ved inntak. I nesten 90% av innleggelserne var pasientens hovedgjøremål skolegang, noenlunde likt fordelt mellom ungdomsskole og videregående skole.

I om lag 2/3 av innleggelserne hadde pasienten hatt et poliklinisk tilbud fra det psykiske helsevernet i løpet av det siste året, mens om lag 1/3 hadde hatt et døgnopphold. I ca hver fjerde innleggelse hadde det ikke vært noe tilbud fra det psykiske helsevernet siste året. Nesten 60% hadde mottatt et poliklinisk tilbud den siste måneden før oppholdet, og det avdekkes samtidig at akuttenehetene i betydelig grad mangler kjennskap til hvorvidt fastlege, PPT og sosialtjeneste har gitt et slikt tilbud. De viktigste instansene som har hatt kontakt med/gitt støtte siste 48 timer før innleggelse var familie, BUP poliklinikk og legevakt. Fastlegen har i liten grad vært involvert her.

Ved de fleste innleggelserne ble denne vurdert som en forverring av langvarig vedvarende psykisk lidelse, om lag en av fire var en psykisk lidelse som hadde debutert nylig.

De to viktigste henvisende instanser var allmenn BUP poliklinikk (31%) og legevakt (23%). I noe over halvparten av innleggelserne kjente henviser pasienten, men særlig legevakt kjente i liten grad eller ikke pasienten (94%).

Det aller meste av innleggelse foregår i ukedagene, hver åttende skjedde i helgene. Det er en noenlunde lik fordeling av innleggelserne på dagtid og kveldstid, om lag 10% skjedde på natt. Nesten 90% av innleggelserne var som øyeblikkelig hjelp, med en spredning mellom de fem enhetene på fra 75% til 95%.

I 29% av innleggelserne var henvisningen til en eller annen form for tvungent psykisk helsevern, det alt overveiende til tvungen observasjon. Etter spesialistvedtaket ble totalt 23% av innleggelserne gjennomført under tvungent psykisk helsevern, også her hovedsakelig tvungen observasjon. Om lag hver fjerde henvisning til tvungent psykisk helsevern ble omgjort til frivillig vern etter spesialistvedtaket.

De tre viktigste diagnosegruppene var, foruten observasjonsdiagnoser, affektive lidelser, nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser og atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser.

I hver tiende innleggelse hadde pasienten gjort selvmordsforsøk forut for innleggelsen, et like høyt antall hadde hatt konkrete selvmordsplaner.

7.2 Antall opphold og pasienter

Totalt ble det inkludert 441 behandlingsepisoder ved de fem akutenhetene for ungdom. En oversikt over de deltakende akutenhetene samt gjennomsnittlig oppholdstid/behandlingstid (døgn) er vist i tabell 7.1.

Tabell 7.1 Antall episoder og gjennomsnittlig oppholdstid i akutenheter for ungdom som deltok i studien.

Enhet	Antall (%)	Gj.snitt oppholdstid
AHUS	84 (19)	29
Bodø	71 (16)	31
Drammen	119 (27)	49
Sør-Trøndelag	102 (23)	12
Ullevål	65 (15)	29
Total	441 (100)	29

Mens de øvrige fire enheter i all hovedsak har et døgn tilbud, har Drammen kun to senger og driver i hovedsak poliklinisk tilbud i kombinasjon med ambulant virksomhet (jfr. kapittel 6). Det innebærer at mens oppholdstiden for de øvrige enhetene er i form av innleggelse, vil den for Drammens vedkommende også innebære poliklinisk behandling og ambulant virksomhet. Dette belyses nærmere i kapittel 8.9.

Oppholdstid eller behandlingstid ble beregnet som differansen mellom inntaks-/oppstartsdato og utskrivelses-/episodesluttid. Gjennomsnittlig oppholdstid for alle enhetene var 29,4 døgn (SD 44,2). For enhetene varierte oppholdstiden fra 0 døgn til 130 døgn som den minste variasjonen, og 0 til 293 døgn som den største variasjonen.

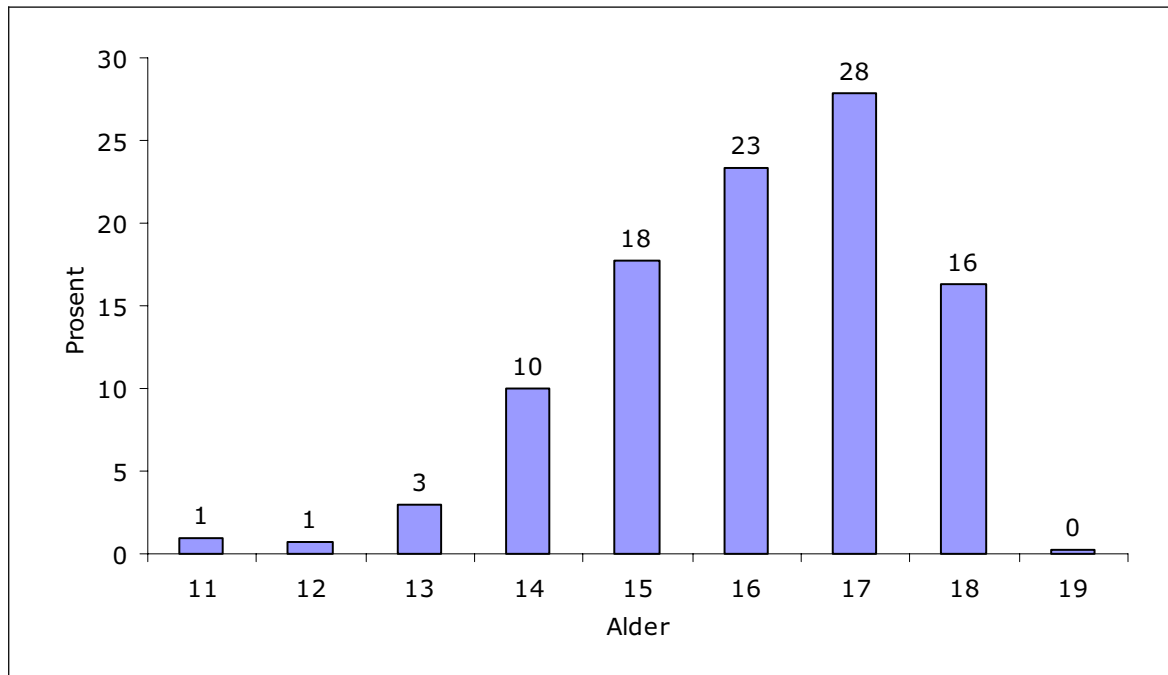
7.3 Sosiodemografiske forhold

7.3.1 Kjønn og alder

Det var en klar overvekt av jenter som ble behandlet i akutenhetene for ungdom. 73% av inntakene var jenter, og det varierte fra 62% til 80% mellom enhetene.

Akutenhetene har en noe ulik aldersprofil når det gjelder målgruppe, jfr. kapittel 6.1. I den neste figuren vises den prosentvise fordelingen for alle enhetene samlet.

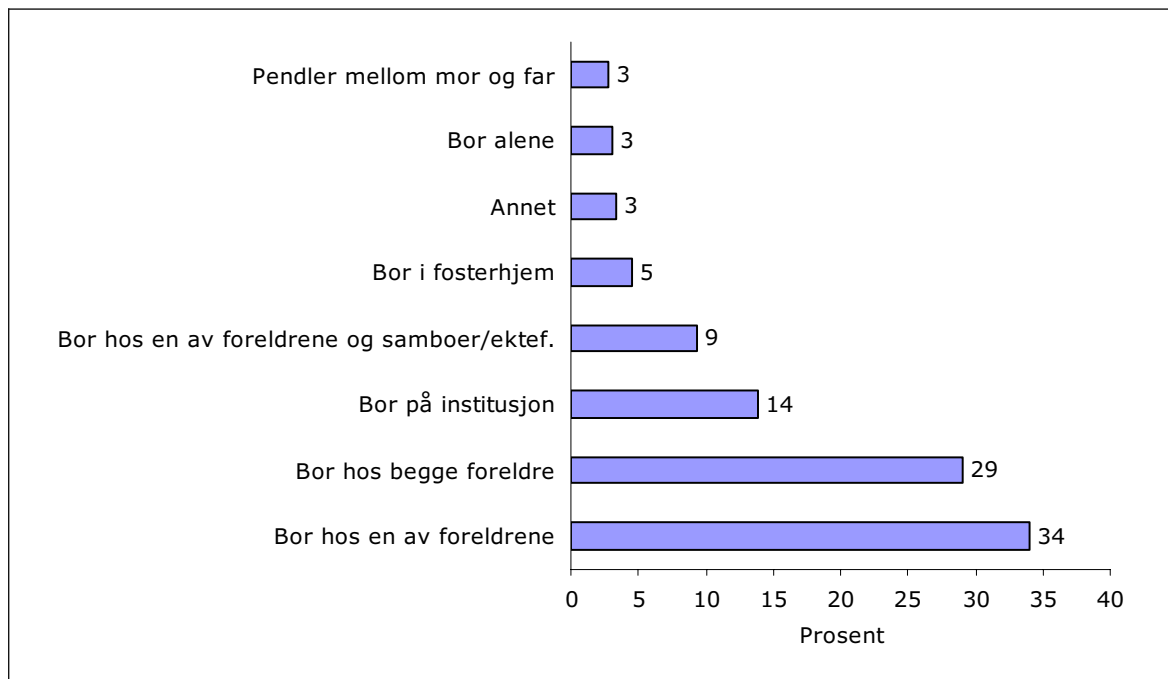
Figur 7.1 Aldersfordeling akutenheter for ungdom. Prosent.



Det var et aldersspenn fra 11-19 år på de pasienter som fikk et tilbud ved akutenhetene for ungdom, mens de alt overveiende var i aldersgruppen 15-18. Gjennomsnittsalderen var 16 år.

For 80% av oppholdene har vi opplysninger om boforhold, se figur 7.2.

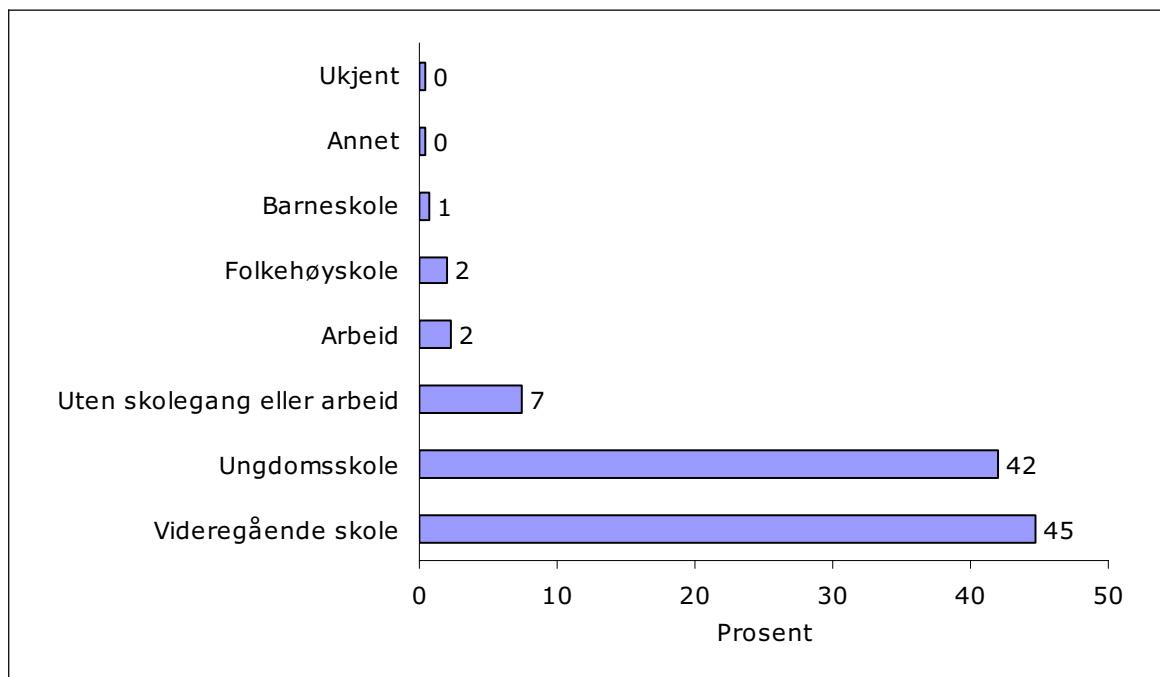
Figur 7.2 Boforhold akutenheter for ungdom. Prosent.



De to største gruppene av ungdommer bodde hos en eller begge av foreldrene. Samlet sett bodde om lag tre av fire ungdommer sammen med minst en av foreldrene.

Det ble også spurt om hva som hadde vært pasientens hovedgjøremål ved inntak.

Figur 7.3 Ungdommens hovedgjøremål. Prosent.



For 92% av oppholdene har vi opplysninger om hva som var ungdommens hovedgjøremål. Det alt overveiende av ungdommene gikk enten i ungdomsskole eller videregående, kun et lite mindretall var enten i arbeid eller uten arbeid/skolegang.

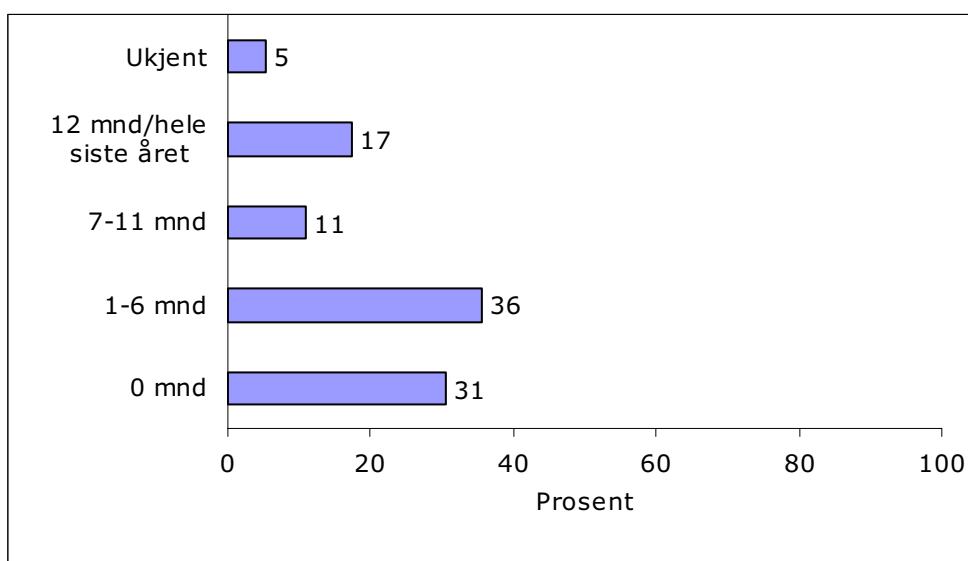
I spørreskjemaet ble det spurt om enkelte forhold, hvis ungdommen hadde annen etnisk bakgrunn enn norsk. For om lag 1/3 av oppholdene har vi opplysninger om dette. Av disse hadde 2% behov for tolk, 4% var asylsøker – hvor søknaden var til behandling, det samme antall hadde fått søknaden avslått og 2% var blitt utsatt for krig/tortur.

7.4 Tidligere behandling før henvisning

7.4.1 Tilbud siste 12 mnd

Et interessant spørsmål er i hvilken grad pasientene som blir tatt imot ved akutenhetene allerede hadde et tilbud fra det psykiske helsevernet for barn og unge. I figur 7.4. viser vi fordelingen på oppholdene etter hvor lang tid forut for innleggelsen de hadde et poliklinisk tilbud.

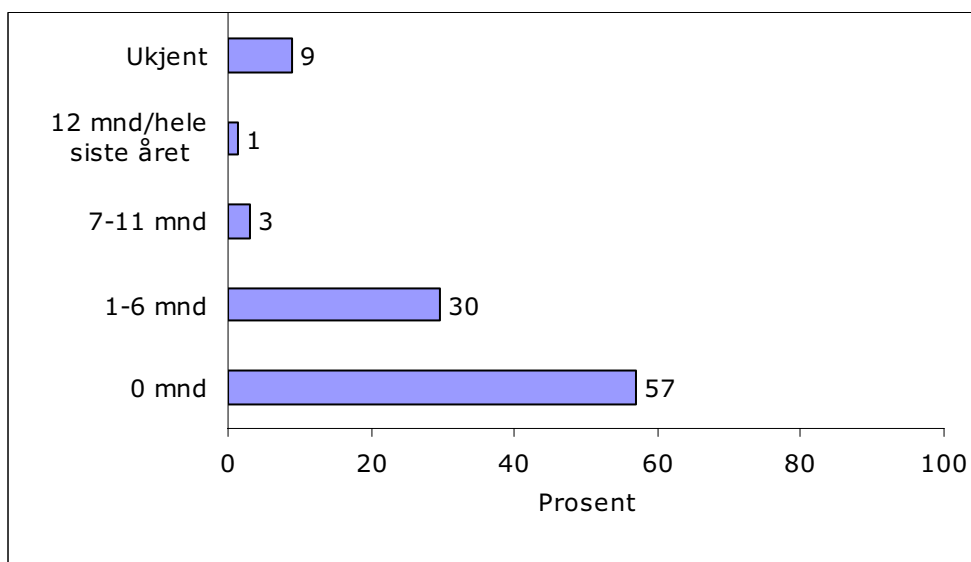
Figur 7.4 Poliklinisk psykisk helsevern siste 12 måneder. Prosent.



Som det framgår av figuren hadde en i om lag hver tredje innleggelse ikke hatt et poliklinisk tilbud. Majoriteten hadde med andre ord allerede et etablert poliklinisk behandlingstilbud ved innleggelsen i akutteneheten.

I figur 7.5 viser vi den tilsvarende fordelingen når det gjelder døgnopphold.

Figur 7.5 Døgnopphold psykisk helsevern siste 12 måneder. Prosent.



Her er bildet et noe annet, nær 60% hadde ikke hatt noe kjent døgnopphold tidligere, samtidig som nær 1/3 hadde hatt et døgnopphold det siste halve året. Det var med andre ord et betydelig antall pasienter som har hatt behov for gjentatte døgnopphold, om ikke nødvendigvis ved en akuttenehet.

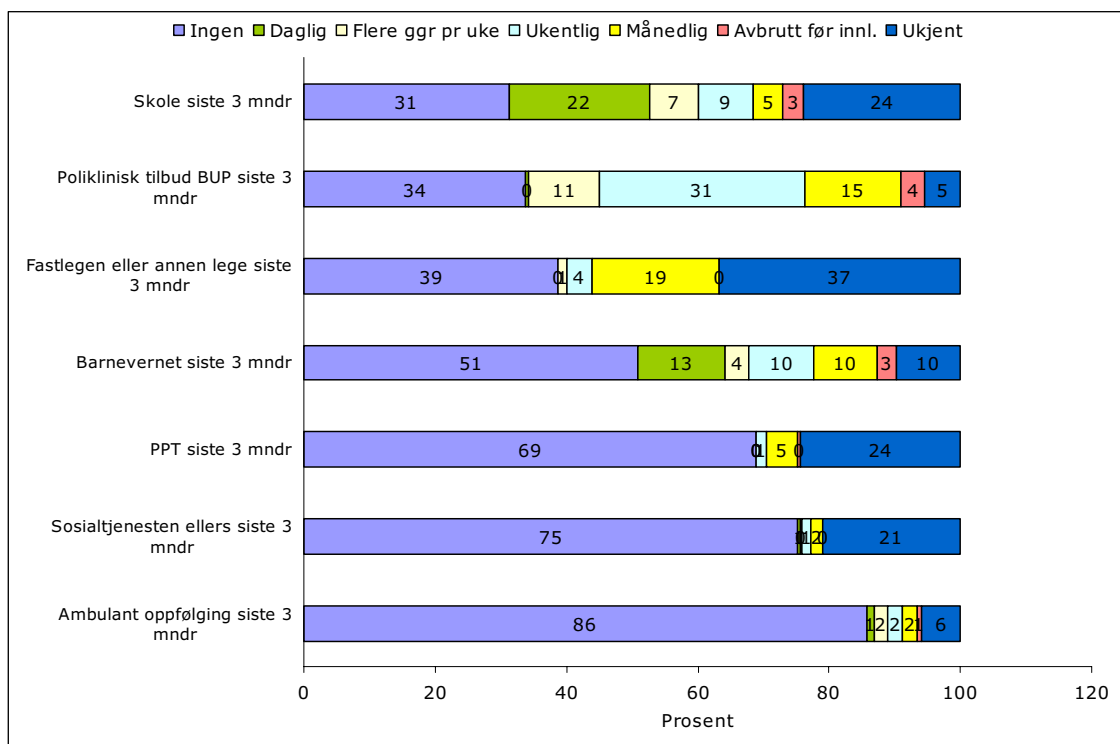
I 29% av innleggelsene hadde pasienten hatt både et poliklinisk tilbud og et døgntilbud forut for akuttinntaket, den største gruppen i løpet av det siste halve året (14%). I 26% av innleggelsene hadde pasienten verken hatt et poliklinisk tilbud eller et døgntilbud.

Når det gjaldt behandling ved rusteam hadde kun en av de 389 oppholdene hvor vi har opplysninger hatt dette, og da i 1-6 mnd. To hadde hatt opphold ved rusinstitusjon.

7.4.2 Grad av oppfølging siste 3 mnd

Det ble også spurt om hvilken oppfølging pasientene hadde hatt de siste tre måneder forut for inntaket. Dette kan på samme måte som det forrige spørsmålet fortelle oss noe om den totale tiltaksmengden disse pasientene mottok.

Figur 7.6 Grad av oppfølging siste 3 måneder før inntak. Prosent.



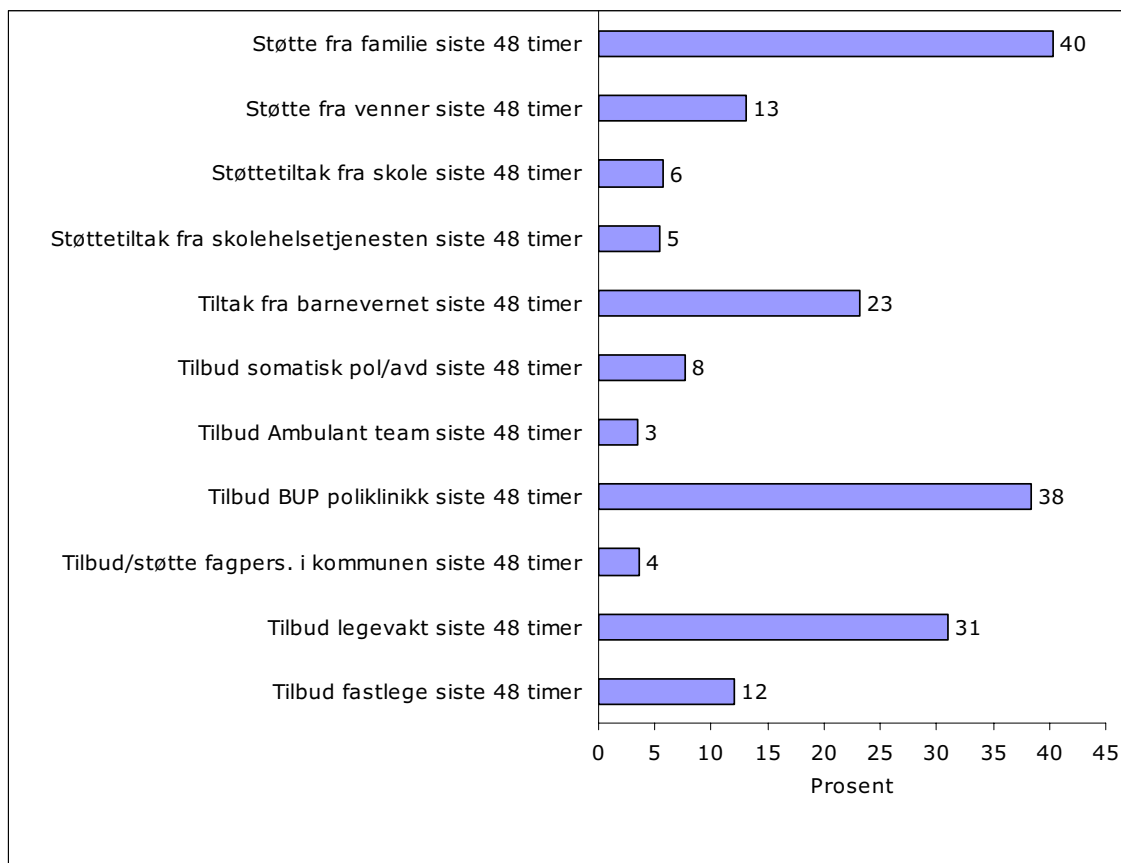
Som det framgår av figuren mottok en i nesten 60% av oppholdene et poliklinisk tilbud den siste måneden før oppholdet, og nesten hver tredje mottok et poliklinisk tilbud ukentlig. Det tilbudet som dekket mest var i synkende rekkefølge poliklinisk tilbud i BUP, skole og barnevern. Verken når det gjelder PPT, Sosialtjenesten eller ambulant oppfølging hadde i nevneverdig grad vært involvert de siste 3 mnd. Det er samtidig interessant å legge merke til at for flere av instansene hadde akuttenheten ikke kjennskap til om det var gitt et tilbud, for fastlegene faktisk i over 1/3 av tilfellene. Det er systematisk slik at de man kjenner minst til er tjenester utenfor psykisk helsevern for barn og unge, med barnevernet i en mellomposisjon. Dette er en indikasjon på at akuttenhetenes kjennskap til hva andre instanser har gjort i forhold til pasientene mangler i mange tilfeller. Kun i et fåtall av tilfellene hadde tilbudet fra øvrige instanser blitt avbrutt før innleggelse.

Når det gjelder rusteam hadde det i fem tilfeller vært gitt behandling der.

7.4.3 Tilbud/støtte siste 48 timer

Vi spurte også om hvilket tilbud/støtte som hadde blitt gitt siste 48 timer forut for inntaket. Her kunne man krysse av for en lang rekke instanser. Fordelingen vises i figur 7.7.

Figur 7.7 Tilbud støtte gitt fra ulike instanser siste 48 timer. Prosent.



Det er ikke mulig ut fra disse opplysningene å vurdere hvilken støtte eller hvilket tilbud de har mottatt. Som vi har vist tidligere bodde om lag 75% hos en eller begge av foreldrene, mens det av denne figuren framgår at akuttenehetene vurderer at pasientene bare i noe over halvparten av innleggelsene mottok støtte fra familie siste 48 timer.

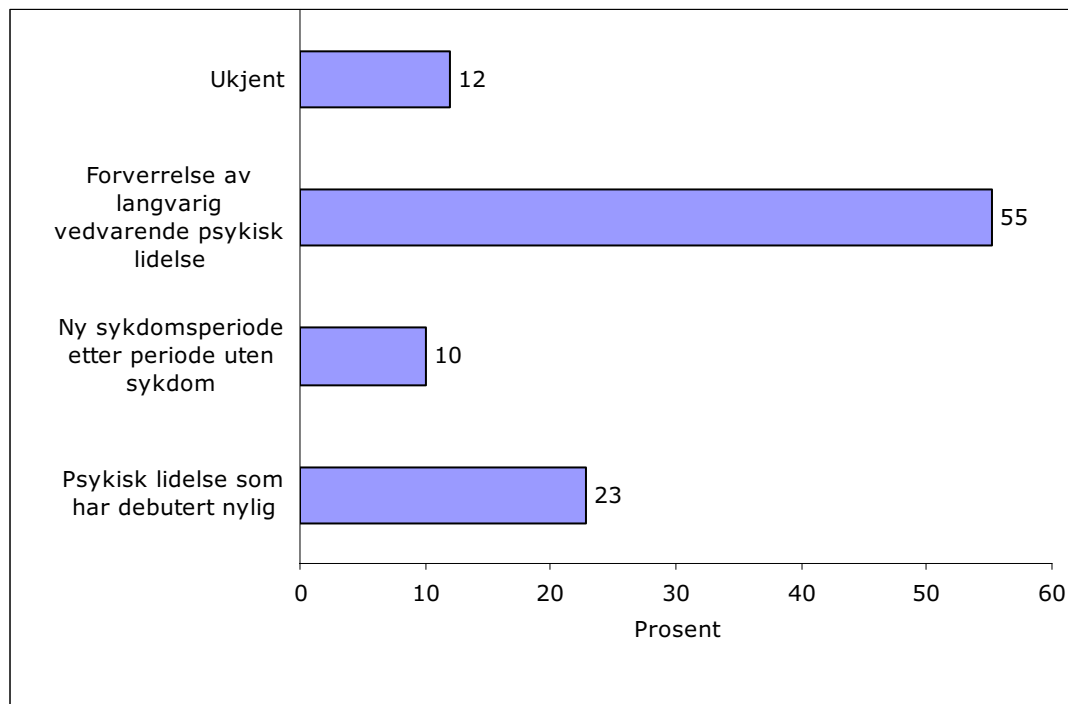
Poliklinikkene er i betydelig grad involvert i fasen umiddelbart forut for innleggelse.

Fordelingen mellom legevakt og fastlege indikerer også at fastlegen i langt mindre grad er involvert forut for akuttinnleggelser, dette tar legevakten seg av.

7.4.4 Tilstand

Et gjentakende diskusjonstema omkring akuttkapasitet er hvilke grupper som mottar dette tilbudet. Det vil bli belyst flere ganger, og i skjemaet ble det blant annet spurt om hva som var status for status for nåværende psykiske lidelse. Svarfordelingen for akuttenehetene framstilles samlet i figur 7.8.

Figur 7.8 Status for nåværende psykiske lidelse. Prosent.



Som det framgår av figuren var om lag hver fjerde innleggelse en psykisk lidelse som hadde debutert nylig. Hvis vi holder ukjent utenfor, var om lag to av tre innleggelser en forverring av langvarig vedvarende psykisk lidelse.

7.4.5 Medikamentell behandling

Det ble også spurt om i hvilken grad vedkommende tok psykofarmaka siste to uker før inntak. I halvparten av tilfellene brukte ikke pasienten medikamenter. Av de øvrige tok 80% medikamenter stort sett som forskrevet, 13% tok de bare delvis som forskrevet mens 6% ikke eller stort sett ikke tok de som forskrevet (missing 15%).

7.5 Henvisning og inntak

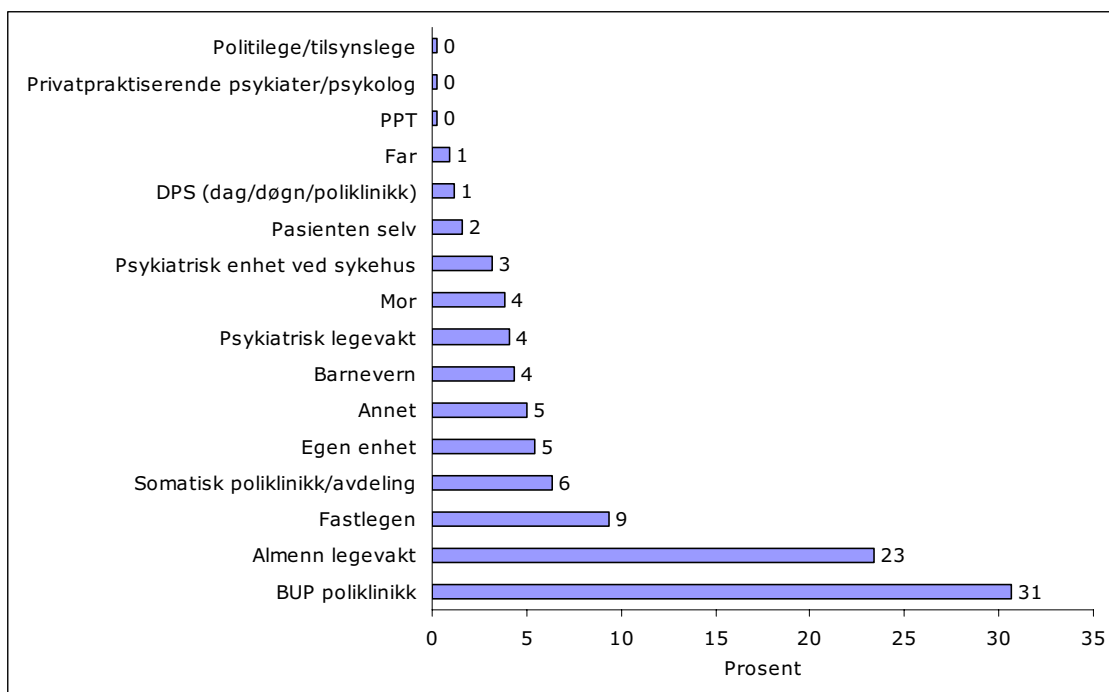
I denne delen skal vi belyse en del forhold knyttet til henvisningen og selve inntaksprosessen.

På spørsmål om det var foresatte med, viste det seg at mor var med i noe over halvparten av innleggelsene, mens far var med i om lag 30%. De var begge ved i hver femte innleggelse, mens ingen av de var til stede i 38%.

7.5.1 Hvem henviste

I figur 7.9 viser vi henvisende instans.

Figur 7.9 Hvem henviste? Prosent.



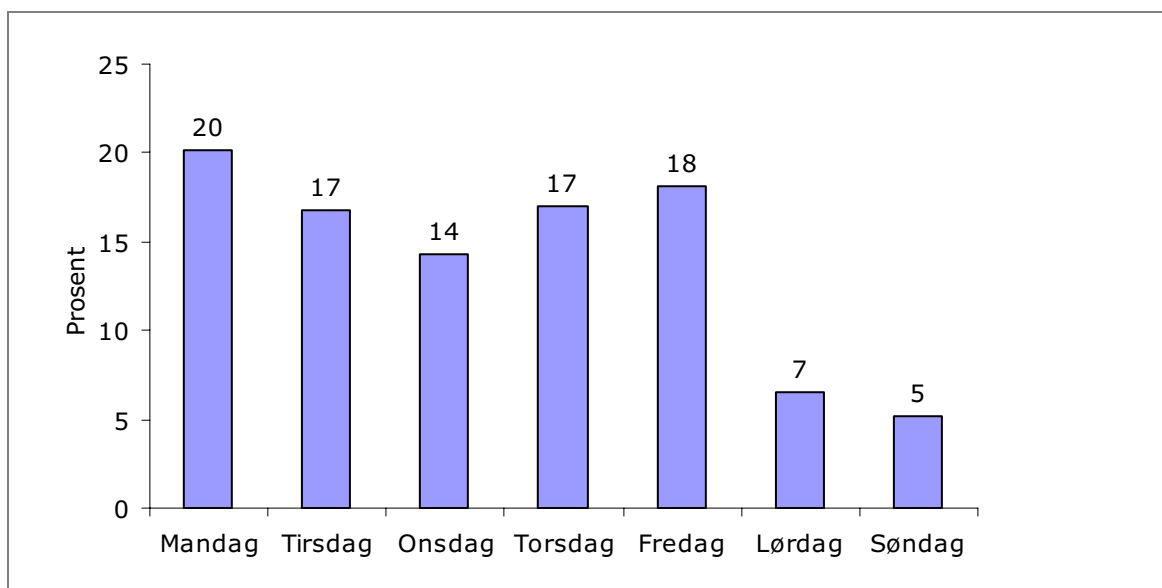
Nesten hver tredje henvisning skjer fra BUP poliklinikk. Vi finner igjen det samme mønsteret mellom allmenn legevakt og fastlege her, det er legevakten og ikke fastlegen som henviser.

Det ble også spurt om den som henviste kjente og fulgte opp pasienten. I 54% av innleggelsene gjorde henviser det, mens i 46% av innleggelsene var henviser en som hadde hatt liten eller ingen kontakt med pasienten. Det var særlig i de tilfeller når henviser var allmenn legevakt (94%), somatisk poliklinikk/avdeling (86%) eller psykiatrisk legevakt (88%) at henviser hadde hatt liten eller ingen kontakt med pasienten. I henvisninger fra fastlege, BUP og barnevern lå prosentandelen med liten eller ingen kontakt på mellom 20 og 30 prosent.

7.5.2 Når mottatt

En av de store diskusjonene rundt akuttkapasiteten er om det er tilstrekkelig kapasitet i helger og hele døgnet. I skjemaet ble det både samlet inn opplysninger om på hvilken ukedag pasienten ble lagt inn, og på hvilket tidspunkt av døgnet.

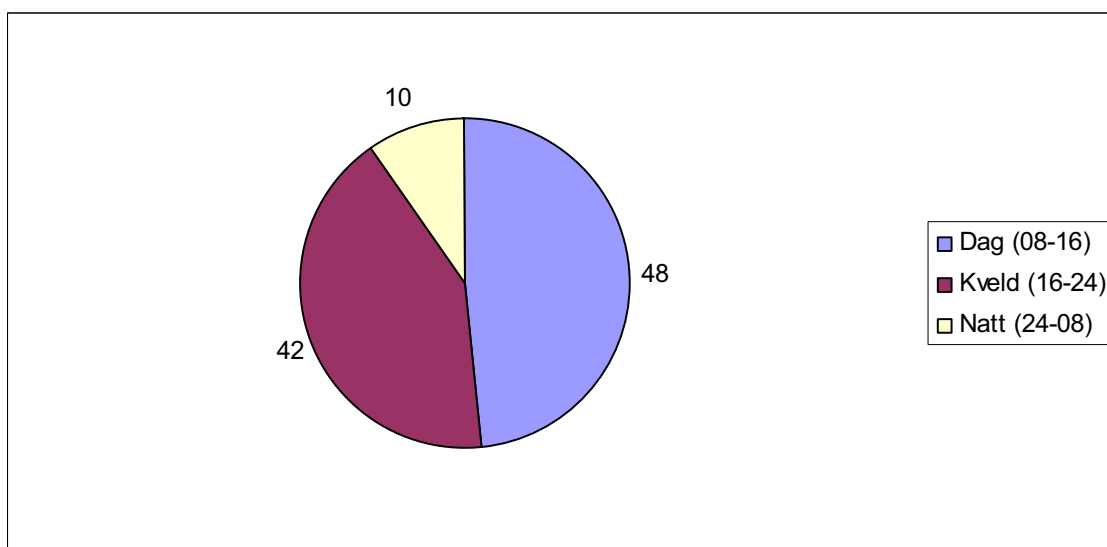
Figur 7.10 Ukedag for inntak. Prosent.



Som forventet foregikk langt færre inntak i helgene, selv om hver åttende innleggelse/inntak skjedde lørdag eller søndag.

Den neste figuren viser tidspunkt på døgnet inntaket skjedde.

Figur 7.11 Inntakstidspunkt på døgnet. Prosent.



Det var en noenlunde lik fordeling av hvorvidt innleggelsene skjedde på dag eller kveldstid. Her er det store forskjeller mellom enhetene. Tre av enhetene hadde om lag fem prosent av innleggelsene på natt, mens to hadde henholdsvis 15% og 20%. Det var en spredning av innleggelsene på dagtid på mellom 27% og 65%, og mellom 30% og 59% på kveldstid. Hva dette skyldes er usikkert, men det viser at presset på akuttenhetene mht. inntaksberedskap gjennom døgnet varierer betydelig.

7.5.3 Type opphold

Fire av de fem akutenhetene i denne undersøkelsen tilbyr i all hovedsak et døgntilbud, mens den femte tilbyr en kombinasjon av døgntilbud, poliklinisk tilbud og ambulant tilbud. Samlet sett var tre av fire episoder som innleggelse, 18% som poliklinisk tilbud og 5% som ambulant tilbud. For tre av enhetene skjedde tilbudet overveiende som innleggelse (fra 94%-99%) og det øvrige som et poliklinisk tilbud, ved en av enhetene var hver femte episode et ambulant tilbud og det øvrige en innleggelse mens ved den femte enheten skjer ca. hver tredje episode som innleggelse, 62% som poliklinisk tilbud og 6% som ambulant.

For 94% av oppholdene har vi opplysninger om hvorvidt dette var øyeblikkelig hjelp eller ikke, og av disse var ca 87% øyeblikkelig hjelp. To av enhetene hadde en ø-hjelpsandel på over 95%, mens den for de tre øvrige var på mellom 75% og 83%.

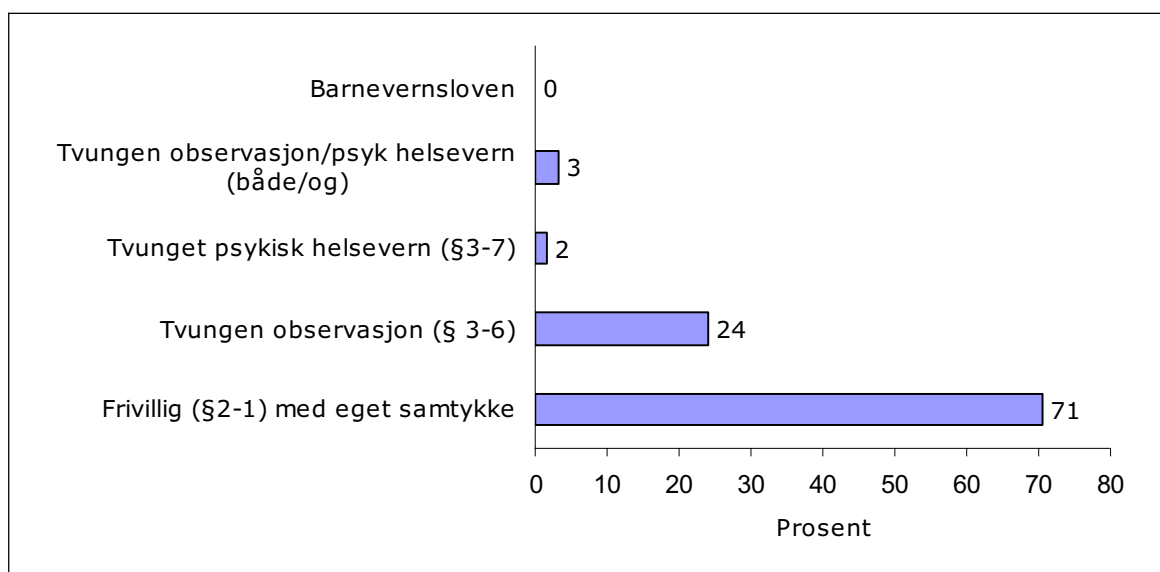
For avdelingene samlet var 87% av inntakene ikke planlagt (missing 4%), med en spredning mellom enhetene på fra 73% til 94%. Det er som forventet stort samsvar mellom om inntaket skjedde som ø-hjelp og ikke var planlagt.

I 83% av episodene var dette ikke pasientens første kontakt med psykisk helsevern.

7.5.4 Innleggelsesformalitet

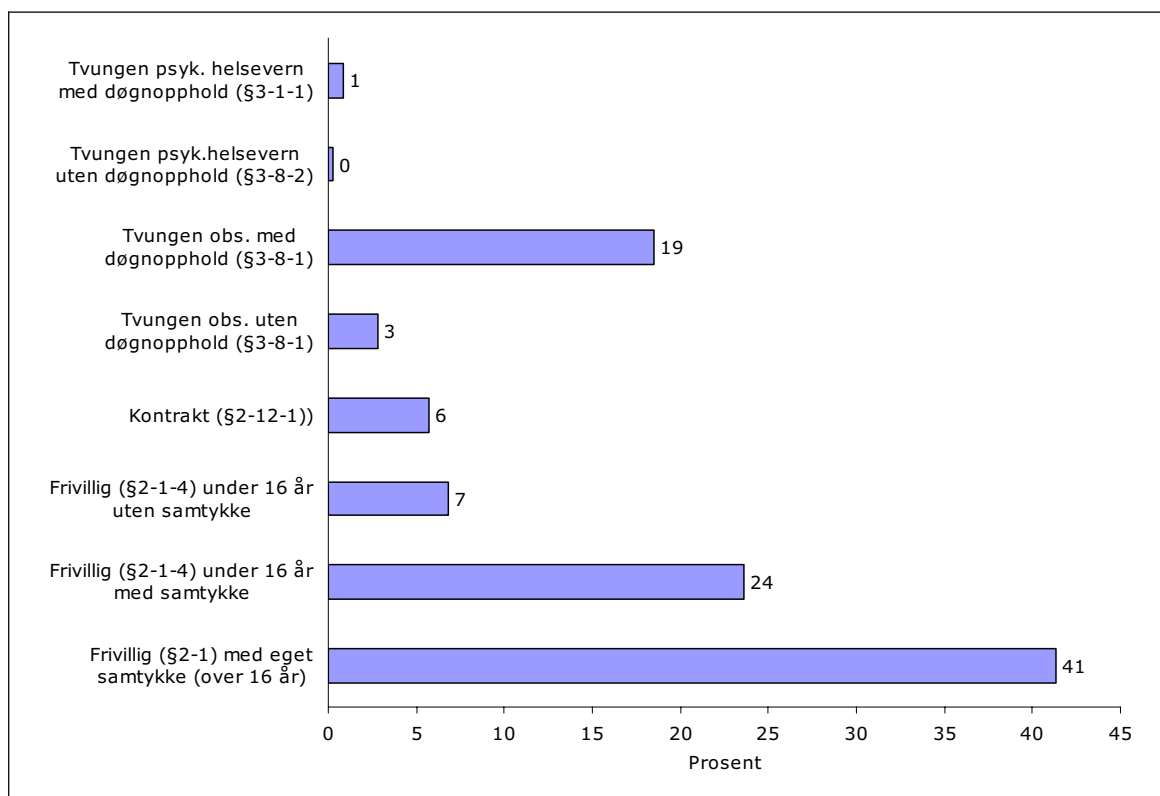
Av flere grunner har vi manglet nasjonale oversikter over bruk av tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevern for barn og unge. I figur 7.12 og 7.13 vises først henvisningsformalitet og deretter inntaksformalitet (spesialistvedtaket).

Figur 7.12 Henvisningsformalitet. Prosent av episodene.



For de noe over 80% av utvalget hvor vi har informasjon om henvisningsformalitet ble samlet sett 29% henvist til en eller annen form for tvungent psykisk helsevern, det alt overveiende til tvungen observasjon.

Figur 7.13 Spesialistvedtak. Prosent av episodene.



Totalt 23% av oppholdene (missing 20%) ble gjennomført under tvungent psykisk helsevern, hovedsakelig tvungen observasjon. Om lag hver fjerde henvisning til tvungent psykisk ble omgjort til frivillig innleggelse etter spesialistvedtaket.

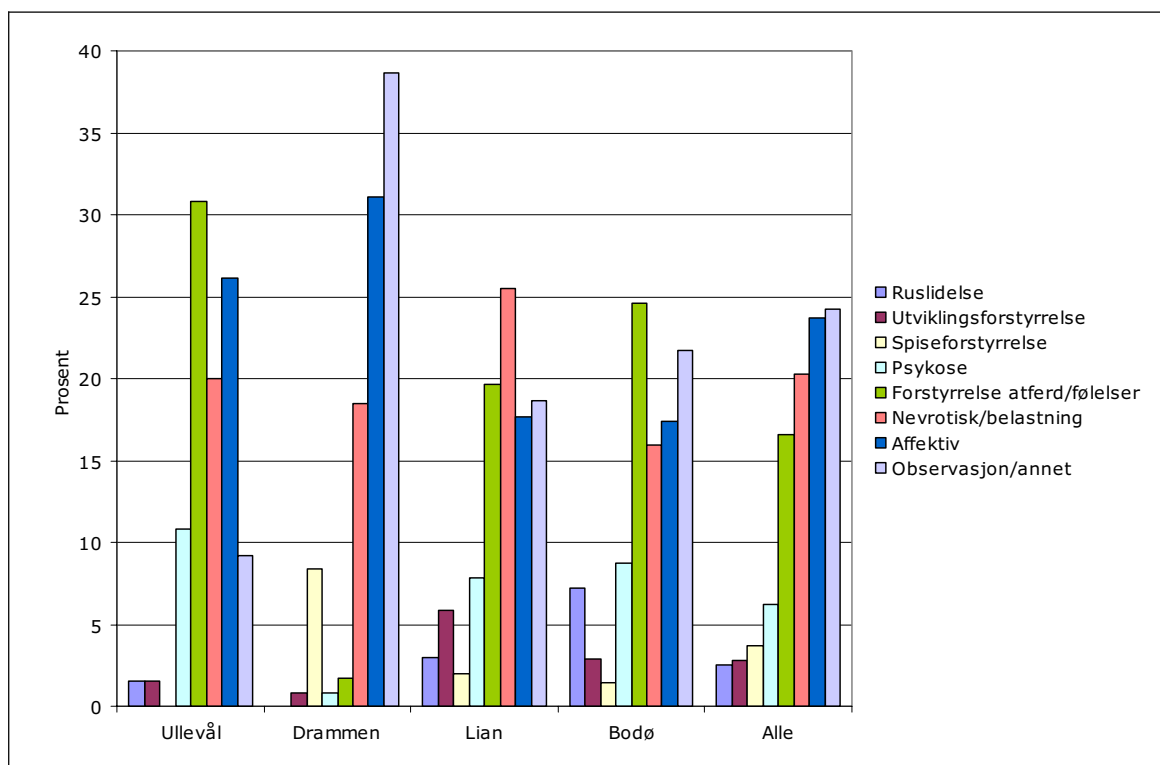
7.6 Diagnose, alvorlighet og type av problemer ved inntak

7.6.1 Diagnose

Opplysninger om diagnose ble hentet fra det pasientadministrative systemet. I psykisk helsevern for barn og unge benyttes et multiaksialt klassifikasjonssystem; Akse I Klinisk psykiatrisk syndrom, akse II Spesifikke utviklingsforstyrrelser, akse III Intelligensnivå, akse Aktuelle vanskelige psykososiale forhold og akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå. For en av enhetene mangler vi diagnoser ved skriving av denne rapporten, men dette vil bli supplert for seinere analyser.

I figur 7.14 framstilles den prosentvise fordelingen av diagnoser for hver enhet på akse I, og for de fire enhetene samlet.

Figur 7.14 Fordelingen av diagnoser for hver enhet, og for de fire enhetene samlet. ICD 10. Prosent.



De tre største diagnosegruppene for enhetene samlet var – med unntak av observasjonsdiagnoser – affektive lidelser (F30-F39) nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-F48) og Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (F90-F98). Det var innen noen diagnosegrupper betydelige forskjeller mellom enhetene, men her er det viktig å tolke med forsiktighet – det er i de fleste tilfeller snakk om små tall innen hver hovedgruppe. Mens åtte prosent av oppholdene i Drammen var spiseforstyrrelser (F50), var dette fraværende på Ullevål. Tilsvarende var det svært få opphold med psykosediagnose (F20-F.9) i Drammen, mens dette var mellom åtte og 11% ved de tre andre enhetene. Drammen hadde også få opphold med diagnosen Forstyrrelser i atferd/følelser (F90-F98), mens dette utgjorde mellom 20 og 31% ved de andre enhetene. Dette kan, ut over forskjeller knyttet til små tall og variasjoner over år, også skyldes reelle forskjeller i pasientpopulasjon og/eller forskjeller i diagnostisk praksis, jfr. når det gjelder det siste det pågående arbeidet med veileder for diagnosesetting i det psykiske helsevernet for barn og unge.

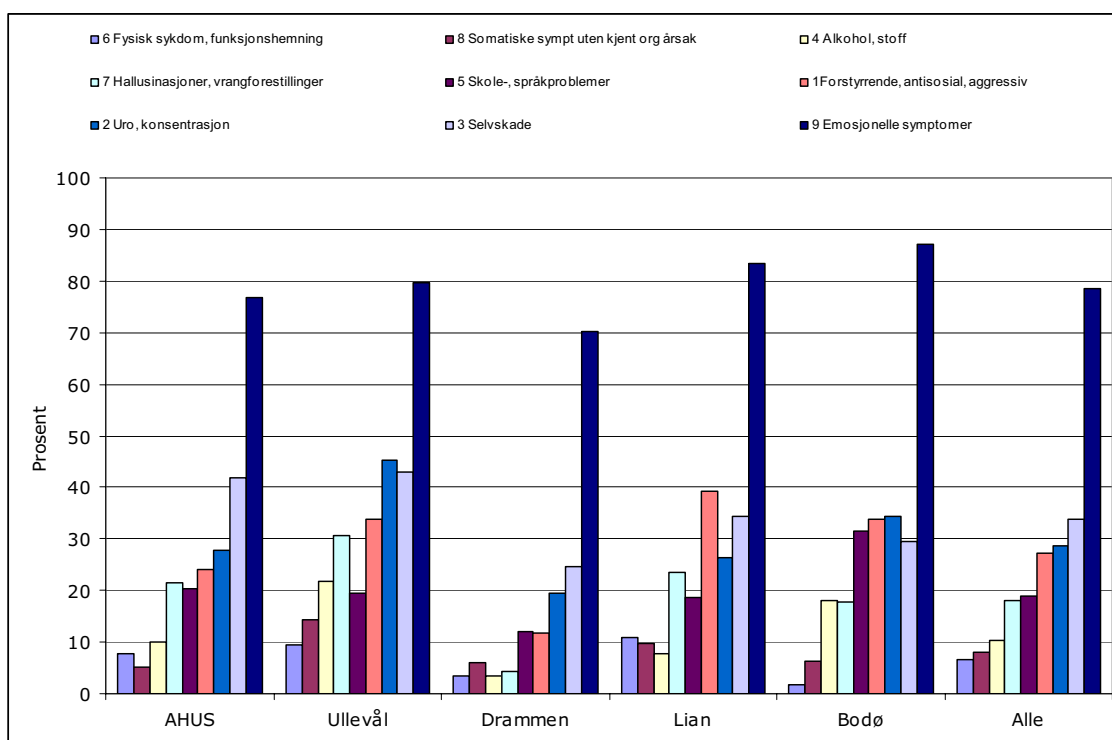
7.6.2 HONOSCA

Ved inntak og episodeslutt/utskrivning ble det skåret HoNOSCA. Denne har 13 ledd eller problemområder, hvor en innen hvert område skårer fra 0=ingen problem, til 4=(svært) alvorlig problem.

Gjennomsnittet av totalscore på alle HoNOSCA-leddene var for alle enhetene samlet 17,7, hvor en enhet hadde signifikant lavere verdi enn alle de øvrige fire. Mellom de øvrige enhetene var det ikke signifikante forskjeller.

I den neste figuren viser vi den prosentvise fordelingen av HoNOSCA 1-9 hvor det ved inntak ble vurdert at pasienten hadde et moderat alvorlig eller (svært) alvorlig problem.

Figur 7.15 Prosentandel episoder i akutenheter for ungdom som skåret moderat eller alvorlig på HoNOSCA 1-9.



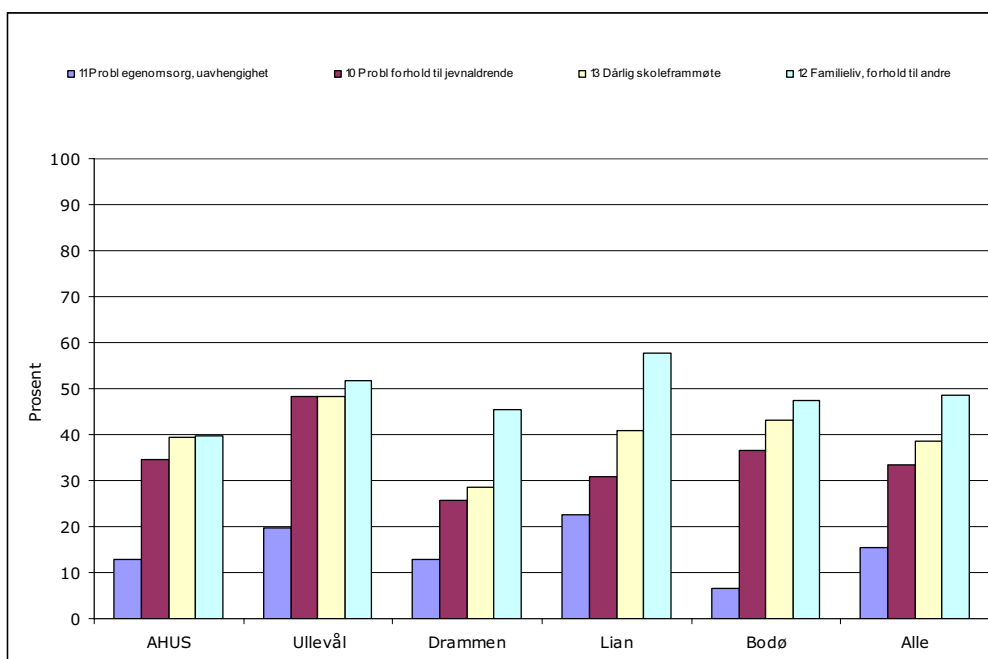
Skåringskala: 0=ingen problem, 1=mildt problem, 2=moderat problem, 3=moderat alvorlig problem, 4=(svært) alvorlig problem.

Det framgår av figuren at enhetene hadde grovt sett samme problemprofil for de ni første leddene, hvor emosjonelle symptomer hadde den største andelen med moderat alvorlig eller (svært) alvorlig problem. Ellers var det til dels betydelige forskjeller mellom enhetene for det enkelte ledd.

Enveis variansanalyse av forskjeller mellom de ulike akutenhetene med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) viser at det var signifikant variasjon mellom to eller flere av enhetene på alle leddene, med unntak av 3. Selvskaade. For de fleste leddene var forskjellene bare signifikante mellom to eller tre enheter.

I den neste figuren viser vi det samme, men da for leddene 10-13.

Figur 7.16 Prosentandel episoder i akuttenheter for ungdom som skåret moderat eller alvorlig på HoNOSCA 10-13.



Skåringskala: 0=ingen problem, 1=mildt problem, 2=moderat problem, 3=moderat alvorlig problem, 4=(svært) alvorlig problem.

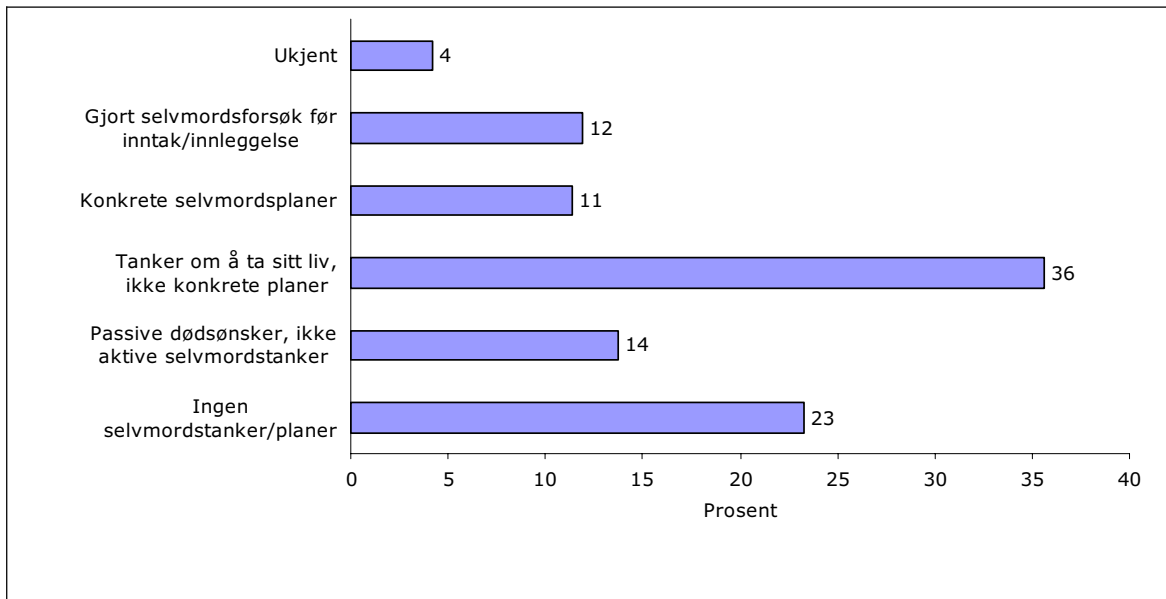
Også når det gjelder HoNOSCA-leddene 10-13 var det grovt sett samme profil på tvers av enhetene, og også her finner vi til dels betydelige forskjeller mellom enkelte av enhetene for hvert av leddene.

Enveis variansanalyse av forskjeller mellom de ulike akuttenhetene med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) viser at det var signifikant variasjon mellom to eller flere av enhetene på alle de fire leddene. For alle leddene var forskjellene bare signifikante mellom to eller tre enheter.

7.6.3 Øvrige indikasjoner på alvorlighet

Personalet ble i et eget spørsmål bedt om å vurdere om det var selvmordsfare til stede.

Figur 7.17 Selvmordsfare. Prosent



I hver tiende innleggelse hadde pasienten gjort selvmordsforsøk forut. Et like høyt antall hadde hatt konkrete selvmordsplaner. Vi vet ikke om dette var i direkte tilknytning til selve innleggelsen, men disse tallene er en klar indikasjon på at denne pasientgruppen har et høyt lidelsestrykk.

I et lite mindretall av innleggelsene ble pasientene vurdert som ruset, mens de i 92% (missing 5%) ikke var påvirket av rusmidler. I kun 3 av innleggelsene var pasienten tydelig ruset og testet positivt på prøve.

8 Tiltak og behandlingsforløp

Hvordan var det akuttpsykiatriske behandlingsforløp for ungdom (innhold i tilbudet, sekvens av ulike tilbud), og var det forskjeller mellom enhetene?

8.1 Oppsummering

De to hyppigste "primære" behandlingsaktivitetene var samtale med hovedbehandler og samtale med primærkontakt. I om lag 1/3 av oppholdene hadde en gjennomført samarbeidsmøter med kommune og lokal BUP som del av behandlingen. Individuelt tilrettelagte aktiviteter ble gitt i halvparten av innleggeslene, og var også den aktivitetsformen som ble gitt hyppigst. Bare i et fåtall av innleggeslene ble det gitt bistand med økonomi/bolig eller andre praktiske ting.

I forhold til tilbud opprettet under oppholdet, hadde en særlig vektlagt å få på plass hovedbehandler, ansvarsgruppe, barneverntjeneste og individuell plan. Samtidig har en kun opprettet individuell plan i 1/3 av tilfellene hvor en vurderte det som aktuelt, og ansvarsgruppe kun i halvparten av tilfellene hvor en vurderte det som aktuelt.

Det hyppigst anvendte rettighetsinngripende tiltaket under oppholdet var fastvakt, som i et eller annet omfang var anvendt i 16% av innleggelsene. Mekaniske tvangsmidler var anvendt i totalt 7 av de 441 innleggelsene.

En har særlig hatt kontakt med foreldre underveis i innleggelsen (90%), i mellom 10% og 20% av innleggelsene med andre pårørende og venner. De viktigste samarbeidspartnere en hadde kontakt med underveis var BUP, skole og barnevern. Fastlegen hadde man bare hatt kontakt med i om lag hver tiende innleggelse.

Under hver fjerde innleggelse hadde pasienten selvskadet, og i 3% hadde pasienten gjort selvmordsforsøk. I sju prosent av innleggelsene hadde pasienten skadet andre under innleggelsen. Samlet sett tyder dette på at akuttenhetene står overfor store behandlings- og miljømessige utfordringer.

Gjennomsnittlig oppholdstid var 29 dager, 44% av episodene var avsluttet i løpet av en uke, og etter 3 uker var to av tre episoder avsluttet.

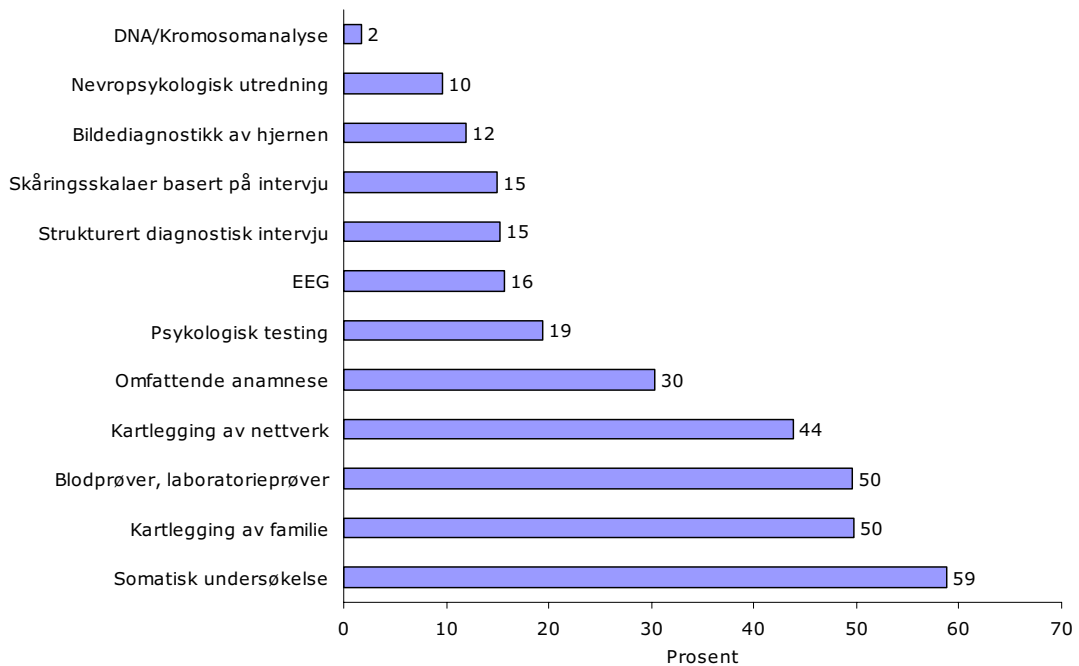
De viktigste oppfølgende instanser etter oppholdet var BUP poliklinikk (64%) og barnevernet (43%).

8.2 Utredning

Begrunnelsen for utredning i akuttenheter vil være de samme som for akuttenheter for voksne, jfr. kapittel 4.3.

I figur 8.1 vises den prosentvise fordelingen av de undersøkelser personalet krysset av for som gjennomført.

Figur 8.1 Undersøkelser gjennomført. Prosent av alle episoder.



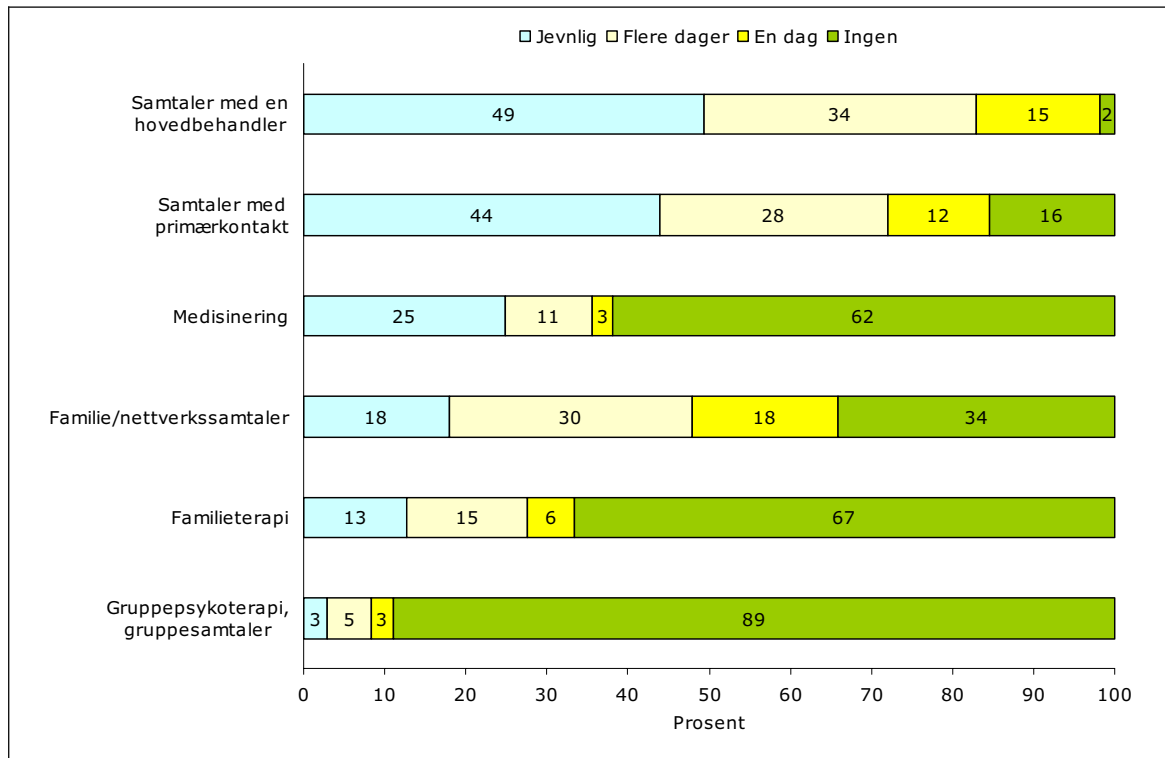
Det foreligger ikke opplysninger om når i løpet av oppholdet disse undersøkelsene ble gjennomført.

8.3 Behandling

Det var også utviklet et omfattende sett av spørsmål om hvilken behandling og hvilke tilbud som var gitt, totalt 17 kategorier. I tillegg kunne man legge til egne kategorier. For å si noe om omfanget av de ulike behandlingene/tiltakene skulle det for hver av kategoriene krysses av for om det hadde skjedd en dag, flere dager, jevnlig eller ingen ganger.

I den første figuren framstilles omfanget av det en kan kategorisere som den primære behandlingsaktiviteten.

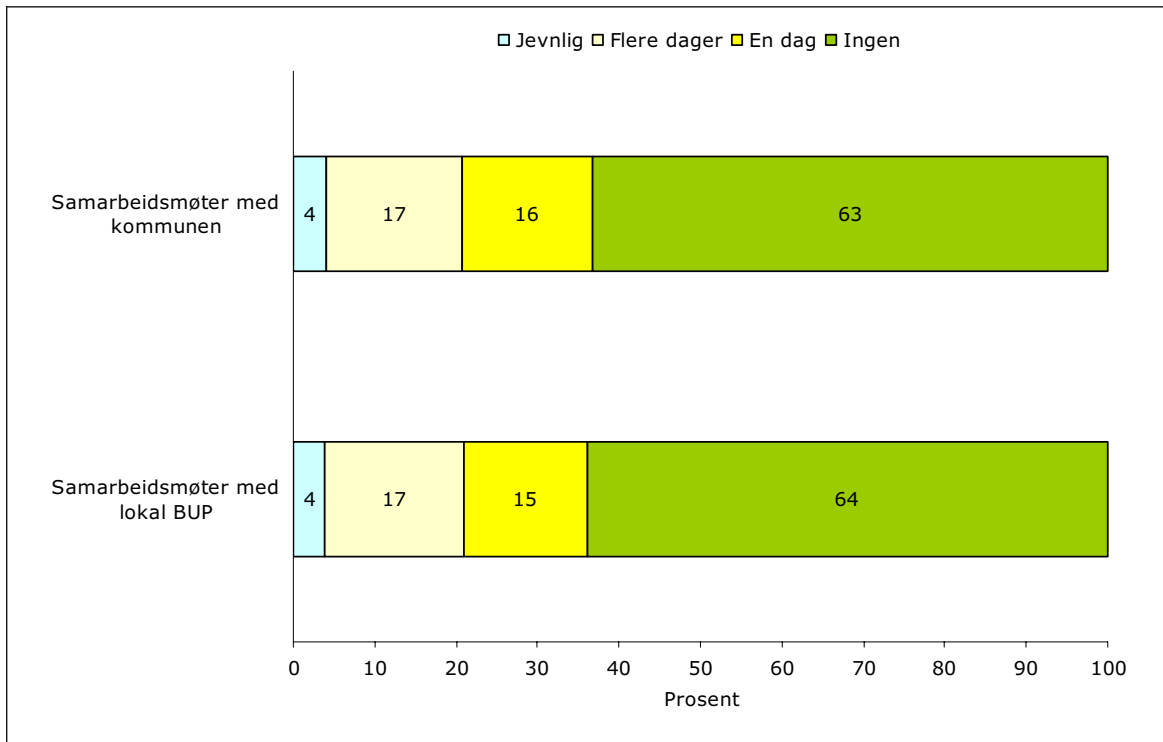
Figur 8.2 Andel opphold som har mottatt ulike behandlingstiltak gjennom oppholdet. Prosent. Alle fem akuttenheter.



De to hyppigste behandlingsaktivitetene var samtale med hovedbehandler og med primærkontakt. Gruppeterapi i en eller annen form ble i svært liten grad tilbudt til denne pasientgruppen.

Det ble også spurt om en hadde gjennomført samarbeidsmøter med lokal BUP og kommunen som del av behandlingen. Vi kommer tilbake til samarbeidsrelasjonene i form av kontakt seinere.

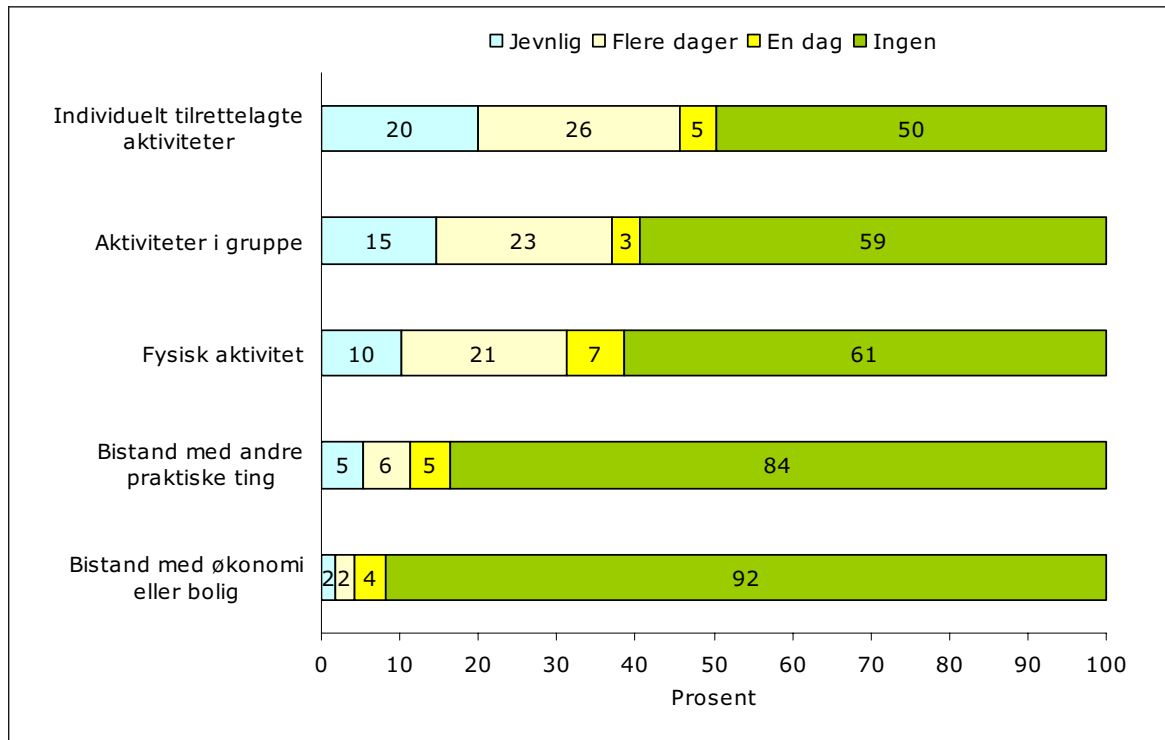
Figur 8.3 Andel opphold hvor en har gjennomført samarbeidsmøter med lokal BUP/kommunen som del av behandlingen gjennom oppholdet. Prosent. Alle fem akutenheter.



I noen over hvert tredje opphold hadde en hatt samarbeidsmøter med eksterne som del av behandlingen, og i samme omfang for hver av de to instansene.

Akuttilbudet består også av aktiviteter, både individuelt og i gruppe. Omfanget av dette vises i figur 8.4.

Figur 8.4 Andel opphold hvor en har gjennomført ulike aktiviteter samt gitt bistand som del av behandlingen gjennom oppholdet. Prosent. Alle fem akutenheter.

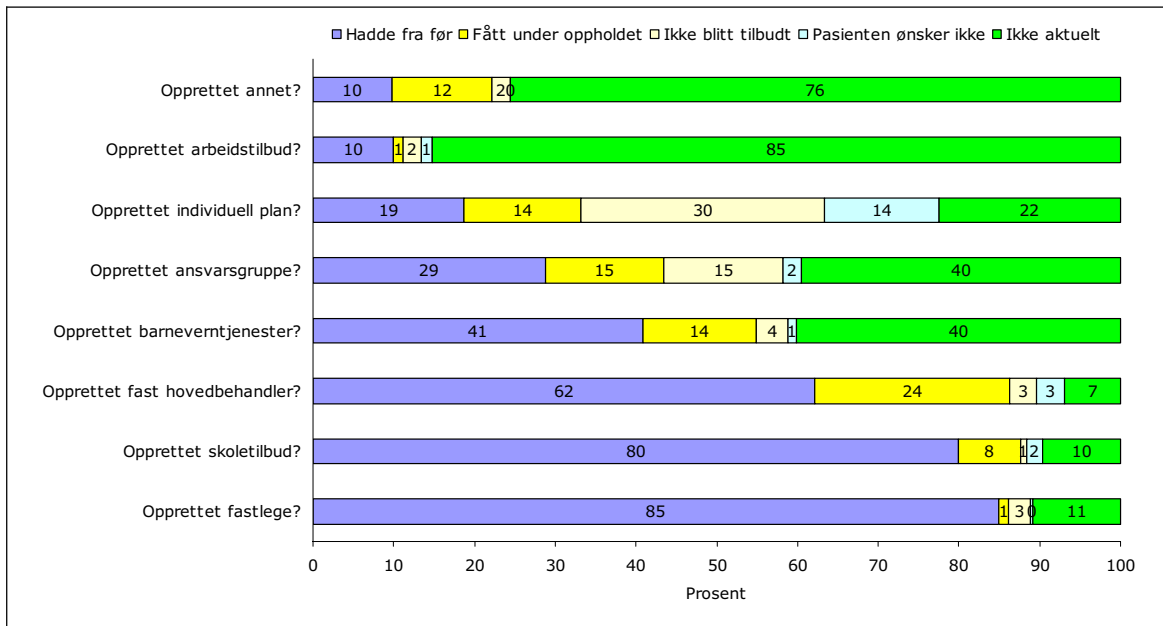


Individuelt tilrettelagte aktiviteter ble gitt i halvparten av oppholdene, og var også den aktivitetsformen som hyppigst ble gitt jevnlig. Bare i et fåtall av oppholdene ble det gitt bistand med økonomi/bolig eller andre praktiske ting.

8.4 Øvrige tilbud

I en god del tilfeller har pasienten et eksisterende tilbud før han/hun blir innlagt, eksempelvis fastlege eller skoletilbud, mens i en del tilfeller bidrar akutenhetene til at et slikt blir opprettet. Dette sier også noe om i hvilken grad akutenhetene arbeider helhetlig, eller avgrenset i forhold til egen behandling.

Figur 8.5 Andel opphold hvor tilbud har eksistert, blitt tilbudt mv.. Prosent. Alle fem akuttenheter.

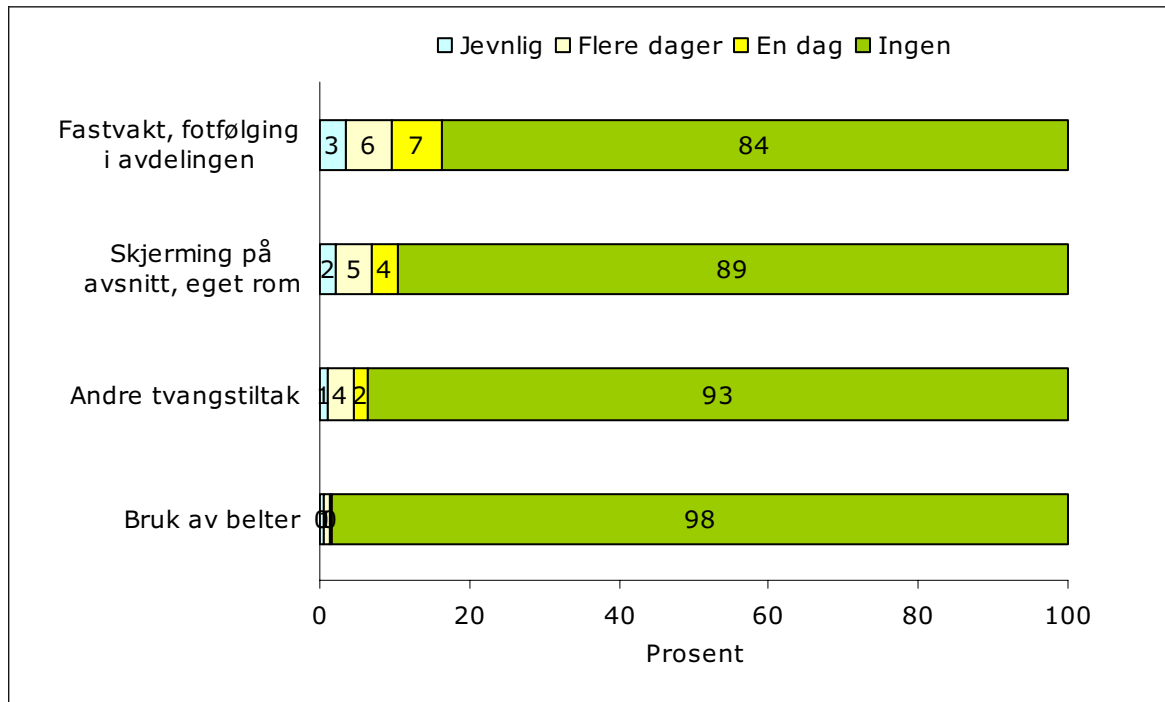


Det er ved flere høve påpekt at psykisk helsevern for barn og unge har kommet for kort i forhold til å tilby individuell plan. Som det framgår av figuren har en kun ved hvert tredje opphold hvor det har vært aktuelt etablert individuell plan. Tilsvarende har en i halvpartene av oppholdene hvor det har vært aktuelt etablert en ansvarsgruppe. Begge disse forholdene er indikasjoner på for svak formalisert koordinering av behandling og oppfølging av pasienten under og etter akutt oppholdet.

8.5 Bruk av rettighetsinngripende tiltak under oppholdet

Vi har tidligere redegjort for det formelle grunnlaget for innleggelsene. Det ble i tillegg spurt om en hadde brukt ulike former for rettighetsinngripende tiltak under oppholdet.

Figur 8.6 Andel opphold hvor en har gjennomført ulike rettighetsinngripende tiltak under oppholdet. Prosent. Alle fem akutteneheter.



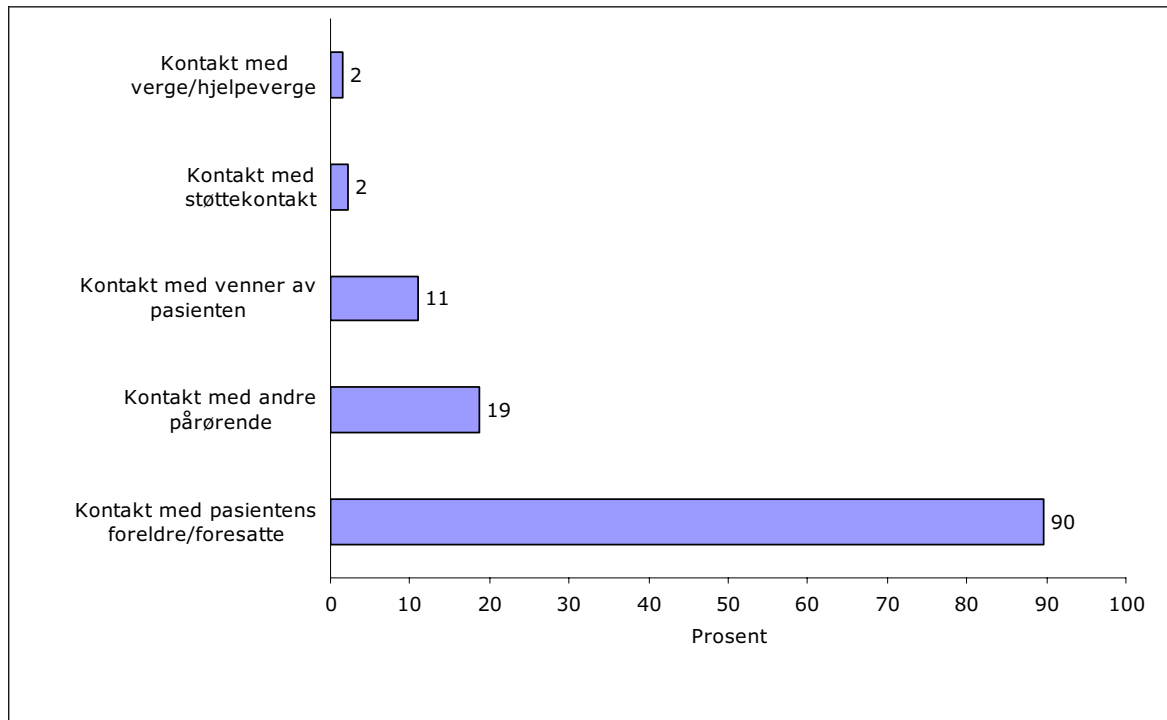
Av de kategoriene det ble spurt om, er kun belter regulert av psykisk helsevernloven. For de aller fleste oppholdene var det ikke brukt slike rettighetsinngripende tiltak. Det hyppigst anvendte tiltaket var fastvakt/fotfølging, mens belter ble brukt i totalt 7 opphold, jevnt fordelt mellom de tre hyppighetskategoriene.

8.6 Koordinering og samarbeid med andre tjenester

Vi har tidligere vist at akuttenehetene vurderer at de i for liten grad tar i bruk individuell plan og ansvarsgrupper for å koordinere behandling og oppfølging. Enhetene ble også bedt om å angi hvem de hadde hatt kontakt med under oppholdet. Her ble det bare spurt om hvorvidt en hadde hatt kontakt, ikke nærmere om omfanget.

I den første figuren framstilles omfanget av kontakt med pasientens pårørende og nettverk.

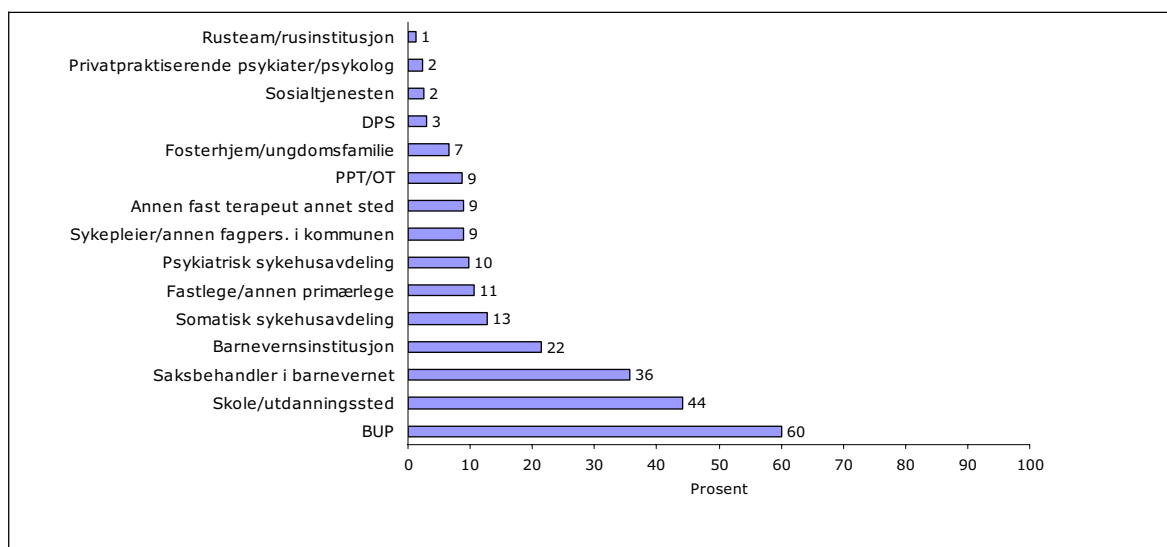
Figur 8.7 Andel opphold hvor en har hatt kontakt med pasientens pårørende og nettverk under oppholdet. Prosent. Alle fem akuttenheter.



Som det framgår av figuren har en særlig hatt kontakt med foreldre/foresatte, i langt mindre grad med andre pårørende og venner. Det er ikke spurt om pasienten hadde søsken, og evt. hvilke andre pårørende som inngår. Vi vet derfor ikke hvor stor andel av eventuelle søsken man har hatt kontakt med i løpet av oppholdet.

I den neste figuren viser vi omfanget av kontakt med de erfaringsmessig viktigste samarbeidspartnere for det psykiske helsevernet for barn og unge.

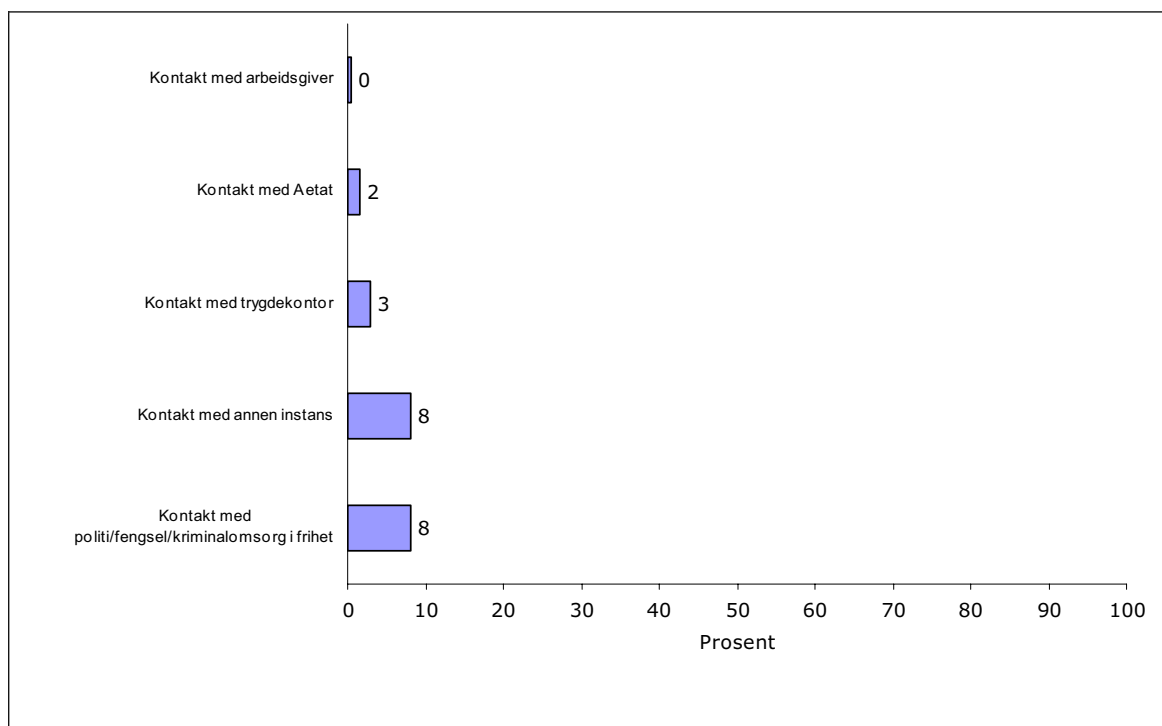
Figur 8.8 Andel opphold hvor en har hatt kontakt med vanlige samarbeidspartnere under oppholdet. Prosent. Alle fem akuttenheter.



Om lag tre av fire hadde et skoletilbud før oppholdet, mens man hadde kontakt med skolen ved i underkant av halvparten av oppholdene. BUP er den instansen man har hatt kontakt med i flest tilfeller, mens fastlege/annen primærlege har man kun hatt kontakt med ved hvert tiende opphold.

I den neste figuren viser vi omfanget av kontakt med en del andre potensielle samarbeidspartnere for det psykiske helsevernet for barn og unge.

Figur 8.9 Andel opphold hvor en har hatt kontakt med øvrige samarbeidspartnere under oppholdet. Prosent. Alle fem akuttenheter

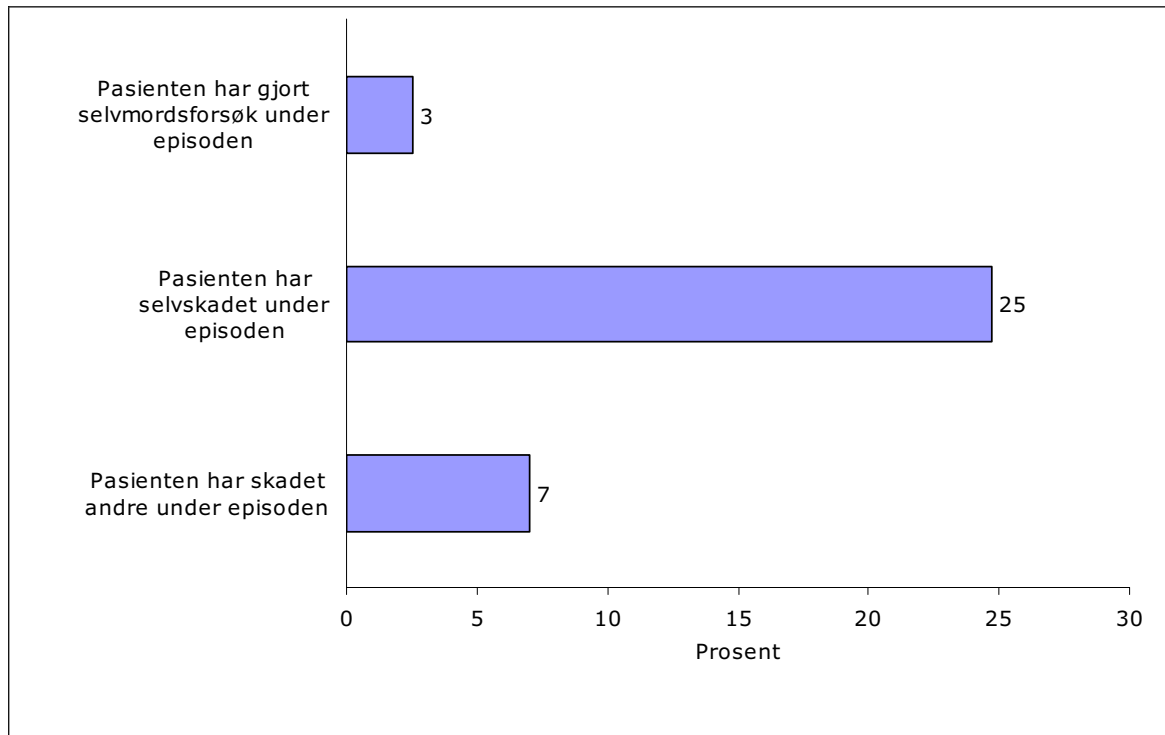


En har hatt en viss kontakt med politi/fengselsvesen/kriminalomsorg i frihet.

8.7 Selvskading og vold under oppholdet

Akuttenhetene tar per definisjon i mot pasienter i en alvorlig krise. Det var derfor ønskelig å fange opp om det i løpet av oppholdet hadde skjedd alvorlige hendelser, enten rettet mot pasienten selv eller mot andre.

Figur 8.10 Andel opphold hvor det hadde skjedd selvskading/selvmondsforsøk eller skadet andre fysisk. Prosent. Alle fem akuttenheter.



I nesten hvert fjerde opphold (missing 3%) hadde pasienten selvskadet, og selvskading må derfor sies å være hyppig forekommende i akuttenhetene. I under tre prosent av oppholdene har det vært gjort forsøk på å ta sitt eget liv, en indikasjon på at en del av ungdommene opplever svært belastende livssituasjoner. Vi vet ikke noe om omfanget av fysisk utagering totalt sett, men i sju prosent av oppholdene har den fysiske utageringen vært så alvorlig at pasienten har skadet andre.

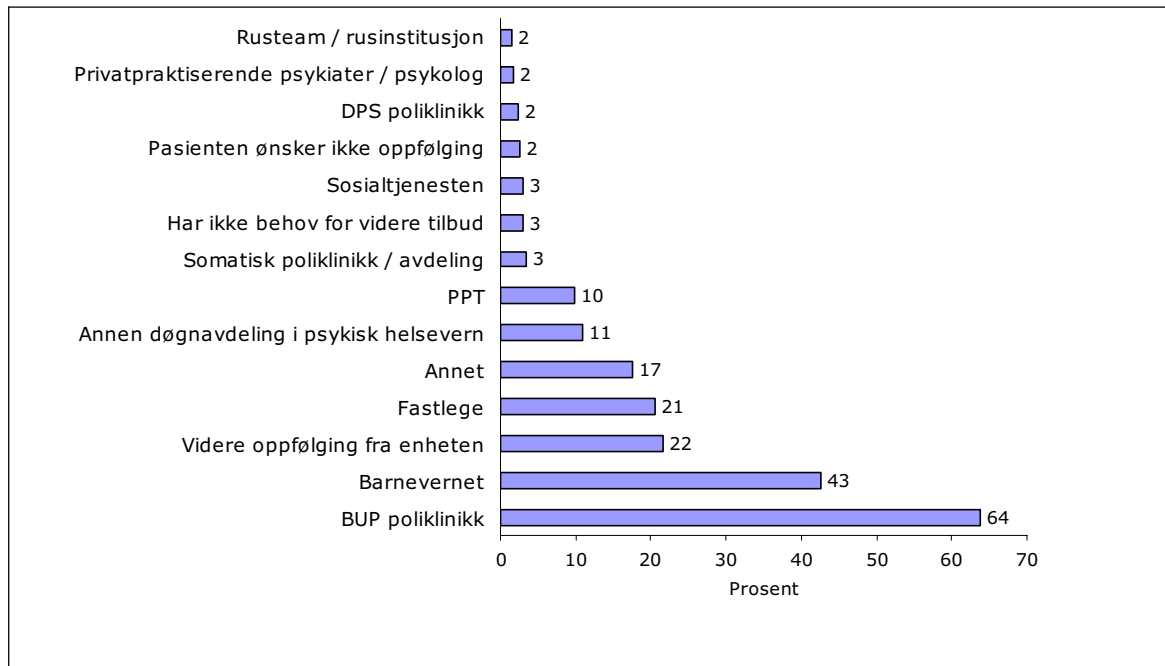
Vi vet ikke noe om hvor alvorlig disse hendelsene har vært, men både selvskading, selvmordsforsøk og fysisk vold stiller akuttenhetene overfor store behandlings- og miljømessige utfordringer.

8.8 Utskrivning og planer for videre behandling

Mens om lag annenhver innleggelse skjedde på enten ettermiddag, kveld eller natt foregikk som forventet det alt overveiende av utskrivningene på dagtid. Kun hver tiende utskrivning foregikk på ettermiddags-/kveldstid.

Fra hvilken instans skulle så den videre oppfølgingen skje?

Figur 8.11 Hvem skal gi et tilbud videre til pasienten?



Her var det mulig å sette kryss for flere alternativer. For om lag 80% av oppholdene har vi opplysninger om dette, og som det framgår av figuren skulle en i to av tre tilfeller følges opp fra BUP poliklinikk som viktigste oppfølgende instans. Kun i et fåtall av tilfellene var det enten ikke behov for oppfølging, eller pasienten ønsket ikke selv oppfølging.

Oppholdet ble avsluttet med utskrivingsamtale i over 96% av tilfellene (missing 10%).

8.9 Lengde på opphold og behandling

Akuttilbudet er i utgangspunktet tenkt som et kortvarig tilbud, men av ulike årsaker vil det noen ganger være nødvendig med lengre opphold. I den neste tabellen viser vi gjennomsnittlig oppholdstid fordelt på diagnose, og for hver enkelt diagnosegruppe prosentvis fordelt etter gruppert oppholdstid.

Tabell 8.1 Oppholdstid episode gruppert – for hver diagnosegruppe. Prosent.

	Mean (dager)	0-2 dager	3-7 dager	1-3 uker	4-6 uker	7 uker - 3 mnd	3-12 mndr	N
Ruslidelse	10	44	11	33	11			9
Psykose	71			29	24	24	24	21
Affektiv	35	10	23	27	16	11	14	71
Nevrotisk/belastning	32	26	27	17	11	9	11	66
Spiseforstyrrelse	60	9	18		27	36	9	11
Utviklingsforstyrrelse	14	33		33	33			9
Forstyrrelse atferd/følelser	17	19	19	32	24	7		59
Observasjon/annet	19	37	31	11	6	7	9	71
Total	29	22	22	22	15	10	9	317

For en av enhetene mangler vi opplysninger om diagnose (se kapittel 7.6.1).

Gjennomsnittlig oppholdstid var 29 dager, 44% av episodene var avsluttet i løpet av en uke, og etter 3 uker var to av tre episoder avsluttet.

Enveis variansanalyse av forskjeller i oppholdstid mellom de ulike diagnosegruppene med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) viser at det kun var signifikant forskjell i oppholdstid mellom psykose og de øvrige diagnosegruppene (med unntak av spiseforstyrrelser). For flere av diagnosegruppene er det få episoder, og mangelen på signifikante forskjeller kan derfor skyldes dette.

Mens døgnoppholdene hadde en gjennomsnittlig oppholdstid på 22 døgn, hadde de polikliniske episodene i gjennomsnitt 75 dagers varighet.

Det var betydelige forskjeller mellom enhetene i gjennomsnittlig oppholdstid, den med kortest hadde 12 dager, mens den med lengst hadde 49 dager. De tre øvrige har ca 30 dager. Den med lengst gjennomsnittlig oppholdstid hadde også det største innslaget av polikliniske episoder, om lag like stort omfang som døgnoppholdene. For døgnoppholdene var gjennomsnittlig oppholdstid for denne enhet 10 døgn.

9 Utfall av akuttpsykiatrisk behandling

I hvilken grad gir akutt-tilbudet for ungdom forskjellige resultater (bedring av pasientens psykiske tilstand og funksjonsnivå)?

Når det gjelder ungdom har vi brukt HoNOSCA – ungdomsversjonen av HoNOS, som det primære endringsmålet (jfr. kapittel 7.6.2). Også når det gjelder dette har det vært gjennomført en opplæring av klinikere. Se ellers kapittel 5.2 for en drøfting av metode mv.

9.1 Oppsummering

For materialet samlet hadde totalscåre HoNOSCA, summen av skåringene på alle 13 leddene, en signifikant reduksjon fra 17,6 ved inntak til 13,5 ved episodeslutt/utskrivning. Endringen var også signifikant for hver av de fem akuttenhetene.

Gjennomsnittskåringene av alvorlighetsgrad innen problemområdene 1-9 viser en klar nedgang som er signifikant for sju av ni ledd for de fem akuttenhetene samlet, mens Skole- og språkproblemer samt Fysisk sykdom/funksjonshemming har ikke signifikant endring.

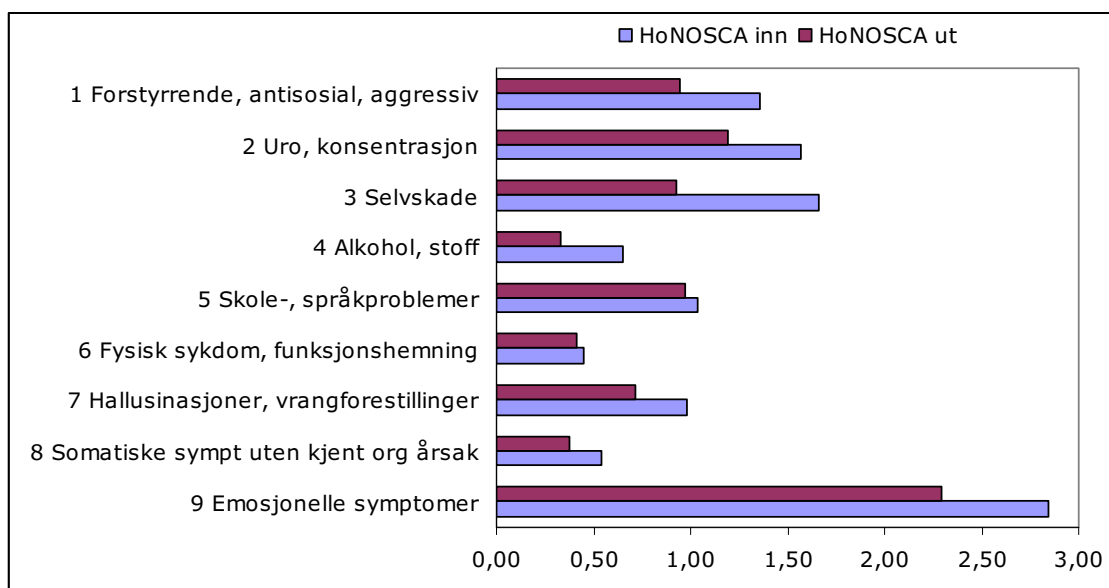
Gjennomsnittskåringene av alvorlighetsgrad innen problemområdene 10-13 viser signifikant nedgang for alle leddene for de fem akuttenhetene samlet.

9.2 Endringer i psykiske helsetilstand

For materialet samlet hadde totalscåre HoNOSCA, summen av skåringene på alle 13 leddene (problemområdene), en signifikant reduksjon fra 17,6 ved inntak til 13,5 ved episodeslutt/utskrivning ($p < 0,05$). Endringen var også signifikant for hver av de fem akuttenhetene ($p < 0,05$). Enveis variansanalyse av forskjeller mellom de ulike akuttenhetene med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) viser at det er signifikant variasjon mellom enheten med den største reduksjonen (-7,1) og alle de øvrige ($p < 0,05$).

I den neste figuren viser vi endring i HoNOSCA ledd 1- 9 fra inntak til episodeslutt/utskrivning for alle enhetene samlet.

Figur 9.1 Endringer i gjennomsnittskåre for HoNOSCA ledd 1-9 ved akutenheter for ungdom fra inntak til episodeslutt/utskrivning.



Skåringskala: 0=ingen problem, 1=mildt problem, 2=moderat problem, 3=moderat alvorlig problem, 4=(svært) alvorlig problem.

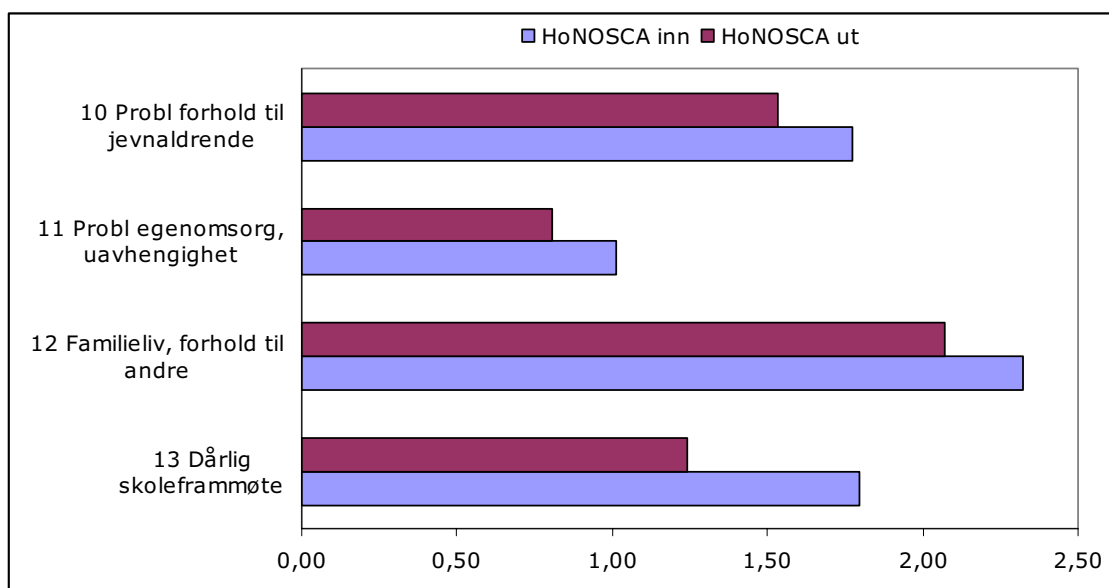
Gjennomsnittskåringene av alvorlighetsgrad innen de ni problemområdene viser en klar nedgang som er signifikant for sju av ni ledd, mens Skole- og språkproblemer samt Fysisk sykdom/funksjonshemming har ikke signifikant endring.

For fire av leddene - 1-3 og 9 - var det signifikante endringer for alle enhetene, for tre områder - 4, 7-8 - var det signifikante endringer ved fire enheter; og ved en enhet var det også signifikante endringer for ledd 6. En enhet hadde signifikante endringer for ledd, to enheter på sju, en enhet på seks og en enhet på fem ledd.

Enveis variansanalyse av forskjeller mellom de ulike akutenhetene med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) viser at det er signifikant variasjon mellom enhetene for endringer på ledd 2, 4 og 9. Det varierer litt hvilke avdelinger som er signifikant forskjellig fra andre, og for disse leddene er det enten eller to enheter som har høyere eller lavere endringsskårer enn de andre, mens de andre ikke skiller seg signifikant fra hverandre.

9.3 Endringer i praktisk og sosial fungering

Figur 9.2 Endringer i gjennomsnittskåre for HoNOSCA skalaer 10-13 ved akutenheter for ungdom fra inntak til episodeslutt/utskrivning.



Skåringskala: 0=ingen problem, 1=mildt problem, 2=moderat problem, 3=moderat alvorlig problem, 4=(svært) alvorlig problem.

Gjennomsnittskåringene av alvorlighetsgrad innen de fire problemområdene 10-13 viser signifikant nedgang på alle leddene for de fem akutenhetene samlet.

Her er det store forskjeller mellom enhetene i hvilke ledd hvor en har signifikante endringer. Det var ingen ledd hvor alle enheter hadde signifikante endringer. For ledd 11 og 13 hadde fire enheter signifikante endringer, mens på ledd 10 og 12 hadde tre enheter signifikante endringer. To enheter hadde signifikante endringer på alle fire ledd, en enhet hadde signifikante endringer på tre, en enhet på to mens en enhet hadde signifikante endringer på ett ledd.

Enveis variansanalyse av forskjeller mellom de ulike akutenhetene med parvis testing av forskjeller (med Bonferronis tilpasning) viser at det er signifikant variasjon mellom enhetene for endringer på ledd 12 og 13. Det varierer litt hvilke akutenheter som er signifikant forskjellig fra andre, og for disse leddene er det enten eller to enheter som har høyere eller lavere endringskårer enn de andre, mens de andre ikke skiller seg signifikant fra hverandre.

Litteraturreferanser

Gråwe R, Ruud T, Bjørngaard JH (2005). Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. Tidsskrift for den norske legeforening 125 (23): 3265-8.

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.

Ruud T. 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.

Vedlegg

Oversikt over akuttavdelinger og akutteam som er med på multisenterstudien

Registreringsskjema for opphold i akuttpsykiatriske avdelinger for voksne

Registreringsskjema for behandling ved akutteam

Registreringsskjema for opphold i akutenheter for ungdom

Akuttpsykiatriske tilbud i Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP)

Akuttavdelinger ved sykehus

Ullevål universitetssykehus
Diakonhjemmet sykehus (Vinderen)
Aker universitetssykehus
Sykehuset Innlandet (Sanderud sykehus, Reinsvoll sykehus, Gjøvik DPS)
Sykehuset Buskerud
Psykiatrien i Vestfold
Sykehuset Telemark (Skien)
Sørlandet sykehus (Arendal)
Sørlandet sykehus (Kristiansand)
Rogaland psykiatriske sykehus
Haugesund sjukehus
Psykiatrisk divisjon, Bergen
Helse Førde
Molde sjukehus
Sykehuset Namsos
Nordlandssykehuset
Universitetssykehuset i Nord-Norge

Akutteam ved sykehus eller distriktpsykiatriske sentre (DPS)

Grorud DPS
Vinderen DPS
Folloklinikken
Jessheimklinikken
Skien
Kristiansand
Haugesund
Molde
Tromsø og Karlsøy DPS

Ungdomspsykiatriske avdelinger

Ullevål universitetssykehus
Sykehuset Buskerud
Akershus universitetssykehus
St. Olavs hospital
Nordlandssykehuset

Registrering av opphold i akuttavdeling i psykisk helsevern for voksne

Utfyllingstidspunkt

Skjemaet er utformet slik at side 1-2 (A-D) vanligvis kan fylles ut i forbindelse med innleggelse, og side 3-4 (E-H) i forbindelse med utskrivning. Vurderinger under D og G gjøres for anført tidspunkt. Resten kan fylles ut når informasjonen er tilgjengelig. Det brukes egne skjema for akutteam og avdelinger for ungdom.

A Henvisning og innleggelse

- A01 Henvisning mottatt** *ddmmåå*

- A02 Innleggesdato** *ddmmåå*

- A03 Innleggelse klokkeslett** *tt*

- A04 Inntak som øyeblikkelig hjelp** (innen 24 t) 1 Ja 2 Nei

A05 Hvem som henviste pasienten?

- 1 Pasienten selv / pårørende
 2 Fastlegen / allmennlege
 3 Allmenn legevakt
 4 Psykiatritjeneste i kommunen
 5 Psykiatrisk legevakt
 6 Somatisk poliklinikk / avdeling
 7 Poliklinikk / dagtilbud ved DPS
 8 Døgnavdeling ved DPS
 9 Psykiatrisk poliklinikk / dagtilbud ved sykehus
 10 Psykiatrisk døgnavdeling ved sykehus
 11 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
 12 Politilege / tilsynslege i fengsel / rettsvesen
 13 Annet:

A06 Henvisningen er fra

- 1 Noen som kjenner og følger opp pasienten
 2 Noen som har hatt liten/ingen kontakt med pasienten

A07 Henvisningsformalitet (satt av henvisende instans)

- 1 Frivillig
 2 Tvungen observasjon (§3-6)
 3 Tvungent psykisk helsevern (§3-7)
 4 Dømt til tvungent psykisk helsevern
 5 Barnevernsloven
 6 Sosialtjenesteloven

A08 Inntaksformalitet ved spesialistvedtak (paragrafvurd.)

- 1 Frivillig (§2-1.1)
 2 Kontrakt (§2-2.1)
 3 Tvungen observasjon uten døgnopphold (§3-8.2)
 4 Tvungen observasjon med døgnopphold (§3-8.1)
 5 Tvungent psykisk helsev. uten døgnopph. (§3-1.2)
 6 Tvungent psykisk helsev. med døgnopph. (§3-1.1)
 7 Dømt til tvungent psykisk helsevern (§5-3.1)
 8 Barnevernsloven
 9 Sosialtjenesteloven

A09 Pasienten ble fulgt til innleggelsen av politi

- 1 Ja 2 Nei 3 Ukjent

A10 Pasienten ønsket selv innleggelse

- 1 Ja 2 Nei 3 Ukjent

A11 Har pasienten tidligere hatt kontakt med psykisk helsevern? Gjelder helse psykisk helsevern samlet sett.

- 1 Ja, polikl. 2 Ja, døgnopph. 3 Nei 4 Ukjent

Om innlagt på nytt innen ett år fra forrige utskrivning:

A12 Siste utskrivning var fra

- 1 Akuttavdeling ved sykehus
 2 Annen avdeling ved sykehus
 3 Døgnavdeling ved DPS

A13 Dato siste utskrivn. *ddmmåå*

A14 Denne reinnleggelsen var planlagt 1 Ja 2 Nei

Prosjekt nr	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Institusjon	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Avdeling	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Kodenummer for pasienten	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Kodenummer for oppholdet	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

B Opplysninger om pasienten

B01 Fødselsår

B02 Kjønn 1 Mann 2 Kvinne

B03 Sivilstatus

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

B04 Bor alene

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

B05 Pasientens etniske bakgrunn (se veiledningen)

1 Norsk 2 Annen :

B06 Dersom ikke norsk

- | | 1 Ja | 2 Nei | 3 Ukjent |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Nødvendig med tolk i samtaler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Asylsøker, søknad behandles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Asylsøker, søknad avslått | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Har vært utsatt for krig/tortur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B07 Pasienten har ___ barn under 18 år

B08 Om pasienten har omsorg for barn

- 1 Pasienten har ikke omsorg for barn
 2 Pasienten har deltids omsorg for barn
 3 Pasienten har heltids omsorg for barn

B09 Hjelp/tiltak til barn som pasienten har deltids eller heltids omsorg for

- 1 Barna har ikke behov for hjelp/tiltak
 2 Barna får hjelp/tiltak
 3 Barna trenger hjelp/tiltak, men får det ikke
 4 Kjenner ikke til om barna trenger hjelp/tiltak

B10 Bolig

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Leilighet/bolig | <input type="checkbox"/> 5 Bor i institusjon |
| <input type="checkbox"/> 2 Servicebolig uten tilsyn | <input type="checkbox"/> 6 Bor hos foreldre/andre |
| <input type="checkbox"/> 3 Omsorgsbolig m. noe tilsyn | <input type="checkbox"/> 7 Hospits eller lignende |
| <input type="checkbox"/> 4 Omsorgsbolig, heldøgnstils. | <input type="checkbox"/> 8 Ingen bolig/ bostedsløs |
| | <input type="checkbox"/> 9 Ukjent |

B11 Hovedinntektskilde

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Lønnet arbeid/næringsdriv. | <input type="checkbox"/> 7 Uførepensjon |
| <input type="checkbox"/> 2 Forsørget | <input type="checkbox"/> 8 Alderspensjon |
| <input type="checkbox"/> 3 Studielån | <input type="checkbox"/> 9 Sosial stønad |
| <input type="checkbox"/> 4 Arbeidsledighetstrygd | <input type="checkbox"/> 10 Annet: |
| <input type="checkbox"/> 5 Syke / rehabiliteringspenger | <input type="checkbox"/> 11 Ukjent |
| <input type="checkbox"/> 6 Attføringspenger | |

B12 Status for nåværende psykiske lidelse

- 1 Psykisk lidelse som har debutert i løpet av siste 12 mndr
 2 Ny sykdomsperiode etter periode uten sykdom
 3 Forverrelse av langvarig vedvarende psykisk lidelse
 4 Ukjent / annet:

B 13 Fullført utdanning

- 1 Grunnskole 2 Videreg. skole 2 Høgsk./Universitet

D03 GAF siste uke alvorligste Sympt

Funk

C Tjenester mottatt i tiden før innleggelsen

C01 Psykisk helsevern (innen spesialisthelsetjenesten) siste 12 måneder

Sett ett kryss pr linje

	Ingen	Måneder			Ukjent
		0-6	7-11	Hele tiden	
	1	2	3	4	5
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"/>

C02 Grad av oppfølging siste 3 mndr. før innleggelsen

Ett kryss innen de tre første kolonner på hver linje, samt eventuelt i kolonne 4

	Ja			Ukjent	Avbrutt før innl.
	1	2	3		
1 Stod på venteliste ved poliklinikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Poliklinisk behandling DPS/sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Dagbehandling DPS/sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ambulant team DPS/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 Fastlege eller annen primærlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Psykiatriteam/sykepleie i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Fagperson ved sosiale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Kommunalt dagtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C03 Kontakt og støtte siste 48 timer før innleggelsen

Det kan settes flere kryss

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Fastlege | <input type="checkbox"/> 7 Kriseseng/lavterskel |
| <input type="checkbox"/> 2 Legevakt | <input type="checkbox"/> 8 Somatisk poliklinikk/avd. |
| <input type="checkbox"/> 3 Fagpers. i kommune | <input type="checkbox"/> 9 Støtte fra pårørende |
| <input type="checkbox"/> 4 Psyk. poliklinikk | <input type="checkbox"/> 10 Støtte fra venner |
| <input type="checkbox"/> 5 Akutteam | <input type="checkbox"/> 11 Kontakt med politiet |
| <input type="checkbox"/> 6 Annet ambulant team | <input type="checkbox"/> 12 Annet: |

C04 Psykofarmaka pasienten stod på fram til innleggelsen

Ta med sovemedisiner og smertestillende medisiner

Medikamentnavn	mg /døgn

C05 Depotinjeksjon

døgn før innl

--	--

C06 1 Frivillig 2 I kraft av vedtak om tvangsbehandling

C07 Hvordan pasienten tok psykofarmaka siste to uker

- 1 Stod ikke på noen psykofarmaka
 2 Tok psykofarmaka stort sett som foreskrevet
 3 Tok psykofarmaka delvis som foreskrevet
 4 Tok ikke /stort sett ikke psykofarmaka som foreskrevet
 5 Ukjent

D Vurdering ved innleggelsen

D01 HoNOS Se veiledningen. Skåret ved: _____

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

	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 Selvskaade 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 1 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"/>

D02 Bruk av alkohol og stoff Se veiledn. 1 2 3 4 5

- 1 Bruk av alkohol
 2 Bruk av medikamenter / narkotika

(GAF-skåringer skrives på side 1, ved "minste basis datasett")

D04 Om pasienten var ruset ved innleggelsen

- 1 Ingen mistanke om pasienten var ruset
 2 Mistanke om pasienten var ruset
 3 Pasienten var åpenbart ruset

D05 Prøver på rusmiddelmissbruk

Alkohol Stoff

- 1 Ikke funnet grunn til å ta prøve
 2 Ikke tatt prøve fordi pasienten nektet
 3 Prøve tatt og var negativ
 4 Prøve tatt og var positiv (påvist)

D06 Selvmordsfare i forkant av innleggelsen (oppgitt i henvisning eller avdekket under samtaler ved innleggelse)

- 1 Ingen selvmordstanker/planer
 2 Passive dødsønsker, ikke aktive selvmordstanker
 3 Tanker om å ta sitt eget liv, ikke konkrete planer
 4 Konkrete selvmordsplaner
 5 Gjort villet egenskade med ingen/liten intensjon om å dø
 6 Gjort villet egenskade med stor/sikker intensjon om å dø
 7 Ukjent

D07 Selvmordsfare i avdelingen (vurdert ved inntak)

- 1 Høy
 2 Moderat
 3 Lav
 4 Ingen
 5 Usikkert

D08 Hovedgrunn for innleggelsen slik teamet/avd. ser det

Sett kryss på 1 - 3 linjer

- 1 Få gjennomført diagnostikk og utredning
 2 Få etablert / bedret behandlingsrelasjon
 3 Få satt igang / endret behandling
 4 Få kontroll over destruktiv atferd overfor seg 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

E Utredning og behandling under oppholdet

E01 Undersøkelser som er gjort	1 Ja	2 Nei	3 Nektet
1 Strukturert diagnostisk intervju *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Skåringsskalaer utfra intervju **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Psykologisk testing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Kartlegging av sosiale situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Kartlegging av sosialt nettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Grundig somatisk undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Blodprøver, laboratorieprøver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Bildediagnostikk av hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) I så fall strek under: SCID1, SCID2, MINI, SCAN, CIDI

**) I) så fall understrek: PANSS, BPRS, _____
Se veiledning om samarbeid med andre om punkt 4-7 ovenfor.

E02 Behandling og tiltak som er gitt under oppholdet

Sett ett kryss på hver linje

	Ikke noe	Under 1 g/uke	1-2 g/uke	Over 2 g/uke
	1	2	3	4
1 Samtaler med spesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Samtaler m/ annen lege/psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Samtaler med primærkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Samtaler med sekundærkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Med i samtalegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Familie- / nettverkssamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Møte i ansvarsgruppe i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Andre samarbeidsmøter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Med på aktiviteter i gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Individuelt tilrettelagte aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Trening i å fungere sosial/praktisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Fysisk trening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Behandling med psykofarmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32 Serummåling av psykofarmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33 Systematisk vurd. av bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34 ECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
41 "Fotfølging" i avdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
42 Skjerming på avsnitt / eget rom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
43 Bruk av belter / fiksering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
44 Politiet deltatt under oppholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
51 Pasient med på behandlingsmøte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
61 Bistand med økonomi/bolig/annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
71 Annet 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
72 Annet 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

E03 Eventuelle endringer og vedtak

	Dato dd mm	
1 Omgjort observasjon til tvungent psyk.h.v.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Opphevet vedtak om tvangsinnleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vedtak om tvangsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tvangsbehandling iverksatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vedtak om skjerming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Vedtak angående kontakt med omverden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E04 Eventuelle klagesaker og utfall

	1 Ja	2 Nei
1 Pasienten klaget på tvangsinnleggelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Pasienten fikk medhold på klagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pasienten klaget på tvangsbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pasienten fikk medhold på klagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F Samarbeid og koordinering

F01 Hvem har behandlerteamet / avdelingen hatt samarbeid og kontakt med under pasientens opphold?

Sett ett kryss på hver linje

	Ikke relevant	Samtale / møte	Telefonkontakt	Ikke kontakt
	1	2	3	4
1 Familie / pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Venner av pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Verge / hjelpeverge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fastlege / annen primærlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sykepleier/fagperson i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sosialkontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Dagsenter i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Kommunalt sykehjem/institusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Barnevernet / barnevernsinstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Privatprakt. psykiater/psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Annen fast terapeut annet sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Psykiatrisk sykehusavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Distriktpsikiatrisk senter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 BUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Somatisk sykehusavdeling/poliklinikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Rusteam, rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Arbeidsgiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Skole/utdanningssted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Aetat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Trygdekontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Politi, fengsel, kriminalomsorg i frihet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Sykehusprest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Annen instans:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F02 Tilbud pasienten har fra før, - eller har fått nå under oppholdet

Sett ett kryss på hver linje

	Hadde fra før	Fått under opph.	Ikke blitt tilbudt	Pas ønsker ikke	Ukjent
	1	2	3	4	5
1 Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Behandlingsplan i psyk. helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Individuell plan i følge loven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Krisepan (del av individuell plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Hovedbehandler i psyk. helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Koordinator i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ansvarsgruppe i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Kontaktperson i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F03 Pasienten har ut fra vår vurdering behov for individuell plan

1 Ja 2 Nei 3 Usikkert
Besvares uavhengig av om pasienten har individuell plan.

F04 Opphold i ulike poster under avdelingsoppholdet

Fylles ut i avdelinger med mer enn en post *

Post *	Skriv tydelig	Fra d d m m	Til d d m m

*) Kan også føre opp parallell kontakt ved akutteam eller annet, samt om pasienten i en periode har vært dagpasient.

C Tjenester mottatt i tiden før inntaket

C01 Bruk av psykisk helsevern

(inkl. DPS og sykehus) siste 12 måneder Sett ett kryss i hver kolonne

	Poliklinisk/ ambulant	Døgn- opphold
1 Ikke noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 En kortere periode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Flere kortere perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Lengre periode(r) eller vedvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ukjent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C02 Grad av oppfølging siste 3 måneder før inntaket

Ett kryss innen de tre første kolonner på hver linje, samt eventuelt i kolonne 4

	J	N	U	A
	1	2	3	4
1 Stod på venteliste ved poliklinikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Poliklinisk behandling DPS/sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Dagbehandling DPS/sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ambulant team DPS/sykehus	<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"/>
6 Fastlege eller annen primærlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Psykiatriteam/sykepleie i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Fagperson ved sosiale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hjemmetjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Kommunalt dagtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C03 Kontakt og støtte siste 48 timer før innleggelsen

Det kan settes flere kryss

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Fastlege | <input type="checkbox"/> 7 Kriseseng/lavterskel |
| <input type="checkbox"/> 2 Legevakt | <input type="checkbox"/> 8 Somatisk poliklinikk/avd. |
| <input type="checkbox"/> 3 Fagpers. i kommune | <input type="checkbox"/> 9 Støtte fra pårørende |
| <input type="checkbox"/> 4 Psyk. poliklinikk | <input type="checkbox"/> 10 Støtte fra venner |
| <input type="checkbox"/> 5 Akutteam | <input type="checkbox"/> 11 Kontakt med politiet |
| <input type="checkbox"/> 6 Annet ambulant team | <input type="checkbox"/> 12 Annet: |

C04 Psykofarmaka pasienten stod på fram til inntaket

Se veiledningen når det gjelder andre medikamenter.

Kryss på C07 om pasienten ikke bruker medikamenter.

Medikamentnavn	mg /døgn

C05 Depotinjeksjon	døgn før innl

C06 1 Frivillig 2 I kraft av vedtak om tvangsbehandling

C07 Hvordan pasienten tok psykofarmaka siste to uker

- 1 Stod ikke på noen psykofarmaka
 2 Tok psykofarmaka stort sett som foreskrevet
 3 Tok psykofarmaka delvis som foreskrevet
 4 Tok ikke /stort sett ikke psykofarmaka som foreskrevet
 5 Ukjent

D Vurdering ved inntaket (første kontakt)

D01 HoNOS Se veiledningen. Skåret ved: _____

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

	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 Selvskaade 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"/>

D02 Bruk av alkohol og stoff Se veiledn.

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

(GAF-skåringer skrives på side 1, ved "minste basis datasett")

D04 Om pasienten var ruset ved inntak

- 1 Ingen mistanke om pasienten var ruset
 2 Mistanke om pasienten var ruset
 3 Pasienten var åpenbart ruset

D05 Prøver på rusmiddelmissbruk

	Alkohol	Stoff
1 Ikke funnet grunn til å ta prøve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ikke tatt prøve fordi pasienten nektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Prøve tatt og var negativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Prøve tatt og var positiv (påvist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D06 Selvmordsfare i forkant av inntak (oppgitt i henvisning eller avdekket under samtaler ved inntak)

- 1 Ingen selvmordstanker/planer
 2 Passive dødsønsker, ikke aktive selvmordstanker
 3 Tanker om å ta sitt eget liv, ikke konkrete planer
 4 Konkrete selvmordsplaner
 5 Gjort villet egenskade med ingen/liten intensjon om å dø
 6 Gjort villet egenskade med stor/sikker intensjon om å dø
 7 Ukjent

D07 Selvmordsfare under behandlingen (vurdert ved inntak)

- 1 Høy
 2 Moderat
 3 Lav
 4 Ingen
 5 Usikkert

D08 Hovedgrunn for inntaket slik teamet ser det

Sett kryss på 1 - 3 linjer

- 1 Få gjennomført diagnostikk og utredning
 2 Få etablert / bedret behandlingsrelasjon
 3 Få satt igang / endret behandling
 4 Få kontroll over destruktiv atferd
 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

E Utredning og behandling ved teamet

E01 Undersøkelser som er gjort	1 Ja	2 Nei	3 Nektet
1 Strukturert diagnostisk intervju *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Skåringsskalaer utfra intervju * *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Psykologisk testing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 System.kartlegg. av livssituasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 System.kartlegg. av sos.nettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ekstra somatisk undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Blodprøver, laboratorieprøver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Bildediagnostikk av hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) I så fall strek under: SCID1, SCID2, MINI, SCAN, CIDI, SPIFA

***) I så fall understrek: PANSS, BPRS, _____
 Se veiledning om samarbeid med andre om punkt 4-7 ovenfor.

E02 Behandling og tiltak som er gitt under behandling ved teamet	Ikke noe	Under 1 g/uke	1-2 g/uke	Over 2 g/uke
Sett ett kryss på hver linje	1	2	3	4
1 Samt. psykiater/psykologspesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Samtaler m/ annen lege/psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Samtaler med sosionom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Samtaler med psyk. sykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Samtaler med annen i teamet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Samtalegruppe ved teamet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Familie/nettverkssamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Møte i ansvarsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Andre møter med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Med på aktiviteter i gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Individuelt tilrettelagte aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Trening i å fungere sosial/praktisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Fysisk trening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Behandling med psykofarmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Serummåling av psykofarmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Systematisk vurd. av bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Politiet deltatt under behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Pasient med på behandlingsmøte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 Bistand med økonomi/bolig/annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 Annet 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 Annet 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F Samarbeid og koordinering

F01 Hvem har teamet hatt kontakt med under pasientens behandling?

Sett ett kryss på hver linje	Ikke aktuelt	Samtale / møte	Annen kontakt	Ikke kontakt	Ukjent
	1	2	3	4	5
1 Familie/pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Venner av pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Verge/hjelpeverge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Fastlege/annen primærlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sykepleier/fagpers. i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sosialkontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Dagsenter i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Kommunalt sykehjem/institusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Barnevernet / barnevernsinst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Privatprakt. psykiater/psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Annen fast terapeut annet sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Psykiatrisk sykehusavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Distriktpsikiatrisk senter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 BUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Somatisk sykehusavd./poliklinikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Rusteam, rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Arbeidsgiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Skole/utdanningssted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Aetat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Trygdekantor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Politi, fengsel, krim.omsorg i frihet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Sykehusprest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Annen instans:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F02 Hvilke av disse tilbudene har pasienten fra før, - eller har fått nå under behandlingen?

Sett ett kryss på hver linje	Hadde fra før	Fått under opph.	Ikke blitt tilbudt	Pas ønsker ikke	Ukjent
	1	2	3	4	5
1 Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Behandlingsplan i psyk. helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Individuell plan i følge loven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Kriseplan (del av individuell plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Hovedbehandler i psyk. helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Koordinator i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ansvarsgruppe i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Kontaktperson i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F03 Pasienten har ut fra vår vurdering behov for individuell plan 1 Ja 2 Nei 3 Usikkert Besvares uavhengig av om pasienten har individuell plan.

F04 Behandling ved teamet eller eventuell døgnenhet Fylles ut om pasienten har mottatt tilbud fra andre enn teamet.

Basisenhet* Skriv tydelig	Fra ddm	Til ddm

*) Kan føre opp tidsrom for opphold i lavterksel døgnenhet, eller annet, samt om pasienten i en periode har vært dagpasient.

G Vurdering ved avslutning

G01 HoNOS Se veiledning. Skåret ved: _____

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

	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 1 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"/>

G02 GAF (alvorligste, se veil.) **Sympt** **Funk**

Se veiledning om avslutning skjer samme dag som inntak.

G03 Diagnose avslutning

Diagnose (ICD-10) (viktigste)

Diagnose (ICD-10)

Diagnose (ICD-10)

G04 Selvskading og vold under akuttbehandlingen 1 Ja 2 Nei 3 Ukjent

1 Selvmordsforsøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Selvskading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Fysisk angrep på andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Utsatt for fysisk angrep fra andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G05 Vurdering av tidspunkt for avslutning

- 1 Avsluttes tidligere enn planlagt for å frigjøre plass
 2 Avsluttes tidligere enn planlagt av annen grunn
 3 Avsluttes på planlagt tidspunkt
 4 Avsluttes seinere enn planlagt pga ventet på tilbud
 5 Avsluttes seinere enn planlagt av annen grunn

G06 Boligsituasjon ved avslutning

- 1 Ingen bolig
 2 Samme bolig som før innleggelsen
 3 Har fått bolig under oppholdet
 4 Ukjent

H Avslutning av akutttilbudet / overføring

H01 Denne delen H fylles ut ved følgende situasjon

- 1 Avslutning (inkl overføring) fra akutteamet
 2 Pasienten er fortsatt i behandling ved teamet 2 måneder etter inntak, og akuttbeh. regnes da i prosjektet som avsluttet.

Dato for avslutning av kontakt eller avslutning av akuttbeh.

H02 Kontakt avsluttet ddmmåå

H03 Avslutning klokkeslett tt

H04 To mndr fra inntak ddmmåå

H05 Hvem som skal gi tilbud videre til pasienten

Det kan settes flere kryss. Strek i så fall under hovedkontakt.

- 1 Pasienten ønsket ikke oppfølging
 2 Fastlege / annen primærlege
 3 Psykiatritjenester i kommunen
 4 Sosiale tjenester / sosialkontor
 5 Dagsenter i kommunen
 6 Kommunalt sykehjem / institusjon
 7 Poliklinikk
 8 Dagavdeling
 9 Ambulant team
 10 Akuttavdeling ved DPS
 11 Annen døgnavdeling ved DPS
 12 Psykiatrisk akuttavdeling ved sykehus
 13 Annen psykiatrisk døgnavdeling ved sykehus
 14 Privatpraktiserende psykiater / psykolog
 15 Somatisk poliklinikk / avdeling
 16 Rusteam / rusinstitusjon
 17 Barnevernet / barnevernsinstitusjon
 18 Asylmottak
 19 Fengsel
 20 Politilege / tilsynslege i fengsel / kriminalomsorg i frihet
 21 Uavklart / ukjent/ annet:

H06 Om pasienten skal følges opp ved annen instans, hva har vært gjennomført av kontakt før overføringen?

Det kan settes flere kryss

- 1 Henvisningsbrev er sendt
 2 Telefonkontakt med dem som skal følge opp
 3 Møte med dem som skal følge opp
 4 Pasienten har fått time / tid ved ny enhet
 5 Pasienten har fått tildelt ny behandler (navngitt)
 6 Pasienten besøkt ny enhet / møtt ny behandler

H07 Hvordan avslutning skjedde

- 1 Kontakten ble avsluttet etter avtale
 2 Kontakten ble avsluttet uten avtale (f eks avbrøt beh.)
 3 Pasienten tok livet sitt
 4 Pasienten døde av annen årsak
 5 Pasienten innlagt frivillig (kryss av avdeling på H05)
 6 Pasienten innlagt ved tvang (kryss av avdeling på H05)

H08 Psykofarmaka pasienten stod på ved avslutningen

- Står ikke på noen psykofarmaka ved avslutning

Se veiledning når det gjelder andre medikamenter.

Medikamentnavn	mg /døgn

H09 Depotinjeksjon døgn før utskr

H10 1 Frivillig 2 I kraft av vedtak om tvangsbehandling

REGISTRERING AV EPISODE I AKUTTENHET FOR UNGDOM

Utfyllingstidspunkt:

Vurderinger under D og G gjøres for anført tidspunkt. Resten kan fylles ut når informasjonen er tilgjengelig. Skjemaet er utformet slik at side 1-2 (A-D) vanligvis kan fylles ut ved episodestart og side 3-4 (E-H) ved utskriving/avslutning. Opplysninger som registreres i Bupdata forutsettes lagt inn der.

Denne episoden gjelder :

 Innleggelse Poliklinisk Ambulant Dag
A Henvisning

 Henvisning motatt ddmmaa

 Innleggelsesdato ddmmaa

 Ventetid (dager fra mottatt henv. til innlegg)
Ukedag
 Man Tir Ons Tor Fre Lør Søn

Tidspunkt
 Dag (08-16) Kveld (16-24) Natt (24-08)

 Inntak som øyeblikkelig hjelp (innen 24 t) Ja Nei

Hvem som henviste pasienten?

- 1 Pasienten selv
- 2 Far
- 3 Mor
- 4 Fastlegen
- 5 Allmen legevakt
- 6 PPT
- 7 Barnevern
- 8 Somatisk poliklinikk / avdeling
- 9 Psykiatrisk enhet ved DPS (dag/døgn/poliklinikk)
- 10 Psykiatrisk enhet ved sykehus
- 11 BUP poliklinikk
- 12 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
- 13 Psykiatrisk legevakt
- 14 Egen enhet
- 15 Ruspoliklinikk
- 16 Politilege / tilsynslege i fengsel / rettsvesen
- 17 Annet.....

Henvisningen er fra

- 1 Noen som kjenner og følger opp pasienten
- 2 Noen som har hatt liten/ingen kontakt med pasienten

Henvisningsformalitet (satt av henvisende instans)

- 1 Frivillig (§2-1) med eget samtykke
- 2 Tvungen observasjon (§3-6)
- 3 Tvungent psykisk helsevern (§3-7)
- 4 Tvungen observasjon/psyk. helsevern (både/og)
- 5 Dømt til tvungent psykisk helsevern
- 6 Barnevernsloven - finne paragraf !
- 7 Sosialtjenesteloven - paragraf

Inntaksformalitet ved spesialistvedtak

- 1 Frivillig (§2-1) med eget samtykke (over 16 år)
- 2 Frivillig (§2-1, 4.ledd) under 16 år
Samtykker ungdommen Ja Nei
- 3 Kontrakt (§2-2.1)
- 4 Tvungen observasjon uten døgnopphold (§3-8.2)
- 5 Tvungen observasjon med døgnopphold (§3-8.1)
- 6 Tvungent psykisk helsev. uten døgnopph. (§3-1.2)
- 7 Tvungent psykisk helsev. med døgnopph. (§3-1.1)
- 8 Dømt til tvungent psykisk helsevern (§5-3.1)
- 9 Barnevernsloven
- 10 Sosialtjenesteloven

Pasientens første kontakt med psykisk helsevern?

- 1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

 Prosjekt: Sak/episode nr: -

 Institusjon Basisenhet (post)

 Hvilken episode i akuttperioden
B Opplysninger om pasienten

 Fødselsår

 Kjønn 1 Gutt 2 Jente

Omsorgssituasjon

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 Hos begge foreldrene | <input type="checkbox"/> | 5 Besteforeldre / andre | <input type="checkbox"/> |
| 2 Pendler mellom mor og far | <input type="checkbox"/> | 6 Bor i fosterhjem | <input type="checkbox"/> |
| 3 Bor hos en av foreldrene | <input type="checkbox"/> | 7 Bor på institusjon | <input type="checkbox"/> |
| 4 en foreldre og samboer | <input type="checkbox"/> | 8 Annet..... | <input type="checkbox"/> |

Om annen etnisk bakgrunn enn norsk

- | | 1 Ja | 2 Nei | 3 Ukjent |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Nødvendig med tolk i samtaler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Asylsøker, søknad behandles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Asylsøker, søknad avslått | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Har vært utsatt for krig/tortur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hovedgjøremål

- 1 Ungdomsskole
- 2 Videregående skole
- 3 Arbeid
- 4 Uten skolegang eller arbeid
- 5 Annet:
- 6 Ukjent:.....

Foresatte med ved episodestart

- 1 Mor
- 2 Far
- 3 Annen foresatt:

Foresatte som innlegges sammen med pasienten

- 1 Mor
- 2 Far
- 3 Annen foresatt:

Om ny akuttperiode på nytt innen ett år fra forrige

 Dato for forrige akuttepisode ddmmaa

 Nåværende inntak var planlagt 1 Ja 2 Nei

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

Status for skolegang / venner / fritid i perioden før episodestart

Hvor mange dager pr. uke i siste mnd har ungdommen:

	0	1-2	3-4	5-7
Gått på skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gått på arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samvær med venner på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke fritidsinteresser/-aktiviteter har ungdommen?

Data / Tv	Daglig	Ukentlig	Månedlig
Fysiske aktiviteter / idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk (kor,korps,band)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet; dvs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ikke	<input type="checkbox"/>		

C Tjenester mottatt i tiden før akuttperioden

Psykisk helsevern siste 12 mnd Måneder i alt
Ett kryss pr linje, tomt = ukjent 0 1-6 7-11 12

1 Poliklinisk tilbud (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Døgnopphold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Behandling ved rusteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Opphold rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Ovenfor : 0 = ikke noe, 12 = hele siste året)

Grad av oppfølging siste 3 måneder

Ett kryss på hver linje, samt eventuelt på om avbrutt

	Ingen	Daglig	Flere ggr pr uke	Ukentlig	Månedlig	Avbrutt før innl.	Ukjent
1 Poliklinisk tilbud (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ambulant oppfølging (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Behandling ved rusteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Fastlegen eller annen lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Barnevernet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sosialtjenesten ellers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Annet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tilbud/støtte mottatt siste 48 timer

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Fastlege | <input type="checkbox"/> 7 Tiltak fra barnevernet |
| <input type="checkbox"/> 2 Legevakt | <input type="checkbox"/> 8 Venner |
| <input type="checkbox"/> 3 Fagpers. i kommune | <input type="checkbox"/> 9 Familie |
| <input type="checkbox"/> 4 BUP poliklinikk | <input type="checkbox"/> 10 Støttetiltak fra skolehelsetj. |
| <input type="checkbox"/> 5 Ambulant team | <input type="checkbox"/> 11 Støttetiltak fra skole |
| <input type="checkbox"/> 6 Somatisk pol/avd | <input type="checkbox"/> 12 Andre..... |

Psykofarmaka pasienten stod på

Medikamentnavn	mg /døgn

I hvilken grad pasienten tok psykofarmaka siste to uker

- 1 Tok medikamenter stort sett som foreskrevet
 2 Tok medikamentene bare delvis som foreskrevet
 3 Tok ikke / stort sett ikke foreskrevne medikamenter
 4 Bruker ikke medikamenter
 5 Ukjent

D Vurdering (innen 72 t)

HoNOSCA Problem med: (se veil.)

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

	0	1	2	3	4
1 Forstyrrende / antisosial / aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Aktivitetsnivå / oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Selvskaade som ikke skyldes uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Alkohol / stoff / løsemiddel misbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Skole- eller språkferdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fysisk sykdom / funksjonshemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hallusinasjoner / vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Somatiske symptomer m ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Emosjonelle og relaterte symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Forholdet til jevnaldrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Egenomsorg og uanhengighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Familieliv og forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Dårlig skoleframmmøte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selvmondsfare

- 1 Ingen selvmordstanker/planer
 2 Passive dødsønsker, ikke aktive selvmordstanker
 3 Tanker om å ta sitt eget liv, ikke konkrete planer
 4 Konkrete selvmordsplaner
 5 Gjort selvmordsforsøk før inntak/innleggelse
 6 Ukjent

Om pasienten er ruset

- 1 Ikke påvirket av rusmidler
 2 Trolig påvirket av rusmidler
 3 Tydelig påvirket av rusmidler
 4 Tydelig påvirket + testet positivt på prøve

E Mål for nåværende episode

Mål for nåværende episode slik enheten ser det
(Kryss av de 5 viktigste punktene)

- Hjelp foresatte med å håndtere akutt krise
 Opprette ansvarsgruppe
 Opprette individuell plan
- Reduksjon av selvmordsfare/selvdestruktiv atferd
- Diagnostisk utredning
 Familierapeutisk utredning
 Miljøterapeutisk utredning
 Generell kartlegging/utredning av psykososiale vansker
- Bedring av praktiske fungering / egenomsorg
 Bedring av omsorgssituasjonen
 Bedring av sosial fungering
- Skjerming fra omgivelser (på skjermet enhet)
 Avlaste familie og pasient i akutt fastlåst krise
- Symptomreduksjon
 Bearbeide traumer / problemer
 Medikamentell utprøving/behandling
 Bedring av kommunikasjon/relasjoner i familien
 Annet; dvs.....

F Samarbeid og koordinering

Hvilke av disse undersøkelser er gjort	1 Ja	2 Nei
1 Somatisk undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Blodprøver, laboratorieprøver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Strukturert diagnostisk intervju *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Skåringsskalaer basert på intervju **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Psykologisk testing **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Bildediagnostikk av hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 DNA / kromosomanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Kartlegging av familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Kartlegging av nettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Omfattende anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Nevropsykologisk utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre utredninger / tester : _____

Behandling og tiltak som er gitt	Dag etter innlegg.			
	ingen	En dag	Flere dager	Jevnlige
Sett ett kryss på hver linje	1	2	3	3
1 Samtaler med en hovedbehandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Samtaler med primærkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gruppesykoterapi/gruppesamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Familie/nettverkssamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Familieterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Samarbeidsmøter med kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Aktiviteter i gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Individuelt tilrettelagte aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Bistand med økonomi eller bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Bistand med andre praktiske ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Fastvakt / fotfølging i avdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Skjerming på avsnitt / eget rom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Bruk av belter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Andre tvangstiltak:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Medisinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Annet :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pasienten har under episoden	1 Ja	2 Nei	3 Ukjent
1 Selvskadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Selvmordsforsøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Skadet andre fysisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle endringer og vedtak	Dag etter innlegg.
1 Vedtak tvungent psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>
2 Opphevet vedtak om tvangsinnleggelse	<input type="checkbox"/>
3 Vedtak om tvangsmedisinering	<input type="checkbox"/>
4 Tvangsmedisinering iverksatt	<input type="checkbox"/>

Hvem har behandlerteamet/ enheten hatt kontakt med under oppholdet?

Sett ett kryss på hver linje

Pasientens foreldre / foresatte	<input type="checkbox"/>
Andre pårørende	<input type="checkbox"/>
Venner av pasienten	<input type="checkbox"/>
Verge / hjelpeverge	<input type="checkbox"/>
Støttekontakt	<input type="checkbox"/>
Fastlege / annen primærlege	<input type="checkbox"/>
PPT / OT	<input type="checkbox"/>
Barnevernsinstitusjon	<input type="checkbox"/>
Fosterhjem / ungdomsfamilie	<input type="checkbox"/>
Saksbehandler i barnevernet	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>
Sykepleier / annen fagpers. i kommunen	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykiater / psykolog	<input type="checkbox"/>
Annen fast terapeut annet sted	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykehusavdeling	<input type="checkbox"/>
Distriktpsikiatrisk senter	<input type="checkbox"/>
BUP	<input type="checkbox"/>
Somatisk sykehusavdeling / poliklinikk	<input type="checkbox"/>
Rusteam, rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>
Arbeidsgiver	<input type="checkbox"/>
Skole / utdanningssted	<input type="checkbox"/>
Aetat	<input type="checkbox"/>
Trygdekontor	<input type="checkbox"/>
Politi, fengsel, kriminalomsorg i frihet	<input type="checkbox"/>
Annen instans:	<input type="checkbox"/>

Hvilke av disse tilbudene har pasienten fra før, - eller har fått under behandlingen?

Sett ett kryss på hver linje

	Hadde fra før	Fått under opph.	Ikke blitt tilbudt	Pas ønsker ikke	Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5
1 Skoletilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Arbeidstilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Fast hovedbehandler i psyk. h. vern	<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"/>
5 Individuell plan i følge loven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Barneverntjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Annet :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G Vurdering ved utskrivning

HoNOSCA Problem med: (se veil.)

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

	0	1	2	3	4
1 Forstyrrende / antisosial / aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Aktivitetsnivå / oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Selvskaide som ikke skyldes uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Alkohol / stoff / løsemiddel misbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Skole- eller språkferdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fysisk sykdom / funksjonshemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hallusinasjoner / vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Somatiske symptomer m ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Emosjonelle og relaterte symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Forholdet til jevnaldrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Egenomsorg og uanhengighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Familieliv og forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Dårlig skoleframferte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnose (ICD-10)	Akse 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnose (ICD-10)	Akse 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnose (ICD-10)	Akse 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnose (ICD-10)	Akse 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnose (ICD-10)	Akse 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnose (ICD-10)	Akse 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H Situasjon ved episode slutt

Dato for avslutning av episoden ddmmåå

Tidspunkt for utskrivning

Dag (08-16) Kveld (16-24) Natt (24-08)

Hvem som skal gi tilbud videre til pasienten

Det kan settes kryss på flere

- 1 Har ikke behov for videre tilbud
- 2 Pasienten ønsker ikke oppfølging
- 3 Fastlege
- 4 BUP poliklinikk
- 5 DPS poliklinikk
- 6 Videre oppfølging fra enheten
- 7 PPT
- 8 Barnevernet
- 9 Sosialtjenesten
- 10 Annen døgnavdeling i psykisk helsevern
- 11 Somatisk poliklinikk / avdeling
- 12 Rusteam / rusinstitusjon
- 13 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
- 14 Annet.....
- 15 Ikke noe avtalt / ukjent

Om pasienten skal følges opp ved annen instans, hva har vært gjennomført av kontakt før utskrivning?

(Det kan settes flere kryss)

	Ja	Nei
1 Telefonkontakt med dem som skal følge opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Møte med dem som skal følge opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pasienten har fått time/tid ved ny enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pasienten har fått tildelt ny behandler (navngitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pasienten besøkt ny enhet / møtt ny behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan avslutning skjer

- 1 Gjennomført med utskrivningssamtale
- 2 Pasienten droppet ut / avsluttet uten avtale
- 3 Pasienten tok livet sitt
- 4 Pasienten døde av annen årsak

Enhets vurdering av tidspunkt for avslutning av perioden og grunn for det. Gjelder kun dersom ikke videre oppfølging

- 1 Utskrives tidligere enn ønskelig for å frigjøre plass
- 2 Utskrives tidligere enn ønskelig av annen grunn
- 3 Utskrives på riktig/passe tidspunkt
- 4 Vært her lenger enn ønskelig fordi venter på annet tilbud
- 5 Har vært innlagt her lenger enn ønskelig av annen grunn

Psykofarmaka pasienten står på ved utskrivning

Medikamentnavn	mg /døgn

Eventuelle stikkord om andre viktige forhold (skriv)

.....

.....

.....

.....

.....