

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

Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004

FORFATTER(E)

Rolf W. Gråwe, Helge Hagen, Tonje L. Husum, Per Bernhard Pedersen, Torleif Ruud

OPPDRAAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055013	GRADERING Åpen	OPPDRAAGSGIVERS REF. Mari Trommald	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03778-6	PROSJEKTNR. 78i016	ANTALL SIDER OG BILAG 55
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\PH\prosjekt\telling\poliklinikk		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Rolf W. Gråwe	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-04-25	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningssjef Torleif Ruud	<i>Torleif Ruud</i>

SAMMENDRAG

Rapporten oppsummerer resultatene fra en landsomfattende registrering av voksne som mottok poliklinisk behandling ved poliklinikker og av avtalespesialister (psykologer og psykiatere) i løpet av to uker i september 2004. Tilsvarende registreringer er tidligere blitt utført av SINTEF Helse med fem års mellomrom siden 1979.

Undersøkelsen viser at det har funnet sted en 53 prosents økning i antallet pasienter som behandles i poliklinikk siden siste undersøkelse i 2000. Sykdomsbildet og diagnosene har ikke endret seg. Andelen pasienter med psykoser som behandles i poliklinikk er langt høyere enn blant de som behandles av avtalespesialister. Til tross for rusreformen var det overraskende få pasienter som behandles poliklinisk for rusmisbruk. Undersøkelsen viser også at det er store variasjoner i tilgjengeligheten av tilbudet. Dette gjelder særlig ventetider for behandling. Det var store geografiske variasjon i behandlingstilbudet til privatpraktiserende avtalespesialister.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Poliklinisk behandling	Out-patient treatment
EGENVALGTE	Psykisk helsevern	Mental Health

Forord

Studien er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet og beskriver hovedresultatene fra en punktregistrering av alle pasienter som mottok poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne i løpet av en periode på 14 dager i september 2004. Rapporten beskriver noen sentrale kliniske karakteristika ved pasientene og det behandlingstilbudet de mottar.

Resultatene omhandler alle pasienter som er over 18 år og alle former for poliklinisk behandling fra spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer tradisjonelle poliklinikker ved DPS, dagbehandling, ulike former for ambulant behandling, og behandling gitt av privatpraktiserende psykologer og psykiatere (avtalespesialister) som mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene.

Denne studien er viktig da den gir nasjonal informasjon om behandlingsbehov og sykelighet i befolkningen, og om den hjelpen de mottar. Dette er spesielt viktig i lys av at vi er over halvveis i Opptappingsplanen med sterk helsepolitisk satsning på tilgjengeligheten av det polikliniske tilbudet til de med psykiske lidelser. Det er dog viktig å understreke at pasientene selv ikke har uttalt seg om det helsetilbudet de mottar og at resultatene fra denne studien derfor ikke sier noe om deres opplevelse av kvaliteten og effekten av det polikliniske helse-tilbudet.

Vi vil rette en takk til alle behandlerne som har tatt seg tid til å besvare spørreskjemaene, til Hanne Kvam som har bistått med å ferdigstille rapporten, og til Sentio AS som har stått for den optiske lesingen av data.

Trondheim, april 2005

Rolf W. Gråwe
seniorforsker, SINTEF Helse

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	5
Figuroversikt	7
Sammendrag	9
1 Innledning	13
2 Metode og gjennomføring	15
2.1 Formål og metode	15
2.2 Beskrivelse av registreringsskjemaene	16
3 Pasienter behandlet i poliklinikk/DPS	17
3.1 Sosiodemografiske og sosioøkonomiske opplysninger	18
3.2 Psykiske lidelser og kliniske karakteristika	20
3.3 Tidligere og nåværende behandling	23
3.4 Lovanvendelse	25
3.5 Ønskelig bosted og behandling	25
3.6 Bruk av behandlingsformer	27
3.7 Individuell plan, samarbeid og koordinering	28
4 Pasienter behandlet av privatpraktiserende avtalespesialister	31
4.1 Sosiodemografiske og sosioøkonomiske opplysninger	32
4.1 Psykiske lidelser og kliniske karakteristika	33
4.2 Tidligere og nåværende behandling	36

5	Sammenligninger av ulike pasientgrupper	39
5.1	Sammenligning av pasienter behandlet i poliklinikk og av avtalespesialister.....	39
5.2	Endringer i sykdomsbildet og tilbudene	41
5.3	Sosiodemografiske og sosioøkonomiske sammenligninger.....	42
	Referanser	49
	Vedlegg	51

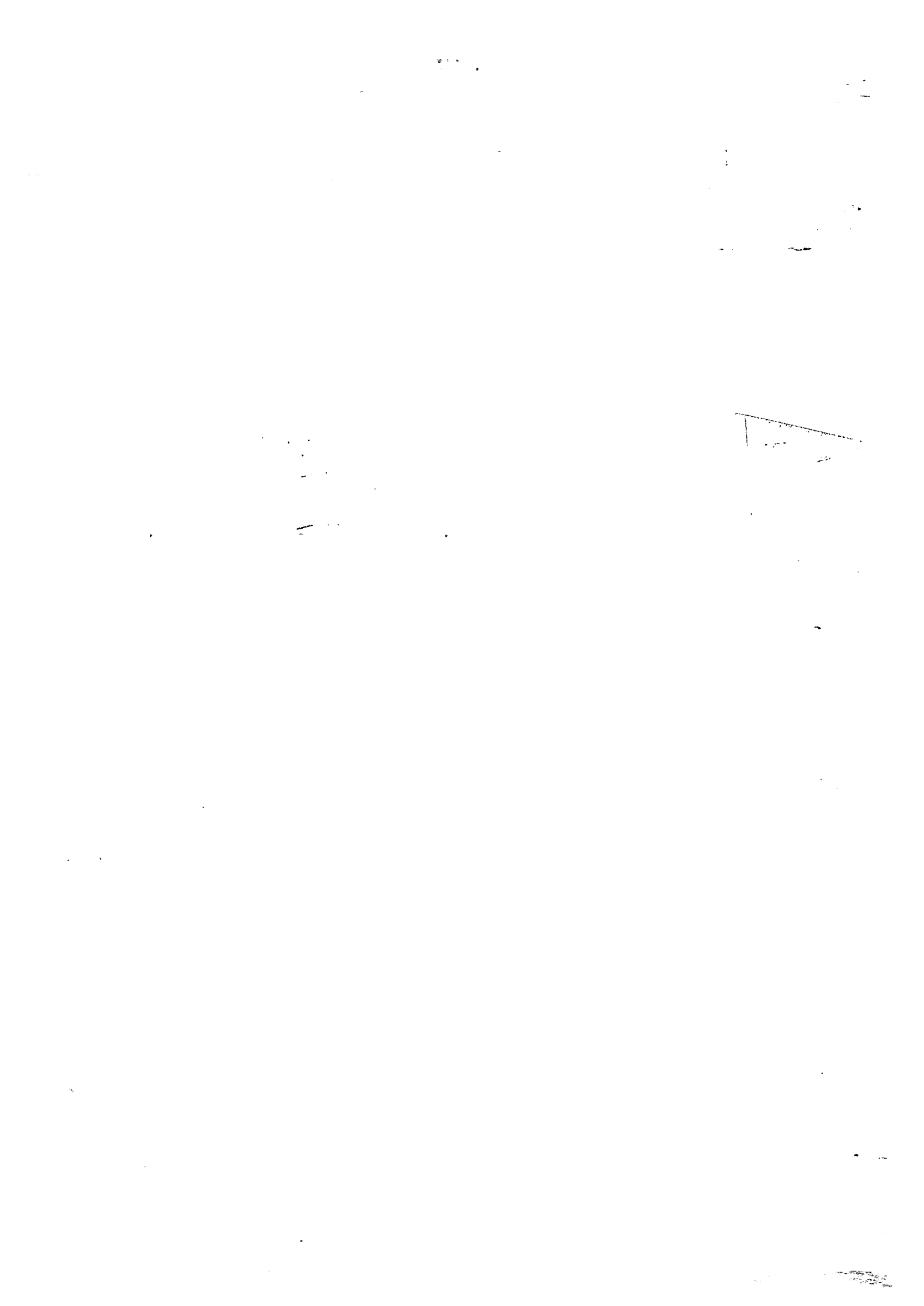
Tabelloversikt

Tabell 3.1	Utfyllernes profesjonsbakgrunn.	18
Tabell 3.2	Viktigste kilde til livsopphold (prosent).	20
Tabell 3.3	Tidligere behandlet for psykisk lidelse (prosent).	23
Tabell 3.4	Diagnosegrupper som tidligere har mottatt døgnbehandling (N=3 646)(prosent).....	24
Tabell 3.5	Gjennomsnittlig tid i behandling og andelen på øyeblikkelig hjelp for hver diagnosegruppe.	25
Tabell 3.6	Faktisk og ønskelig bo-/behandlingstilbud for pasienter i poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne, september 2004.	26
Tabell 3.7	Andel (prosent) av pasienter med ulike behandlingsformer.....	28
Tabell 3.8	Bruk av individuell plan i ulike polikliniske behandlingsformer. Prosent.....	29
Tabell 4.1	Fordeling av avtalespesialister per Regionalt Helseforetak (RHF).	31
Tabell 4.2	Svarprosent (hele landet).	32
Tabell 4.3	Fordeling av avtalespesialister i dette utvalget.	32
Tabell 4.4	Utvalg pasienter som avtalespesialistene har svart på spørsmål om.....	32
Tabell 4.5	Aldersfordeling blant avtalespesialistenes pasienter (prosent).....	33
Tabell 4.6	Pasientene hovedinntektskilde siste år (prosent).	33
Tabell 4.7	Hoveddiagnoser hos pasienter behandlet av avtalespesialister (prosent).	34
Tabell 5.1	Diagnosefordeling blant pasienter etter behandlingsform (prosent).....	40
Tabell 5.2	Oversikt over voksne behandlet i døgnavdeling eller poliklinikk i undersøkelsen i 1999/2000 og undersøkelsen i 2003/2004.	42
Tabell 5.3	Kjønnsfordeling etter behandlingsform (prosent).	43
Tabell 5.4	Aldersfordeling etter behandlingsform.	43

Tabell 5.5	Sivilstatus etter behandlingsform (prosent).....	44
Tabell 5.6	Viktigste kilde til livsopphold (prosent).....	45
Tabell 5.7	Utdanningsbakgrunn etter behandlingsform (prosent).	46

Figuroversikt

Figur 3.1	Prosentvis alderfordeling av utvalget.....	18
Figur 3.2	Diagnosefordeling poliklinikk (prosent).....	21
Figur 3.3	Forekomst av rusmiddelmisbruk (prosent).....	22
Figur 4.1	Diagnosefordeling blant avtalespesialistenes pasienter.	35
Figur 5.1	Andel kvinner og andel pasienter under 50 år etter behandlingsform. Prosent.....	44
Figur 5.2	Prosentandel gift/samboende pasienter og prosentandel kvinner etter behandlingsform.	45
Figur 5.3	Viktigste kilde til livsopphold og utdanningsbakgrunn ved de ulike behandlingstilbud.....	47



Sammendrag

Metode og gjennomføring

Pasientregistreringen ble gjennomført ved at behandlerne fylte ut et skjema for hver voksen pasient som mottok poliklinisk behandling ved poliklinikk eller av avtalespesialist (med RHF driftsavtale) i løpet av en to ukers periode i september 2004. Metoden er lik tidligere undersøkelser utført av SINTEF Helse på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet. Registreringsskjemaet som ble fylt ut av avtalespesialistene var noe kortere enn det som ble fylt ut av helsepersonell ved poliklinikkene. Det ble mottatt registreringsskjema for totalt 21 527 pasienter behandlet på poliklinikk/DPS og 10 003 pasienter behandlet av avtalespesialister. Ledere ved DPS og poliklinikker ble pålagt ansvaret for at registreringen ble gjennomført og svarprosenten antas å være tilnærmet 100. Registreringsskjemaene ble kun sendt til DPS og tradisjonelle poliklinikker, og de fleste ruspoliklinikker lokalisert utenfor DPS er derfor ikke med i undersøkelsen. De aller fleste av disse er private behandlingsinstitusjoner med driftstilskudd fra RHF.

Sammendrag hovedfunn poliklinikker

Det ble mottatt registreringsskjemaer på 21 527 pasienter behandlet eller undersøkt ved poliklinikker i løpet av registreringsperioden. Undersøkelsen viser at det har funnet sted en 53 prosents økning i antallet pasienter som behandles i poliklinikk siden siste undersøkelse i 2000. Dette var ikke overraskende sett i lys av opptrappingsplanens satsing på DPS og poliklinisk oppbygging.

Gjennomsnittsalderen for pasientene var 38,5 år og 79 prosent av pasientene var mellom 18 og 50 år. 61 prosent var kvinner og 39 prosent var menn. 35 prosent av pasientene hadde ikke ventet på behandlingen og gjennomsnittlig ventetiden var 8,5 uker. Tre-fjerdedeler hadde ventet i under 12 uker.

Sykdomsbildet og diagnosefordelingen har ikke endret seg siden registreringen i 2000. Andelen pasienter med psykoser som behandles i poliklinikk er langt høyere enn blant de som behandles av avtalespesialister. Til tross for rusreformen som har overført ansvaret for all behandling av rusmisbruk på spesialistnivå til spesialisthelsetjenesten, var det få pasienter som ble behandlet poliklinisk for rusmisbruk (6 prosent). Dette kan sannsynligvis skyldes en kombinasjon av flere forhold, blant annet at helsepersonell ved poliklinikker fremdeles får henvist for få rusmisbrukere, de har for liten kompetanse på å diagnostisere og oppdage ruslidelser, at en del poliklinikker fremdeles ikke mottar pasienter med primære rusproblemer, samt at ruspoliklinikker lokalisert utenfor DPS ikke har deltatt i undersøkelsen.

Av de registrerte pasientene var det oppgitt at 90,3 prosent mottok tradisjonell poliklinisk behandling, at 8 prosent (N=1 724) var dagpasienter, og at 5,4 prosent (N=1 162) mottok ambulant behandling (summen er over 100 da en del mottok flere typer behandling). Det var ingen spesielle diagnose- eller pasientgrupper som mottok ambulant behandling. Selv om det ikke forelå noen definisjon av ambulant behandling, kan man likevel si at ambulant behandling i liten grad benyttes ved norske poliklinikker. Denne typen virksomhet er derimot under oppbygging da Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt RHF-ene å etablere dette i alle DPS-områder innen 2006. Det er behov for å operasjonalisere hva ambulant behandling er, hvordan det kan implementeres, og ikke minst hvem som har mest nytte av slike tilbud. Internasjonalt er aktivt oppsøkende behandling mye benyttet som et tilbud til pasientgrupper

som har variabelt sykdomsforløp og behandlingsmotivasjon (spesielt de med ruslidelser og psykoselidelser).

Det ble også stilt spørsmål om bruken av individuell plan og om behandlingseenheten hadde en definert rolle i denne planen. Totalt sett hadde 18,4 prosent (N=3 960) av pasientene en individuell plan og for 15,6 prosent av pasientene hadde den polikliniske behandlingseenheten en spesifisert rolle i denne planen. Mest typisk var det de pasientene som hadde diagnosene schizofreni og paranoid lidelse (F20-29, (37 prosent) og stemnings/affektive lidelser (F30-38)(24 prosent) som hadde individuelle planer. Pasientene som mottok behandling av tverrfaglige team hadde som oftest en slik plan. Det var også de tverrfaglige teamene som var oppgitt å ha en spesifisert rolle i disse planene. I tillegg var det flere pasienter som mottok ambulant behandling og dagbehandling, som hadde individuell plan. Det er vanskelig å vurdere hvorvidt helsepersonell benytter individuell plan på en adekvat måte da vi ikke vet hvilke pasienter som har behov for en slik plan. Iht lovgivningen har alle som har behov for sammensatte og helhetlige tiltak krav på å få individuell behandlingsplan. Denne studien hadde imidlertid ikke noen mål på slike behov.

Det ble også registrert hvilke behandlingsformer som pasientene mottok og hvilke behandlingsformer som var ønskelige. Sistnevnte angår behandling som pasientene hadde behov for, men som de likevel ikke mottok. Nesten alle pasientene mottok individualsamtaler (87 prosent). 61 prosent av pasientene mottok medikamenter mot sine psykiske vansker. Dvs at tre av fem pasienter mottok medisiner. Tilsvarende tall for de som mottok døgntil behandling ved registreringen i 2003 (Hagen & Ruud, 2004) var 88 prosent. Ved den polikliniske registreringen i 2000 (N=13 135) var det oppgitt at 70 prosent fikk medisiner mot sine psykiske lidelser. Dette betyr at det har skjedd en ti prosentpoengs nedgang i bruken av medisiner blant pasienter som behandles i poliklinikker i løpet av perioden april 2000 til september 2004 (fire år og 5 måneder).

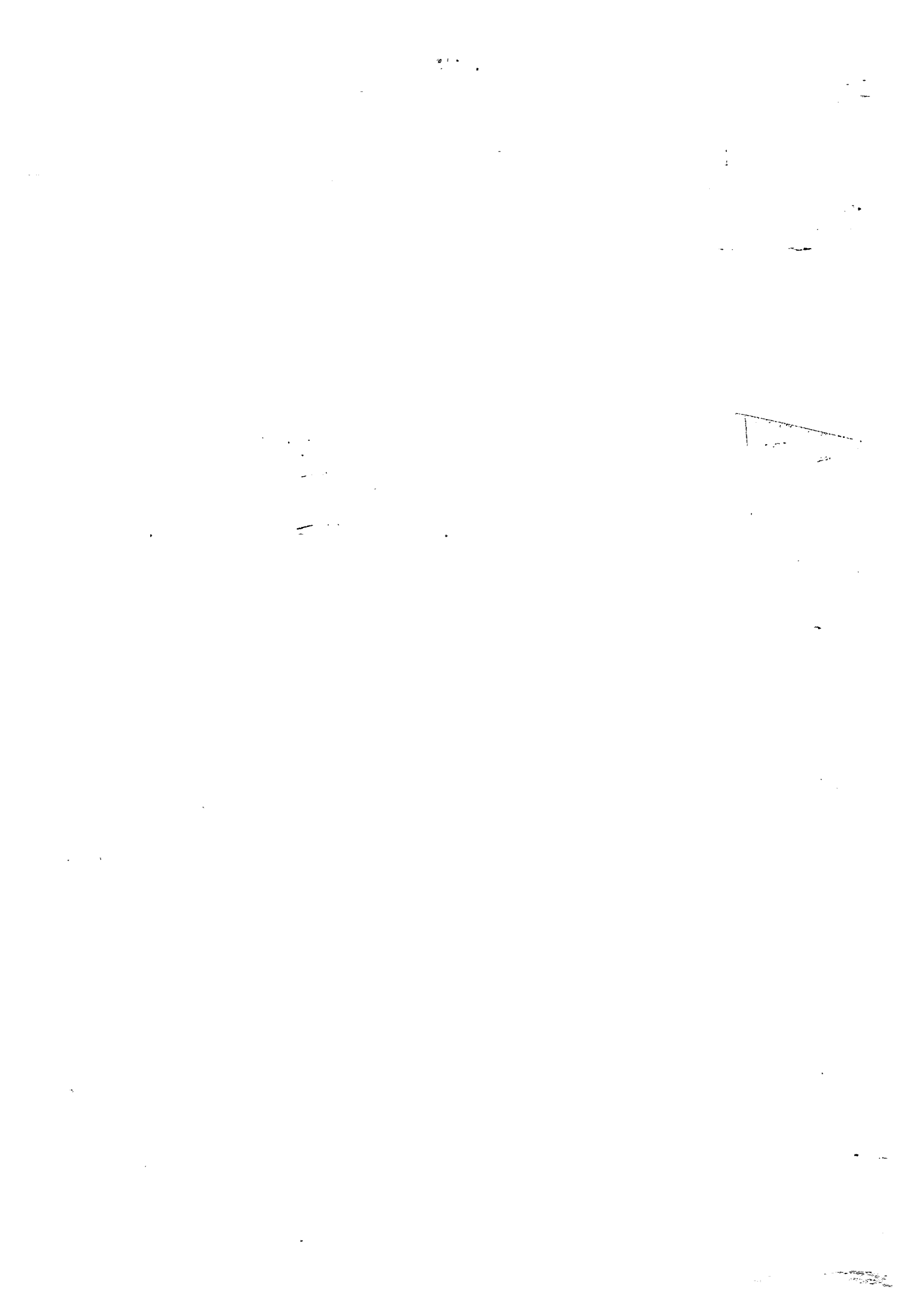
Av de i poliklinisk behandling mottok hver sjettede pasient (16 prosent) gruppebehandling. Ved poliklinikk-undersøkelsen i 2000 (Hagen, 2001) var det kun 5 prosent som mottok gruppeterapi. Dette betyr at det har skjedd en sterk økning i bruken av gruppeterapi de siste årene. Det har tidligere vært døgnavdelingene innen psykisk helsevern som har tilbudt gruppebehandling og i mindre grad poliklinikkene. I undersøkelsen av de som mottok døgntil behandling i november 2003 (Hagen & Ruud, 2004) var det 20 prosent av pasientene som mottok gruppebehandling. Tallene på de behandlingsformene som var krysset av som ønskelige, var ikke så forskjellig fra de behandlingsformene som faktisk ble gitt.

Sammendrag hovedfunn avtalespesialister

Svarprosenten fra avtalespesialistene var 43 prosent (39 prosent for psykologer og 52 prosent for psykiatere). Dette er en bra svarprosent sammenlignet med tidligere registreringsundersøkelser. Det var stor geografisk variasjon i tilgjengeligheten av tilbudet fra avtalespesialistene. Den reelle andelen avtalespesialister er størst i Oslo-området (35 per 100.000 innbyggere i Helse Øst) mens den er liten andre steder (11 per 100 000 innbyggere i Helse Nord). Gjennomsnittsalderen for pasientene deres var 40 år og nesten 70 prosent av dem var kvinner. Halvparten av pasientene var i ordinært arbeid mens knapt 40 prosent var trygdet. De hadde ventet gjennomsnittlig ti uker på behandlingen. Svært få av pasientene hadde psykoselidelser eller ruslidelser. Den aller største diagnosegruppen (75 prosent) hadde affektive-/stemningslidelser eller nevrose/angstlidelser. Gjennomsnittlig behandlingstid (denne behandlingsssekvensen) var to år. Det er omtrent dobbelt så lenge som pasientene behandlet i poliklinikk. Avtalespesialistenes pasienter adskiller seg altså fra de behandlet i poliklinikk ved at de har mer angst og depresjoner, færre har psykose- og ruslidelser, går lengre i behandling, en større andel av dem er kvinner, langt flere har ordinær jobb, og færre er trygdet.

Endringer i sykdomsbildet og tilbudene

Ved å sammenligne sykdomsbildet hos polikliniske pasienter i denne studien med tidligere pasientregistreringer går det frem at det er et stort samsvar mellom poliklinikkpasientene i 2000 og de i denne studien. Den sterke helsepolitiske satsingen på poliklinisk behandling har ført til at flere pasienter mottar behandling enn tidligere. Det synes ikke å ha funnet sted særlige endringer mht sykdomsbilde og diagnosefordeling. Det polikliniske behandlingstilbudet er derimot inne i en fase med sterke endringer og strukturen for disse varierer sterkt og den er enda ikke fastlagt. Slike endringer er særlig knyttet til differensiering av behandlingstilbudet i form av etablering av rusteam, polikliniske akutteam, ambulante team, psykoseteam, tidlig-oppdagelsesteam for psykosepasienter, med mer. Det er mer rimelig å forvente at slike tiltak i større grad vil resultere i en vridning i sykdomspanoramaet og diagnosefordelingen innen de offentlige poliklinikkene.



1 Innledning

Siden 1979 er det med fem års mellomrom blitt gjennomført landsomfattende registreringer av voksne pasienter i døgninstitusjon i psykisk helsevern. Fra og med 1989 ble det i tillegg gjennomført tilsvarende registrering av pasienter som mottok behandling ved poliklinikker og hos avtalespesialister. Alle er utført av SINTEF Helse på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet.

Registreringen har foregått ved at behandlerne har fylt ut et skjema for hver pasient som mottok behandling i løpet av en 14-dagers periode i september 2004. Skjemaet har inneholdt opplysninger om sosiodemografiske og sosioøkonomiske forhold, tidligere behandling, forhold vedrørende nåværende bo- og behandlingssituasjon, kliniske karakteristika samt vurdering av ønskelige bo- og behandlingstilbud. I denne undersøkelsen er det lagt større vekt på å beskrive kliniske karakteristika sammenlignet med tidligere undersøkelser. Vi har denne gangen tilføyd spesielle spørsmål knyttet til suicidalproblematikk, rusmiddelmissbruk, spiseforstyrrelser, samt at vi har spurt om bruk av individuell plan og ulike former for tvangstiltak. Vi skiller også mellom de som har mottatt ordinær poliklinisk behandling, ambulant poliklinisk behandling og de som har mottatt poliklinisk behandling ved dagavdelinger og lignende.

Det ble utarbeidet et separat og mye kortere spørreskjema som ble sendt til privatpraktiserende spesialister i psykiatri og psykologi og som mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene. Dette skjemaet registrerte forhold knyttet til avtalespesialistenes behandlingspraksis samt følgende opplysninger om pasientene: sosiodemografiske/økonomiske opplysninger, ventetid, behandlingsskvens, tidligere behandling, diagnose, rusmiddelmissbruk, sykdomsvarighet, spiseforstyrrelser og suicidalproblemer.

Det har tidligere ikke blitt utgitt noen tilsvarende separat rapport med nasjonale data over voksne som mottar poliklinisk behandling. Fra 2003 ble de fylkeskommunale sykehusene overtatt av staten og drevet av de regionale helseforetakene (helsereformen). Denne rapporten vil følgelig være viktig da den vil kunne beskrive endringer som kan settes i sammenheng med utbyggingen av det polikliniske tilbudet ved DPS.

Som et ledd i opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid ble rusreformen iverksatt fra og med 1. januar 2004. Denne medførte at driften og ansvaret for alle de spesialiserte helsetiltakene til rusmisbrukere som tidligere var drevet av fylkeskommunene, ble overført til staten ved de regionale RHF-ene (Ot.prp nr. 3 (2002-2003) og Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)). Fra og med 2004 har de regionale helseforetakene et sørge-for ansvar for alle tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbud (både helsefaglige og sosialfaglige) til rusmiddelmissbrukere. Dette ansvaret omfatter avrusing, utredning og kartlegging av behandlingsbehov, spesialisert poliklinisk og døgnbasert behandling, sosialpedagogiske tiltak, og institusjonsplasser som tvangsbehandler rusmiddelmissbrukere. Iht pasientrettighetsloven har nå også rusmiddelmissbrukere, på linje med pasienter med andre lidelser, rett til evaluering, rett til klage og fornyet vurdering, rett til behandling, rett til fritt valg av behandlingssted, rett til individuell plan, med mer. Denne registreringen omfattet ikke ruspoliklinikker innen spesialisthelsetjenesten som var lokalisert separat fra DPS. Det betyr at data som omhandler ruslidelser og rusbehandling i denne undersøkelsen i hovedsak er avgrenset til de ordinære poliklinikkene. Disse resultatene er likevel viktige da de sier i hvilken grad disse poliklinikkene har greid å fange opp flere med ruslidelser. Vi har også inkludert en ny variabel som beskriver

pasientenes rusmiddelmisbruk de siste ukene før behandlingsoppstart. I tillegg har vi tatt med spørsmål om ventetid for behandling.

I kapittel 2 gis en presentasjon av metoden og prosedyren for gjennomføring av registrering. Kapittel 3 handler om pasienter behandlet i poliklinikk. Det skilles i noen grad mellom de som behandles ambulant og i dagavdeling. Dette kapitlet er viktig da det utgjør en slags "baseline" for å måle konsekvenser av fremtidige helsepolitiske satsninger på akutt-team, ambulante team, rusteam og kanskje tidligintervensjonsteam for psykosepasienter. Det presenteres også kliniske karakteristika da dette gir holdepunkter for pasientenes behov. Dette gir selvsagt viktige føringer for behovet for faglig kompetanse. Alt dette er også forhold som er vektlagt i Opptappingsplanen.

Kapittel 4 handler om pasienter behandlet av privatpraktiserende avtalespesialister. Pga lav svarprosent ved den siste undersøkelse i 2000, ble det denne gangen laget et separat og forkortet skjema til denne gruppen. For å gjøre spørreskjemaet så kort som mulig ble mange opplysninger om pasientenes tidligere og nåværende behandlingssituasjon utelatt.

Fordi helsepersonell ansatt i poliklinikk og privatpraktiserende avtalespesialister arbeider så atskilt, har vi valgt å sammenligne pasientene som behandles av disse to gruppene i et eget kapittel (kapittel 5). Det er særlig interessant å se på tilgjengelighet i form av ventetid og hvilke psykiske lidelser som de behandler. Dette gir verdifull informasjon om de privatpraktiserendes rolle i det helhetlige behandlingstilbudet til de med psykiske lidelser.

2 Metode og gjennomføring

2.1 Formål og metode

Undersøkelsens målsetting var å skaffe til veie opplysninger om pasienter som mottar behandling ved institusjoner og poliklinikker i det psykisk helsevernet for voksne, samt belyse hvordan tilbudene er tilpasset pasientenes behov (basert på behandlernes vurdering). Registreringen omfatter både de som mottar døgnbehandling og de som mottar poliklinisk behandling. Førstnevnte er omtalt i en egen rapport (Hagen & Ruud, 2004). Registreringen er en oppfølging av tilsvarende undersøkelser som er gjort med fem års mellomrom siden 1979. Det ble utført en tilsvarende poliklinisk undersøkelse av poliklinisk behandling i 2000 og særlig har vi lagt vekt på å sammenligne disse data med data fra denne undersøkelsen i 2004. Opplysningene er anonyme og man kan derfor ikke si noe om individuelle endringer.

Registreringen av pasienter som mottok poliklinisk behandling ble gjennomført ved at alle helsearbeidere i offentlige poliklinikker og alle privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftstilskudd i landet, ble bedt om å fylle ut et registreringskjema for hver pasient som ble undersøkt/behandlet i løpet av en 14-dagersperiode i september 2004.

Alle offentlig godkjente poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne i Norge ble tilsendt et spørreskjema (vedlegg 1). En oversikt over disse ble gitt av Sosial- og helsedirektoratet. Et annet spørreskjema ble sendt til alle privatpraktiserende med driftstilskudd (avtalespesialister) i landet. Oversikter over avtalespesialistene ble gitt av det enkelte RHF og av Den Norske Lægeforening og Norsk Psykologforening.

Registreringen ble gjennomført ved at behandlerne fylte ut et registreringskjema for hver pasient de behandlet eller undersøkte i løpet av to uker i september 2004. Selv om utfyllingen av skjemaet kunne ta en del tid, var det pasientenes status på tidspunktet for behandlingss kontakten i registreringsperioden som skulle skåres. Studien var vurdert ikke meldepliktig eller konsesjonspliktig av Personvernombudet for forskning fordi det ikke ble registrert navn, personnummer, adresse, bokommune eller andre direkte eller indirekte identifiserbare personopplysninger.

Totalt mottok SINTEF 21 527 registreringskjemaer fra poliklinikkene og 10 003 registreringskjemaer fra avtalespesialister. Ved en inkurie i registreringen av innkommende post til SINTEF Helse, ble det ikke mulig å skille mellom psykologer og psykiatere blant avtalespesialistene tilhørende RHF Midt-Norge (N= 1486). Det betyr at det ikke var mulig å vite hvilke pasienter som ble behandlet av psykolog eller psykiater i denne landsdelen. Vi vet at det var 16 psykiatere og 65 psykologer i landsdelen på det tidspunktet undersøkelsen fant sted, og at dette utgjør 14,9 prosent av alle mottatte pasientregistreringskjemaer for avtalespesialister på landsbasis.

Det ble ikke utført noen form for purring i forbindelse med datainnsamlingen. Etter at registreringskjemaene var mottatt ved SINTEF Helse, ble opplysningene "lest" optisk og overført til en database. Skjemaer som ikke kunne leses optisk pga feilaktig eller upresist utfylling, ble punchet manuelt. Noen få skjemaer mottatt etter 1. april 2005 ble ikke med i undersøkelsen.

2.2 Beskrivelse av registreringskjemaene

Registreringskjemaene som ble sendt til poliklinikker og avtalespesialister var ulike.

Spørreskjemaet til poliklinikkene (vedlegg 1) bestod av et dobbeltsidig registreringsark som skulle utfylles for hver pasient, samt en separat veiledning vedrørende utfylling og skåring. Til avtalespesialistene ble det sendt et enkeltsidig registreringskjema (vedlegg 2) som også skulle utfylles for hver pasient i registreringsperioden.

Registreringskjemaet vedrørende pasienter i behandling ved poliklinikker registrerte forhold vedrørende sosio-demografiske/økonomiske forhold, utdanning og bosituasjon, tidligere behandling, forhold vedrørende nåværende behandlingssituasjon, kliniske karakteristika samt vurdering av ønskelige bo- og behandlingstilbud.

Registreringskjemaet vedrørende pasienter som mottok behandling av avtalespesialister var likt poliklinikkkjemaet foruten at følgende variabler var utelatt: spesifisering av funksjonshemminger, spørsmål om pasienten har ventetidsgaranti, pasientenes karakteristikk av sine egne symptomer eller årsaken til behandlingen, konsultasjonstype (par, gruppe, individuelt, med mer), hensikten med pasientkontakten (utredning, behandling, med mer), medikamentell behandling, pasientens behov for døgntilbud, og hvilke tiltak (primærlege, psyk. sykepleier, hjemmehjelp, med mer) som er ønskelig, realistisk eller som allerede blir gitt.

3 Pasienter behandlet i poliklinikk/DPS

I St.melding nr 25 "Åpenhet og helhet" (1997) går helsemyndighetene inn for at DPS skal ivareta følgende hovedfunksjoner for sitt opptaksområde:

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

Intensjonen er at DPS på sikt skal kunne ta seg av mange av de allmennpsykiatriske behandlingsoppgavene som de generelle psykiatriske avdelinger i større institusjoner tidligere har hatt. DPS er altså tiltenkt å ha større grad av totalansvar for behandling og rådgivning til sitt opptaksområde enn hva som var tilfelle ved de tidligere sentrale institusjonene. Opptrappingsplanen betoner en enda større vektlegging av tilgjengelighet og nærhet. Midtveis i 2003 var det etablert 71 DPS mens det var 12 områder hvor slike ikke var etablert. En del av disse har i løpet av de siste årene utviklet mer differensierte behandlingstilbud i form av spesielle teamtilbud (ambulante team, psykoseteam, akutteam, med mer), langtids- og intermediæravdelinger, og lærings- og mestringssenter (LMS). 90 av de i alt 118 polikliniske teamene ved etablerte DPS var allmennpsykiatriske team, mens resten var psykoseteam, rusteam, alderspsykiatriske team, og andre spesialteam. DPS med store opptaksområder hadde gjerne to separate allmennpsykiatriske poliklinikker som dekket hver sin del av opptaksområdet.

Ifølge kartleggingsstudien til Ruud et al (2004) hadde to av tre DPS etablert dagenhet. Dagenheter ga i hovedsak tre typer behandlingstilbud: gruppeterapi til personer med personlighetsforstyrrelser, behandling til de med psykoselidelser, eller behandlingstilbud som var en blanding av de førstnevnte. Midtveis i 2003 hadde omtrent halvparten av de etablerte DPS opprettet ett eller flere ambulante team. De fleste av disse var en form for psykoseteam, men det var også noen akutt- eller kriseteam samt noen rusteam. De fleste ambulante team var opprettet i løpet av de siste årene og bruken av slike team ser ut til å være økende. Skillet mellom ambulante team og tradisjonell poliklinisk behandling er uklart og det er behov for mer spesifikke beskrivelser og operasjonaliseringer av slike team.

Innhenting av opplysninger om pasienter i poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne ble gjennomført ved at alle som drev poliklinisk pasientundersøkelse eller behandling ble bedt om å fylle ut registreringskjemaet for hver pasient som ble behandlet/undersøkt i løpet av en 14-dagers periode i september 2004. Samlet mottok SINTEF Helse respons fra alle offentlige polikliniske behandlingseenheter. Ledere ved DPS og poliklinikker ble pålagt ansvaret for at registreringen ble gjennomført og svarprosenten antas å være tilnærmet 100. Registreringskjemaene ble kun sendt til DPS og tradisjonelle poliklinikker og de fleste ruspoliklinikker lokalisert utenfor DPS har derfor ikke blitt med i undersøkelsen. De aller fleste av disse er private behandlingsinstitusjoner med driftstilskudd fra RHF.

Skjemaer som ble mottatt av SINTEF Helse etter 1. april 2005 ble ekskludert fra studien.

Registreringsskjemaet ble utfylt for 21 527 pasienter i løpet av registreringsperioden. Av disse var 1 462 dagpasienter. Dette utgjør 616 personer per 100 000 innbyggere over 18 år (basert på 3 495 131 personer over 18 år). I den tidligere registreringsstudien av alle polikliniske pasienter i løpet av en tilsvarende 14-dagers periode i april 2000, ble det registrert 13 135 pasienter. Da var dagpasientene utelatt fra undersøkelsen. Den gang utgjorde dette 383 voksne per 100 000 innbyggere. Dvs at 53 prosent flere personer per 100 000 voksne innbyggere mottok poliklinisk behandling i 2004 enn i år 2000 (ekskludert dagpasientene).

Av de registrerte pasientene var det oppgitt at 90,3 prosent mottok tradisjonell poliklinisk behandling, at 8 prosent (N=1 724) var dagpasienter, og at 5,4 prosent (N=1 162) mottok ambulant behandling (summen er over 100 da en del hadde krysset av for flere behandlingsformer). Selv om det ikke forelå noen definisjon av ambulant behandling, kan man likevel si at ambulant behandling så langt i svært liten grad benyttes ved norske poliklinikker.

De største yrkesgruppene av behandlere som hadde fylt ut skjemaene var psykologer (30 prosent), sykepleiere (29 prosent), leger (20 prosent) og sosionomer (13 prosent). En oversikt er vist i tabell 3.1.

Tabell 3.1 Utfyllernes profesjonsbakgrunn.

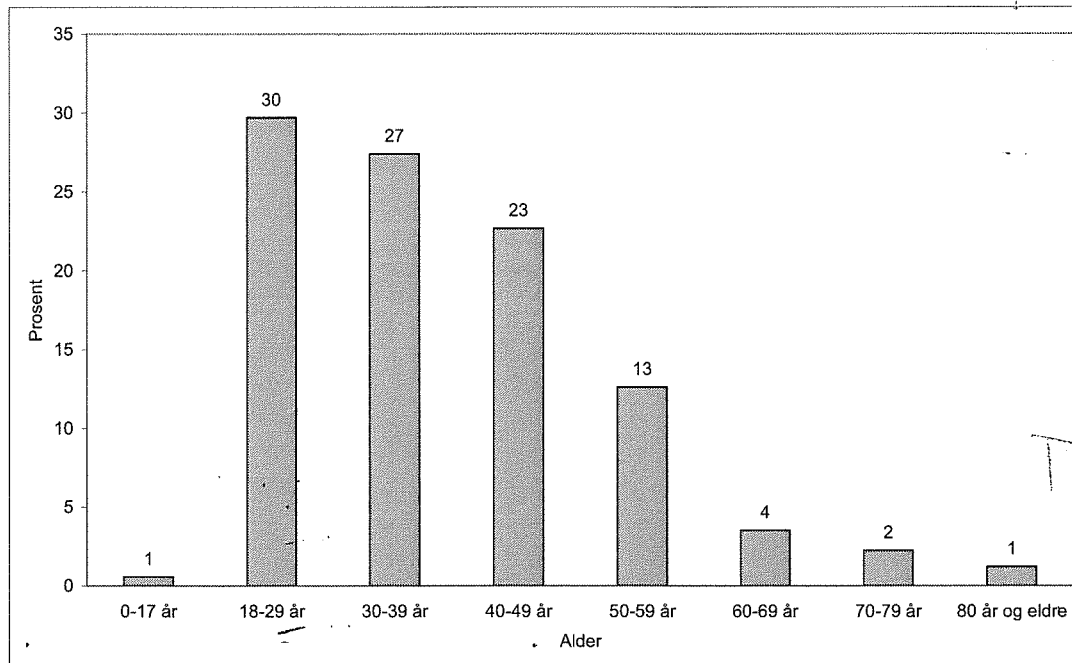
Yrkesgrupper	Antall	Prosent
Psykiater	3 136	14
Lege	1 226	6
Psykologspesialist	2 910	13
Psykolog	3 676	17
Psykiatrisk sykepleier	5 936	28
Sykepleier	316	1
Klinisk sosionom	1 529	7
Sosionom	1 289	6
Andre	1 973	9
Totalt		101

3.1 Sosiodemografiske og sosioøkonomiske opplysninger

Alderen på pasientene ble skåret i alderskategorier. Gjennomsnittsalderen blant pasienter mellom 18 og 80 år var 38,5 år. I denne gjennomsnittsberegningen ble 122 pasienter under 18 år og 259 pasienter over 80 år ekskludert da disse var skåret i åpne alderskategorier (under 18 og over 80). Det antas at nesten alle klassifisert som under 18 år i virkeligheten var 17 år. Tilsvarende gjennomsnittsalder for poliklinikkregistreringen i 2000 var 39 år. Dvs at gjennomsnittsalderen på pasienter behandlet i poliklinikk ikke har endret seg. Gjennomsnittsalderen for pasienter innlagt på døgnavdelinger i psykisk helsevern for voksne var 43 år i registreringen utført av SINTEF Helse i 2003 (Hagen & Ruud, 2004).

I denne registreringen var 79 prosent av pasientene mellom 18 og 50 år. Det vil si at det er få yngre og eldre personer som mottar behandling ved poliklinikker for voksne. 7 prosent av pasientene var over 60 år, 3,5 prosent var over 70 år og 1,2 prosent var over 80 år. En grafisk fremstilling over prosentvis aldersfordeling er vist i figur 3.1.

Figur 3.1 Prosentvis aldersfordeling av utvalget.



Som ved tidligere undersøkelser var det også i denne flere kvinner (61 prosent) enn menn (39 prosent).

Det er kjent at dårlig psykisk helse korrelerer med det å være singel og å ha et lite sosialt nettverk. Dette gjelder for begge kjønn og uavhengig av alder. Mens halvparten av den voksne befolkning på landsbasis var samboende eller gift, så var 39 prosent av pasientene i poliklinikkregistreringen gift eller samboende. Det var nesten ikke skåret noen med registrert partnerskap (0,009 prosent). 36 prosent av pasientene bodde alene og 9 prosent bodde alene med barn. Under en prosent var oppgitt å ikke ha fast bopel. Andelen gifte eller samboende var mye høyere enn hos pasienter som mottar døgnbehandling.

De fleste pasientene (70 prosent) mottok ulike former for trygd eller sosial stønad. De vanligste stønadsformene var attføring- eller rehabiliteringstrygd (31 prosent) og uføretrygd (21 prosent) (tabell 3.2). Omtrent ¼ mottok ordinær lønn, ble forsørget eller mottok annen form for inntekt. Ved tilsvarende kartlegging av pasienter behandlet ved døgnavdeling innen psykisk helsevern for voksne i 2003 (Hagen & Ruud, 2004), var kun fire prosent i inntekts-givende arbeid. Det å ha en ordinær jobb anses ofte å være gunstig i rehabiliteringen av personer med psykiske lidelser. Likevel mottar hele 45 prosent av pasientene arbeidsledighetstrygd, attføring, rehabilitering eller sosial stønad. Overraskende få (1 prosent) mottok arbeidsledighetstrygd. Dette tallet var likt tallet for pasienter i døgninstitusjoner.

Tabell 3.2 Viktigste kilde til livsopphold (prosent).

Lønnet arbeid	20
Forsørget	3
Arbeidsledighetstrygd	1
Syke-/rehab.penger	32
Attføringspenger	8
Uførepensjon	21
Alderspensjon	4
Sosialstønad	5
Annet	5
Ukjent	1
Total	100

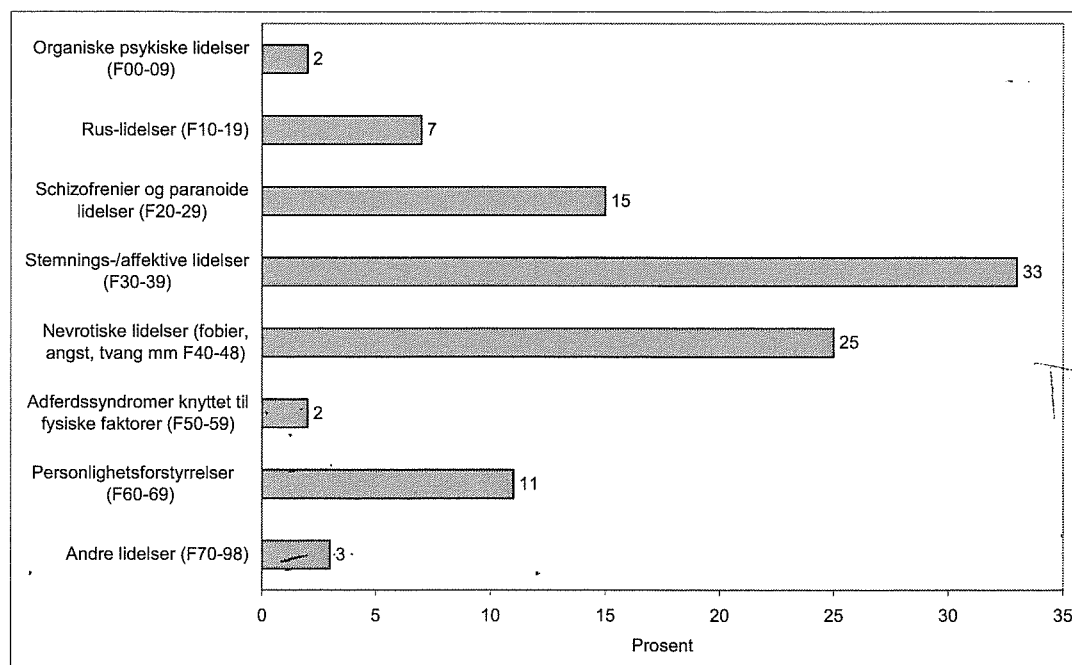
3:2 Psykiske lidelser og kliniske karakteristika

Behandlerne ble bedt om å angi diagnose basert på diagnoseklassifiseringssystemet ICD-10. I dette systemet er alle psykiske lidelser klassifisert under område F. Behandlerne oppga både hoveddiagnose og bidiagnoser. Sistnevnte for å fange opp komorbiditet. Da det var svært få som hadde registrert bidiagnoser, er disse utelatt fra analysen. Den registrerte hoveddiagnosen vil for mange pasienter være en tentativ diagnose, spesielt for de som har vært svært kort tid i behandling. I tillegg ble det spurt om tilleggsinformasjon om spesifikke psykiske lidelser eller problemstillinger som suicidal- eller selvskadetendens, rusmiddelmissbruk og spiseforstyrrelser. 1 421 pasienter (6,6 prosent) var oppgitt å være under utredning og deres diagnoser ble fjernet fra diagnoseoversikten. Utfyllerne hadde registrert mer enn én hoveddiagnose på 1 656 pasienter (7 prosent). Disse representerte ikke noen spesielle diagnosegrupper og var fordelt over diagnosegruppene likt de øvrige som kun hadde fått en hoveddiagnose. Dette skyldes antagelig at utfyller mente at diagnosene var like viktige. De med mer enn en hoveddiagnose ble tatt ut av oversikten over hoveddiagnoser. I tillegg manglet det registreringer på 592 pasienter. De med flere hoveddiagnoser, de under utredning og de med manglende diagnoseskåre, utgjorde til sammen 3 669 pasienter (17 prosent) av alle registrerings skjemaer. Dette førte til at vi satt igjen med 17 856 pasienter med utfylt hoveddiagnose.

En diagnosefordeling for pasienter som mottok poliklinisk behandling i registreringsperioden er vist i figur 3.2.

De fleste pasientene i poliklinisk behandling har stemningsforstyrrelser (typisk depresjon) (34 prosent) og nevrotiske lidelser som angst og tvangslidelse (25 prosent). 16 prosent er oppgitt å ha schizofrene eller paranoide lidelser (psykoser). Forekomsten av psykoser er langt høyere blant døgninnlagte pasienter i psykisk helsevern (sykehus) (40 prosent). Det var ingen økning i andelen med rusdiagnoser fra registreringer i år 2000 til denne i 2004. Fra og med 1.1.2004 fikk vi en nasjonal rusreform som innebar at all spesialisert rusbehandling ble overført til helseforetakene. Selv om denne registreringer ikke omfattet ruspoliklinikkene og rusreformen ble gjennomført i september samme år, hadde vi likevel forventet at rusreformen hadde ført til at flere personer med rusdiagnoser ble behandlet ved poliklinikkene nå enn i registreringer i år 2000. Registreringen viste derimot ingen forskjell.

Figur 3.2 Diagnosefordeling poliklinikk (prosent).



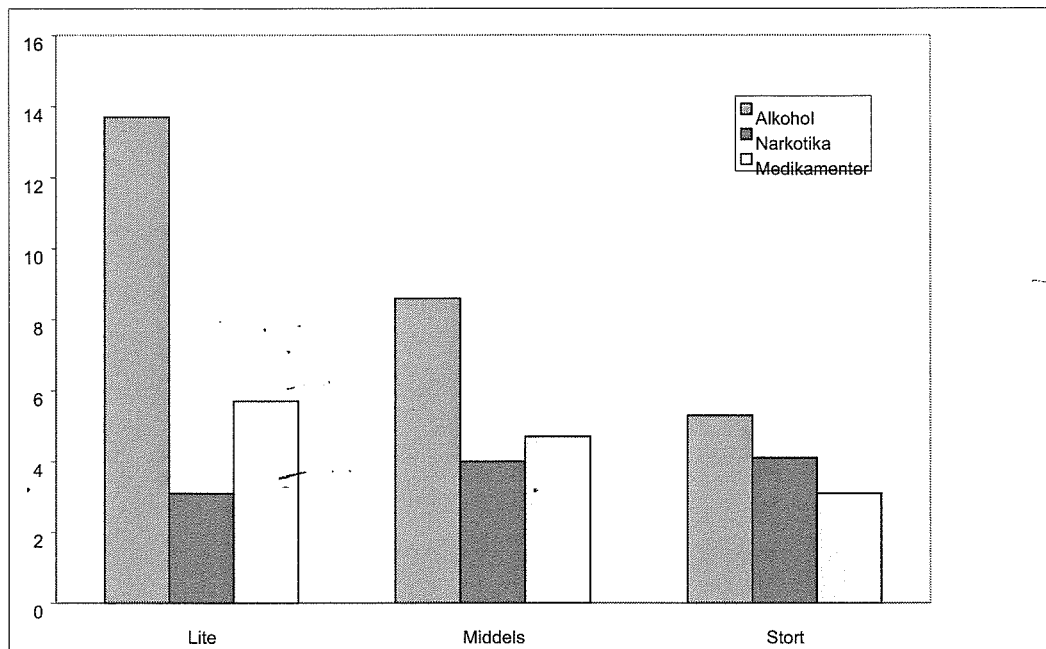
Rusmiddelmissbruk

I spørreskjemaet var det tilføyd egne spørsmål vedrørende pasientenes misbruk av rusmidler (alkohol, narkotika og medikamenter) de siste ukene før behandlingsstart (skåret som: ingen, lite, middels, stort), samt om behandlingseenheten har et behandlingsansvar for de med ruslidelser eller ikke. Det manglet skårer på omtrent 4-5 prosent av pasientene for hver av de ulike ruskategoriene. I denne undersøkelsen var det 66 prosent som ikke misbrukket alkohol, 81 prosent som ikke misbrukket medikamenter og 84 prosent som ikke misbrukket narkotika. Tallene for de som var oppgitt å ha et stort misbruk av alkohol var 5,3 prosent, et stort misbruk av medikamenter var 3,1 prosent og et stort misbruk av narkotika var 4,1 prosent. I samsvar med tidligere forskning så var det også i dette utvalget langt mer rusmisbruk blant menn enn kvinner. Nesten like mange pasienter var oppgitt å ha et stort medikamentmisbruk (3,1 prosent) som de som hadde et stort narkotikamisbruk (4,1 prosent) (figur 3.3). Tallene for forekomst av rusmiddelmissbruk blant disse pasientene er lave da forskningsstudier har vist at 50-60 prosent av pasienter i norske psykoseteam og akuttavdelinger (upubliserte tall fra Blakstad sykehus og Østmarka sykehus) har et rusmiddelmissbruk. Livstidsprevalensen for alkoholmisbruk/avhengighet og narkotikamisbruk/avhengighet i en normal Oslo-befolkning er på henholdsvis 22,7 og 3,4 prosent (Kringlen et al, 2001). Tolvmåneders prevalensen for samme lidelser var henholdsvis 10,6 og 0,9 prosent. Vi kjenner ikke til at det er ikke publisert noen epidemiologiske forskningsdata på forekomsten av rusproblemer blant pasienter i norske poliklinikker, men det antas at punktprevalensen er på ca 30-40 prosent.

Hvorfor er forekomsten av rusmisbruk så lav i denne registreringen? Svaret må være at enten er forekomsten større, men at behandlerne ikke har kjennskap til pasientenes rusproblemer, at ruspoliklinikkene ikke deltok i undersøkelsen, eller så er forekomsten virkelig så lav blant poliklinikkpasientene. Forklaringen ligger sannsynligvis i alle. Mange poliklinikker har fremdeles primære ruslidelser som eksklusjonsgrunn og de fleste har liten kompetanse på feltet. Dette kan også medføre at få henviser personer med rusproblemer til poliklinikkene. Korrekt identifisering og diagnostisering av rusmiddelproblemer fordrer bruk av strukturerte rus-screeningmetoder, noe som i svært liten grad benyttes i daglig klinisk virksomhet av helsepersonell ved allmennpsykiatriske poliklinikker. Dette fører følgelig til en

sterk underrapportering av forekomsten av rusmisbruk. Uansett forklaringsgrunn så er forekomsten av rusproblematikk blant pasienter i ordinær poliklinisk behandling lav.

Figur 3.3 Forekomst av rusmiddelmissbruk (prosent).



Det ble også spurt om de med ruslidelser ble behandlet av andre for dette eller av samme behandler. Dette er et viktig spørsmål fordi rusreformen pålegger poliklinikkene ansvaret for å behandle de med rusproblemer. Videre har behandlingsforskning vist at man oppnår best behandlingsresultater av de med ruslidelser og samtidig psykiske lidelser, når begge lidelser behandles samtidig av samme behandler. Resultatene viste at kun halvparten av pasientene (54 prosent) som hadde en ruslidelse mottok behandling for denne av samme behandlingsenhet. Det var derimot slik at denne andelen økte med graden av rusmisbruk. Omtrent 84 prosent av de med et stort narkotikamisbruk mottok behandling for dette av samme behandler.

Suicidalproblemer/selvskadetendens siste år.

Selvskadetendens, selvmordstanker, selvmordstrusler og selvmordsforsøk ble avkrysset iht om det hadde forekommet hos pasienten i løpet av det siste året. Svarprosenten var meget god (missing N=677, 3,1 prosent) og 35,3 prosent av pasientene var oppgitt å ha hatt en eller flere former for selvskadetendens i løpet av det siste året. Av disse utgjorde de aller fleste selvmordstanker (22,8 prosent). 3,7 prosent hadde hatt selvskadetendens, 3,7 prosent hadde selvmordstanker og 5,1 prosent selvmordsforsøk.

Spiseforstyrrelser.

I skjemaet ble behandlere/utfyllere bedt om å angi om pasientene hadde betydelig anorexi eller bulimi (ja-nei avkryssing). 6,4 prosent (N=1 311) av alle menn og kvinner hadde enten anorexi eller bulimi. Det var 9,9 prosent av kvinner og 0,9 prosent av menn (1 177 missing) (N=20 350).

3,3 prosent (N=661) ble oppgitt å ha anorexi og av disse var de fleste kvinner (N=612, 5,1 prosent av kvinnene). Kun 49 personer var menn (0,6 prosent). 4,1 prosent (N=806) av

pasientene hadde bulemi og av disse var 764 kvinner (6,3 prosent av kvinnene). Kun 42 personer var menn (0,5 prosent).

I en norsk epidemiologisk undersøkelse (DSM-III-R intervju) ble 12-måneders- og livstidsprevalensen for bulimia nervosa og anorexia nervosa for begge kjønn i en norsk normalbefolkning oppgitt til henholdsvis 0,7 og 1,8 prosent (Kringlen et al 2001). I en norsk spørreskjemaundersøkelse av polikliniske pasienter i psykisk helsevern (N=8 942) var punktprevalensen for anorexia og bulimia for kvinner 3,8 prosent og for menn 0 prosent (Gøtestam et al, 1995). I en intervjuundersøkelse av 237 kvinner og 127 menn som mottok poliklinisk behandling, var punktprevalensen for anorexia 1,9 prosent og 0 for menn. For bulimia var tallene henholdsvis 5,2 prosent og 2,7 prosent (Taraldsen et al, 1996). Forekomsttall som baseres på diagnostiske intervjuer eller strukturerte diagnostiske spørreskjemaer vil selvsagt ha strengere krav til oppfyllelse av diagnosekriterier enn en studie som kun ber klinikere om å angi diagnose med en ja-nei vurdering.

3.3 Tidligere og nåværende behandling

35 prosent av pasientene (N=8 121) hadde stått på venteliste for å få behandling ved forrige pasienttelling. Det synes å være store forskjeller mht dette og det er kjent at enkelte poliklinikker har ventelister mens andre ikke har det. At så få som 35 prosent hadde stått på venteliste kan tyde på en viss underrapportering. Da vi i denne studien ikke hadde tilgang på informasjon om navnet på behandlingsinstitusjonene og deres fordeling på helseforetak, kunne vi ikke fremstille en oversikt over foretaks- eller institusjonsmessige forskjeller mht venteliste. Gjennomsnittlig ventetid for alle var 8.5 uker (SD=8.5) og 70 prosent hadde ventet under 12 uker. Under 1 prosent hadde ventet i mer enn 40 uker (litt over 9 måneder).

De aller fleste pasientene var henvist til behandling av fastlegen (63 prosent), døgnavdeling innen psykisk helsevern (14 prosent) og fra annen poliklinikk (10 prosent). Kun 13 prosent var henvist fra pasient/familie, øvrige primærhelsetjeneste, somatisk institusjon, avtalespesialister innen psykisk helsevern, politi/fengsel eller andre instanser.

Det ble også registrert hvem de hadde mottatt behandling av tidligere. Dette er vist i tabell 3.3. Fordi det var mulig å krysse av for flere svaralternativer ble summen av de enkelte prosentangivelsene over 100. Som det fremgår var halvparten av pasientene tidligere oppgitt å ha mottatt behandling av fastlegen og 57 prosent av døgnavdeling eller annen poliklinikk i psykisk helsevern.

Tabell 3.3 Tidligere behandlet for psykisk lidelse (prosent).

Behandlingsinstans	Prosent
Primærhelsetjenesten	50
Psykiatrisk poliklinikk	37
Privatpraktiserende avtalespesialist	6
Døgnavdeling psykisk helsevern	20
Dømt til behandling	1
Rusinstitusjon, døgnet	4
Rusinstitusjon, poliklinikk	4
Annen behandling	5
Totalt	127*

* flere avkryssninger var mulig

Blant de som tidligere var innlagt på døgnavdeling (N=3 645) var de vanligste diagnosene schizofrenier og paranoid lidelse (F20-29) (32,2 prosent) og stemnings/affektive lidelser (F30-39) (32,1 prosent). En oversikt over hvilke diagnosegrupper som hadde mottatt døgnbehandling tidligere, er vist tabell 3.4. Denne viser at det i hovedsak er pasienter med schizofrene psykoser som har mottatt døgnbehandling. Det er også sannsynlig at det er de pasientene i kategorien stemnings-/affektive lidelser som har hatt psykotiske symptomer, eller vært suicidale, som har vært mest døgninnlagt.

Tabell 3.4 Diagnosegrupper som tidligere har mottatt døgnbehandling (N=3 646)(prosent).

Psykiske lidelser	
Organiske psykiske lidelser	1
Ruslidelser	5
Schizofrenier og paranoide lidelser	32
Stemnings-/affektive lidelser	32
Nevrotiske lidelser	12
Adferdssyndromer	3
Personlighetsforstyrrelser	13
Andre lidelser	2
Totalt	100

Omtrent seks prosent av alle pasientene var tatt imot som øyeblikkelig hjelp. En oversikt over sammenhengen mellom øyeblikkelig hjelp og diagnose er gitt i tabell 3.5 Som det fremgår var det i hovedsak pasienter med stemnings/affektive lidelser (42,5 prosent) som mottok øyeblikkelig hjelp og mange av disse (15 prosent) hadde hatt selvmordsforsøk i løpet av det siste året.

Gjennomsnittlig varighet av aktuell behandlingssekvens var 13,5 måneder, dvs litt over ett år (variasjonsbredde 0-99 måneder, SD 17,4). 68 prosent hadde gått i behandling i under 12 måneder og 84 prosent under 24 måneder. Dvs at 16 prosent hadde gått over 2 år i behandling. Pasienter med schizofrene og paranoide lidelser (gruppe F20-29) hadde vært gjennomsnittlig to år i behandling. Dette var omtrent dobbel så lang tid som de andre diagnosegruppene (bortsett fra personlighetsforstyrrelser som hadde vært 17 måneder i behandling). De gjennomsnittlige tidene i behandling for hver diagnosegruppe er angitt i tabell 3.5.

Tabell 3.5 Gjennomsnittlig tid i behandling og andelen på øyeblikkelig hjelp for hver diagnosegruppe.

Psykisk lidelse	Gjennomsnittlig behandlingstid (måneders)(N=20 509)	Øyeblikkelig hjelp (prosent) (N=1 173)
Organiske psykiske lidelser (F00-09)	8,3 (SD=11)	1,3
Ruslidelser (F10-19)	11,5 (SD=13,8)	6,4
Schizofrenier med mer (F20-29)	24,8 (SD=24,7)	16,7
Stemnings/affektive Lidelser (F30-39)	11,8 (SD=15,5)	42,5
Nevrotiske lidelser (F40-48)	11,1 (SD=13,9)	19,0
Atferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-59)	11,3 (SD=14,4)	1,4
Personlighetsforstyrrelser (F60-69)	17,1 (SD=19)	10,9
Andre (F70-98)	13,6 (SD=17,7)	1,7

3.4 Lovanvendelse

Av de i alt 21 527 pasientene som ble behandlet poliklinisk, ambulant eller som var dagpasienter, var det 600 (3 prosent) som ved behandlingsstart var underlagt tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold. Ved registreringstidspunktet var fortsatt 410 (2 prosent av pasientene) fortsatt underlagt tvungen helsevern.

For 202 (33 prosent) av de 618 pasientene der vi kjente tilleggsvilkårene, var vedtaket begrunnet ut fra at pasienten utgjorde en nærliggende og alvorlig fare for seg selv eller andre. For 540 pasienter (87 prosent) var tilleggsvilkåret at utsiktene til helsebredelse/vesentlig bedring ville reduseres, mens 122 pasienter (21 prosent) oppfylte vilkåret om at pasienten ville lide overlast.

Av de 600 pasientene underlagt tvungen psykisk helsevern ved behandlingsstart, ble 307 (52 prosent) av de 586 pasientene vi har informasjon om, behandlet med legemidler mot eget ønske. På registreringstidspunktet gjaldt dette 171 av de 396 pasientene vi har opplysninger for. Alt i alt hadde 443 pasienter blitt tvangsmedisinert på minst ett av de to tidspunktene.

Schizofrenier og paranoid lidelse (F20-29) er den dominerende diagnosen hos de som er underlagt tvungen psykisk helsevern, henholdsvis 81 prosent ved innleggelsen og 85 prosent ved registreringstidspunktet. Pasienter med stemningslidelser/affektive lidelser utgjorde hhv 11 og åtte prosent.

3.5 Ønskelig bosted og behandling

Behandlerne ble bedt om å oppgi hvilket bo- eller døgntilbud som pasienten faktisk hadde og hvilket tilbud som ble vurdert som ønskelig. Forskjell mellom faktisk tilbud og ønskelig behandlingstilbud, antyder at pasienten er vurdert å trenge et annet tilbud enn det vedkommende har på registreringstidspunktet. Samlet sett kan dette gi en pekepinn på hvilke behandlingstilbud man burde prioritere for pasienter som mottar poliklinisk behandling. Slike data bør imidlertid behandles med forsiktighet da denne undersøkelsen ikke sier noe om det konkrete innholdet i tilbudene. Det kan for eksempel tenkes at et ønskelig døgntilbud for en pasient kunne vært unngått hvis man hadde hatt et tilbud om ambulant team. Videre sier ikke registreringen noe om hvilke behandlingstilbud som førstelinjetjenesten vurderer som

ønskelig for pasientene. Vurderinger om ønskelig tilbud varierer også mht den enkelte behandleres faglige holdninger og personlige prioriteringer. Fordi vi må anta at behandlernes vurderinger av ønsket plassering for den enkelte pasient ville blitt fulgt opp i praksis dersom det var mulig, må vi anta at differansen mellom faktisk og ønskelig tilbud skyldes at det ønskelige tilbudet ikke var tilgjengelig.

Det er flere grunner til at en pasient ikke vurderes å være på ønskelig plass i behandlingkjeden. Pasienten kan motta det faktiske tilbudet selv om det ikke er det mest ønskelige, fordi det var kun det som var tilgjengelig eller mulig. Det kan også være slik at pasientens tilstand nylig har endret seg (siden behandlingssopstart) og at det forberedes et annet tilbud. Det kan også være slik at pasienten venter på å motta et annet tilbud. I mange tilfeller vil det være viktig å forberede pasienten og planlegge med andre behandlere eventuelle overflyttinger og endringer. Det kan også være slik at pasientenes vurderinger og ønsker mht alternative bo-/behandlingstilbud ikke er sammenfallende med behandlernes vurderinger. Rapporten gir ikke noe svar på slike forhold. Vi kjenner ikke til at det er gjort tilsvarende undersøkelser av dette blant pasienter som mottar poliklinisk behandling i internasjonale studier.

Tabellen 3.6 viser hvilken type tilbud som behandlerne anså som mest egnet for de 21 527 polikliniske pasientene på registreringstidspunktet. Der ønsket behandlingstilbud ikke er angitt eller der det er oppført flere alternativer, er ønsket bo-/behandlingstilbud satt lik det faktiske tilbudet (dvs poliklinisk behandling).

Tabell 3.6 Faktisk og ønskelig bo-/behandlingstilbud for pasienter i poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne, september 2004.

	Faktisk tilbud		Ønskelig tilbud	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Egen bolig	17 592	86	17 891	87
Egen bolig med tilsyn	747	4	396	2
Omsorg uten tilsyn	144	1	133	1
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	425	2	241	1
Omsorgsbolig med døgnbehandling	412	2	227	1
Kommunalt sykehjem/ service-senter	157	1	119	1
Åpen døgninst. I psyk. helsevern	262	1	186	1
Lukket døgninst. I psyk. Helsevern	39	0	34	0
Annet	691	3	1 242	6
Total	21 257	100	21 257	100
Missing	1 058		1 058	

Som det fremgår av tabellen så er det små prosentmessige forskjeller mellom faktisk tilbud og ønskelig tilbud. 86 prosent av pasientene bor i egen bolig (faktisk tilbud) og 87 prosent vurderes å ha egen bolig som et ønskelig tilbud. Forskjellen mellom faktisk og ønskelig tilbud for poliklinisk pasienter er liten sammenlignet med tilsvarende data for pasienter som mottar døgnbehandling (Hagen & Ruud, 2004). De 13 prosentene som var oppgitt å burde ha et annet tilbud (N=2 578) utgjør derimot en ressurskrevende gruppe da de ønskelige tilbudene angår omsorgsbolig med ulike grader av tilsyn, sykehjem eller døgninstitusjon i psykisk helsevern. Hele 6 prosent (N=1 242) av pasientene var avkrysset for "andre" faktiske tilbud. Det er uklart hva som inngår i denne kategorien og disse skilte seg ikke spesielt ut mht diagnoser og alder.

Av de som ikke hadde et ønsket bo-/behandlingstilbud oppga få behandlere at dette skyldtes manglende behandlingskompetanse (2,1 prosent) eller kapasitet (5,2 prosent).

3.6 Bruk av behandlingsformer

Registreringsskjemaet inneholdt spørsmål om seks ulike typer behandlingsformer som brukes innen psykisk helsevern. Noen av behandlingsformene har ikke vært registrert ved tidligere poliklinikkregistreringer og man kan derfor ikke sammenligne disse med tidligere undersøkelser. Det ble spurt om følgende behandlingsformer:

- Behandling med medisiner
- Samtaler med en behandler
- Gruppebehandling
- Samtaler der pasientens nærmeste deltar
- Treningsopplegg
- Behandlingsopplegg for rusproblemer
- Annet

Behandlerne skulle krysse av hvorvidt pasienten faktisk mottok disse oppførte behandlingsformene samt om det var ønskelig at pasienten skulle få denne formen for behandling. Avkryssinger kun ved "faktisk" ble tolket som om pasienten hadde behov for og mottok denne formen for behandlingsform. Kryss kun ved "ønskelig" ble tolket som om pasienten hadde behov for og ikke fikk den behandlingen. Dette uansett om det var krysset av eller ikke under "faktisk". Ingen avkryssinger kan tolkes som intet var aktuelt for pasienten, men dette er en usikker tolkning og disse ble følgelig fjernet fra analysen.

Andelen som mottok de ulike behandlingsformene og de som burde hatt det (ønskelig) er vist i tabell 3.7. Den totale prosentandelen for alle behandlingsformene overstiger 100 da de fleste hadde krysset av for flere behandlingsformer. Som det fremgår er individualsamtaler og behandling med medikamenter de mest vanlige behandlingsformene. Nesten alle pasientene mottar individualsamtaler (87 prosent). 61 prosent av pasientene mottok medikamenter mot sine psykiske vansker. Dvs at tre av fem pasienter mottok medisiner. Tilsvarende tall for de som mottok døgnbehandling ved registreringen i 2003 (Hagen & Ruud, 2004) var 88 prosent. Ved den polikliniske registreringen i 2000 (N=13 135) var det oppgitt at 70 prosent fikk medisiner mot sine psykiske lidelser. Dette betyr at det har skjedd en nesten 10 prosentpoengs nedgang i bruken av medisiner blant pasienter som behandles i poliklinikker i løpet av perioden april 2000 til september 2004 (fire år og 5 måneder).

Av de i poliklinisk behandling mottok knapt hver femte pasient eller 16 prosent gruppebehandling. Ved poliklinikk-undersøkelsen i 2000 (Hagen, 2001) var det kun 5 prosent som mottok gruppeterapi. Dette betyr at det har skjedd en sterk økning i bruken av gruppeterapi de siste årene. Det har tidligere vært døgnavdelingene innen psykisk helsevern som har tilbudt gruppebehandling og ikke poliklinikkene. I undersøkelsen av de som mottok døgnbehandling i november 2003 (Hagen & Ruud, 2004) var det 20 prosent av pasientene som mottok gruppebehandling.

Det var kun 14 prosent som mottok familietilbud og syv prosent som mottok rusbehandling.

Tallene på de behandlingsformene som var krysset av som ønskelige, var ikke så forskjellig fra de behandlingsformene som faktisk ble gitt (tabell 3.7).

Tabell 3.7 Andel (prosent) av pasienter med ulike behandlingsformer.

	Ikke aktuelt	Mottok slik behandling (faktisk)	Ønskelig med slik behandling
Medikamenter	33	61	6
Individualløstaler	11	87	2
Gruppetilbud	76	16	8
Familietilbud	80	14	6
Treningsopplegg	86	8	6
Rusbehandling	90	7	4
Annet	89	8	3

Høyere prosentandel med ønskelig behandlingsform angir at pasienten hadde behov for dette, men ikke mottok det. Det var angitt at 6–8 prosent av pasientene burde mottatt medisiner, individualløstaler, familietilbud eller spesielle treningstilbud. Den yrkesgruppen blant behandlerne som mest ønsket mer medisiner var psykiatriske sykepleiere. At åtte prosent av pasientene var oppgitt å ha behov for individuellbehandling betyr sannsynligvis for de fleste at de burde hatt mer individuellbehandling enn det de mottok.

3.7 Individuell plan, samarbeid og koordinering

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige helse- og sosialvesenet, har fra 1. juli 2001 rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-5 og lov om sosiale tjenester § 4-3a. Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, samt psykisk helsevernloven § 4-1.

Forskrift om individuell plan (med senere endringer) trådte i kraft 1.7.2001. Det ble samtidig gitt ut Veileder om individuelle planer. Formålet med å utarbeide en individuell plan er:

- å bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker,
- å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

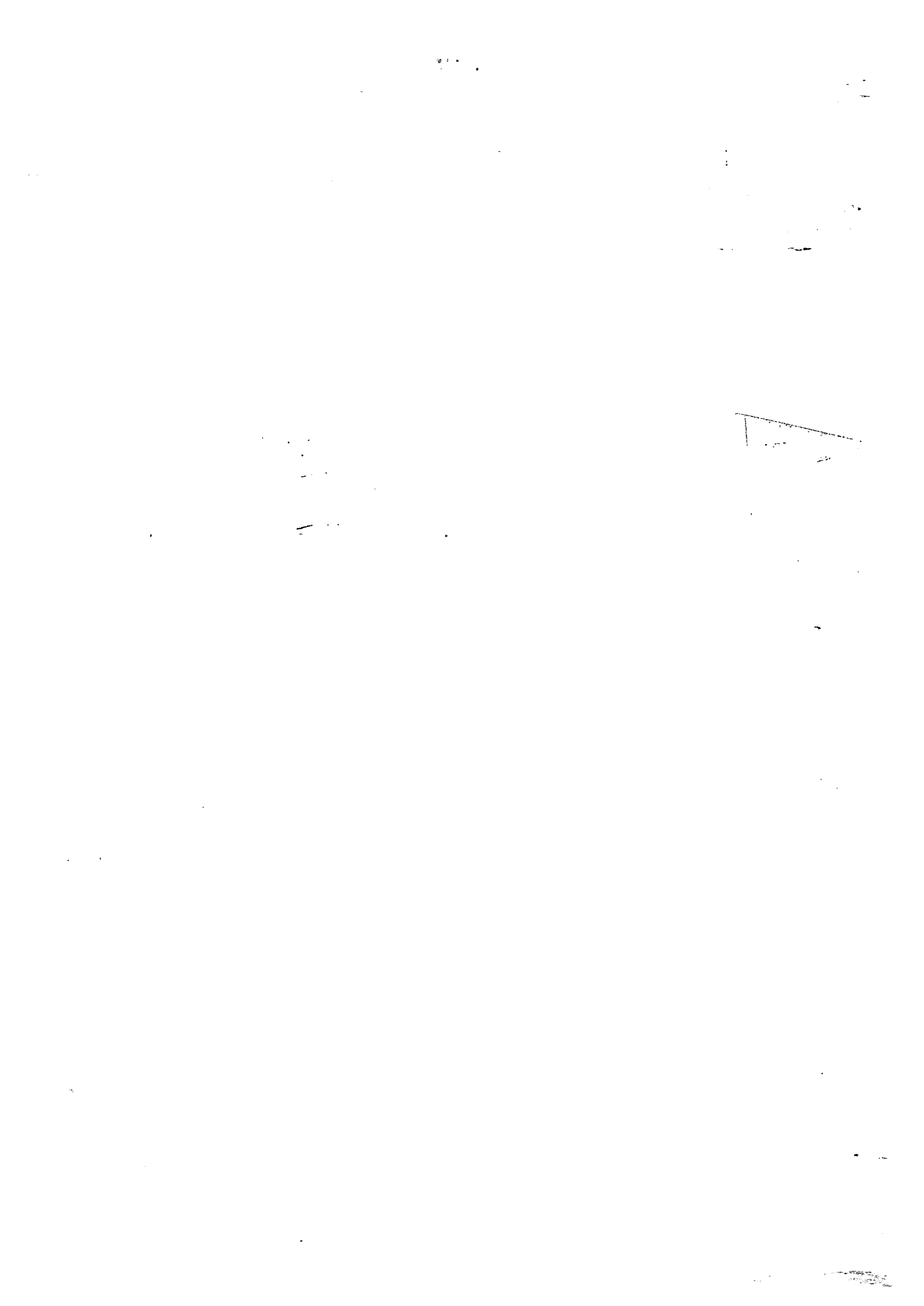
Ansvaret for å koordinere arbeidet med å lage en individuell plan ligger både hos kommunen og helseforetaket. Det er den delen av helsetjenesten som tjenestemottaker henvender seg til, som har plikt til å sørge for at arbeidet med å lage en individuell plan settes i gang. Hovedhensikten med individuell plan er at pasientenes behov blir møtt, få klarere ansvarsforhold og bedre samordning av tjenestetilbudene og stimulere til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid.

I denne registreringsstudien ble det stilt spørsmål om pasientene har en slik plan og om behandlingssenheten har en spesifisert rolle i denne planen. Det viste seg at 18,4 prosent (N=3 960) av pasientene ble oppgitt å ha en individuell plan og at i 15,6 prosent av pasientene hadde den polikliniske behandlingssenheten en spesifisert rolle i denne planen. Mest typisk var det de pasientene som hadde diagnoser schizofreni og paranoid lidelse (F20-29) (37 prosent) eller stemnings/affektive lidelser (F30-38) (24 prosent) som hadde slik individuell plan.

Hvem var det som oftest laget individuelle planer for sine pasienter? Det viste seg at 75 prosent av de pasientene som hadde individuell plan var pasienter som mottok behandling av polikliniske tverrfaglige team. Slike team var ikke definert i registreringsskjemaet, men det antas at dette er team hvor behandlerne deler på behandlingsansvaret og tiltakene ("shared case-load"). Det var også de tverrfaglige teamene som var oppgitt å ha en spesifisert rolle i disse planene. I tillegg var det flere pasienter som mottok ambulant behandling og dagbehandling, som hadde individuell plan (tabell 3.8).

Tabell 3.8 Bruk av individuell plan i ulike polikliniske behandlingsformer. Prosent.

Ambulant behandling	45
Dagbehandling	34
Tradisjonell poliklinisk behandling	18



4 Pasienter behandlet av privatpraktiserende avtalespesialister

I Norge var det i 2004 omtrent 859 avtalespesialister, hvorav 573 privatpraktiserende spesialister i klinisk voksenpsykologi og 286 spesialister i psykiatri. Mange av disse hadde deltidsstilling. I en tidligere studie av avtalespesialistene i Midt-Norge RHF, oppga halvparten av avtalespesialistene at de hadde drifttilskudd på deltid fra HF'et (Husum et. al, 2005). I tabell 4.1 vises en oversikt over fordelingen av avtalespesialister på RHF-er.

Tabell 4.1 Fordeling av avtalespesialister per Regionalt Helseforetak (RHF).

	Regionalt helseforetak				
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord
Psykiatere	161	52	45	15	13
Psykologer	287	81	114	65	26
Avtalespesialister totalt	448	133	159	80	39
Antall per 100 000 innbyggere over 18 år					
Psykiatere	12.6	7.6	6.4	3.1	3.7
Psykologer	22.4	11.8	16.1	13.2	7.4
Avtalespesialister totalt	34.9	19.4	22.5	16.3	11.1

I Norge består de psykiske helsetjenestene av det kommunale tilbudet (bl.a. fastlegeordningen) og spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene er en del av spesialisthelsetjenesten på linje med sykehus og DPS. De arbeider i skjæringspunktet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. For å få trygdekasserefusjon hos avtalespesialistene må pasientene være henvist fra lege. De fleste henvisningene til avtalespesialistene kommer fra fastlegene.

Avtalespesialistene utgjør en viktig og betydelig ressurs og er en del av det totale helse- og servicetilbudet til personer med psykiske lidelser. Det er derfor viktig at dette tilbudet tilpasses de øvrige helsetjenestene for denne pasientgruppen slik at behandlingstilgjengeligheten blir ivarettatt for befolkningen i helseregionene. Avtalespesialistene mottar drifttilskudd fra sine respektive HF, samt utbetaling i henhold til takster fra Rikstrygdeverket. Rammene for praksisene deres reguleres etter avtale med HF'ene.

I denne studien returnerte 370 avtalespesialister spørreskjemaet. Da det var 859 avtalespesialister i landet på registreringstidspunktet, utgjør dette en svarprosent på 43 for avtalespesialistene samlet, 52 for psykiatere og 39 for psykologene (tabell 4.2). Tabell 4.3 viser fordelingen av avtalespesialister i dette utvalget. Dette er en relativt bra svarprosent for denne behandlergruppen sammenlignet med tidligere studier.

Tabell 4.2 Svarprosent (hele landet).

Målgrupper	Antall (N)	Returnert (N)	Svarprosent
Psykologer	573	222	39
Psykiatere	286	148	52
Avtalespesialister totalt	859	370	43

*Tall oppgitt av RHF-ene

De fleste avtalespesialistene er i alderen 50-59 år (N=209) og 60-69 år (N=104). Deres driftstilskudd faller hovedsakelig i to kategorier, de som har heltids driftstilskudd (52 prosent) og de som har driftstilskudd i 1/5 stilling (20 prosent). Så mange som 39 prosent av avtalespesialistene har driftstilskudd under halv stilling.

Tabell 4.3 Fordeling av avtalespesialister i dette utvalget.

	Regionalt helseforetak				
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord
Psykiatere	84	19	26	14	5
Psykologer	104	25	38	45	10
Avtalespesialister totalt	188	44	64	59	15

Avtalespesialistene har fylt ut til sammen 10 003 spørreskjemaer om sine pasienter (tabell 4.4). Av disse var 59 prosent av pasientene behandlet av psykolog og 41 prosent behandlet av psykiater. På grunn av en inkurie vedrørende gjennomføringen av studien var det ikke mulig å registrere hvilke pasienter som ble behandlet av psykiater eller psykolog fra Helse Midt Norge RHF (N=1 486, 15 prosent av alle). Det er derimot ingen grunn til å tro at fordelingen i Midt Norge er forskjellig fra landet for øvrig. Hver avtalespesialist har fylt ut spørreskjema for gjennomsnittlig 27 pasienter i en registreringsperiode på 14 dager.

Vi manglet opplysninger om pasientene (alle) fra Midt Norge RHF har gått hos psykolog eller psykiater.

Tabell 4.4 Utvalg pasienter som avtalespesialistene har svart på spørsmål om.

	Størrelse på pasientutvalget	
	Antall	Prosent
Fra psykiatere	3 463	41
Fra psykologer	5 054	59
Fra avtalespesialister totalt	8 517	100
Missing	1 486	15

4.1 Sosiodemografiske og sosioøkonomiske opplysninger

Kjønnsfordelingen på pasientene var 68 prosent kvinner og 32 prosent menn. Hovedtyngden av pasientene var mellom 30 og 50 år (57 prosent). Svært få pasienter var over 60 år (fem prosent). Alderfordeling blant pasientene er vist i tabell 4.5.

Tabell 4.5 Aldersfordeling blant avtalespesialistenes pasienter (prosent).

	Aldersfordeling i prosent	
	Avtalespesialister 2004	Aldersfordeling i befolkningen. 1 jan 2004
0 - 17 år	3	
18 - 29 år	14	17
30 - 39 år	29	21
40 - 49 år	29	19
50 - 59 år	20	18
60 - 69 år	4	11
70 - 79 år	1	9
80 år +	0	6

Av de registrerte pasientene var 51 prosent gift eller samboende og 31 prosent var ugifte. Dette er likt andelen ugifte og gifte/samboende i den norske befolkning. Mens 24 prosent av den voksne normalbefolkning har universitets- eller høgskoleutdanning, hadde halvparten av pasientene som mottok behandling hos avtalespesialister slik utdanning. Størstedelen av pasientene var mellom 30 og 50 år og hadde høy utdanning. 47 prosent hadde lønnet arbeid og 39 prosent var trygdet (uføretrygd, attføring, rehabiliteringstrygd, arbeidsledighetstrygd, sykepenger) (tabell 4.6). Andelen med lønnet arbeid var langt høyere enn hos pasienter behandlet i døgninstitusjoner og i poliklinikker (se kap. 5). Svært få av pasientene til avtalespesialistene mottok sosial stønad, alderstrygd eller arbeidsledighetstrygd.

Tabell 4.6 Pasientene hovedinntektskilde siste år (prosent).

Lønnet arbeid	47
Forsørget	5
Arbeidsledighetstrygd	1
Syke-/ rehab.penger	19
Attføringspenger	7
Uførepensjon	12
Alderspensjon	2
Sosialstønad	1
Annet	6

4.1 Psykiske lidelser og kliniske karakteristika

I dette avsnittet gis en oversikt over hoveddiagnoser (ICD-10) og tilleggsvansker blant pasientene til psykologene og psykiaterne med drifttilskudd.

En grafisk fremstilling av hoveddiagnosegruppene er vist i figur 4.1 og i tabell 4.7 vises andelen pasienter med ulike lidelser som ble behandlet av psykiatere og psykologer. Tre prosent av pasientene hadde fått flere enn en hoveddiagnose og disse er tatt ut av diagnoseoversikten (tilsvarende for poliklinikkpasientene). Det er særlig to typer diagnosegrupper som skiller seg ut, det er nevrotiske lidelser (F40-F48) og stemnings- og affektive lidelser (F30-F39). Det vil i praksis si at de fleste av avtalespesialistenes pasienter har

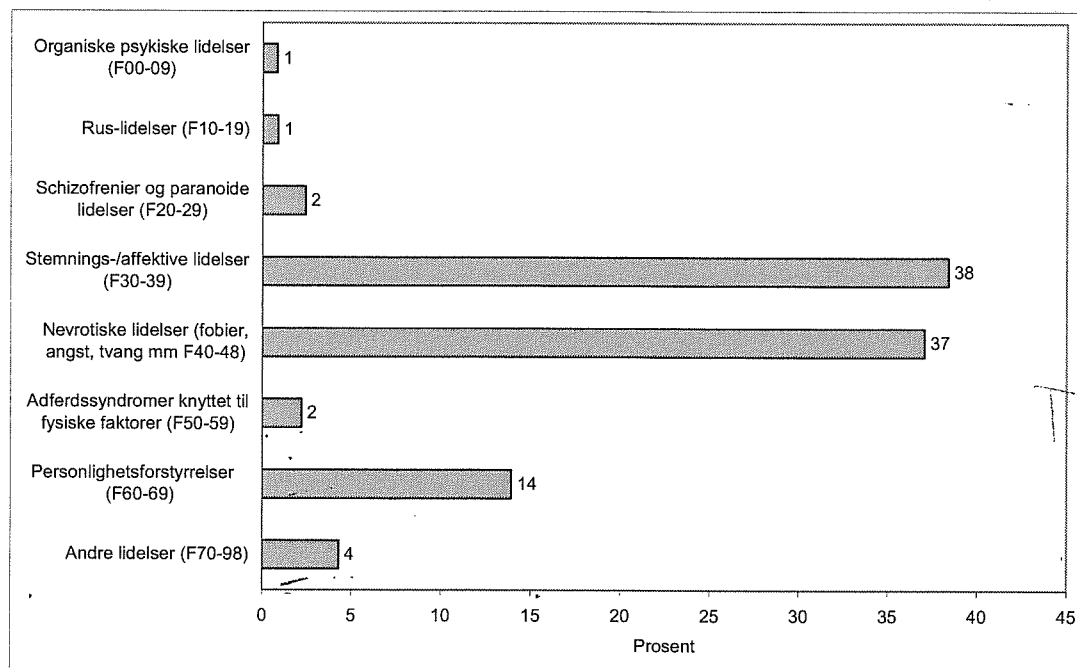
angst og depresjoner. 36-37 prosent av avtalespesialistenes pasienter hadde angstlidelser (F40-48) og 37-43 prosent hadde stemnings-/affektive lidelser.

Tabell 4.7 Hoveddiagnoser hos pasienter behandlet av avtalespesialister (prosent).

	Psykologer	Psykiatere
F00-F09: Organiske psykiske lidelser	1	0
F10-F19: Ruslidelser	1	1
F20-F29: Schizofreni og paranoide lidelser	2	3
F30-F39: Stemnings/ affektive lidelser	37	43
F40-F48: Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	37	36
F50-F59: Atferdssyndromer forbundet med fysiske faktorer	2	2
F60-F69: Personlighetsforstyrrelser	15	12
F70-F98 Andre lidelser	5	3
Diagnose ikke satt	0	0
Totalt	100	100

Personer med personlighetsforstyrrelser er den tredje diagnosegruppen som skiller seg ut. Andelen pasienter med personlighetsforstyrrelser hos psykiatere og psykologer utgjorde henholdsvis 12 og 15 prosent. Avtalespesialistene behandler i liten grad pasienter med psykoser og rusvansker som hoveddiagnose. Dette har sannsynligvis sammenheng med at dette er pasientgrupper som i varierende grad klarer å forplikte seg til regelmessig poliklinisk behandling. Det er kjent fra ruspoliklinikker at en tredjedel av avtalte konsultasjoner blir avlyst eller ikke benyttet. Bidiagnoser er utelatt fra statistikken da de i liten grad ble nevnt av avtalespesialistene. Sammensetningen av type vansker hos pasientene til psykologene og psykiaterne er tilnæringsvis lik. Hos tre prosent av pasienten var det ikke satt hoveddiagnose.

Figur 4.1 Diagnosefordeling blant avtalespesialistenes pasienter.



Rusmiddelmissbruk

Psykologene og psykiaterne ble også bedt om å angi pasientenes rusmiddelbruk i løpet av de siste ukene forut for behandlingsstart. Svarkategoriene var "lite", "middels", "stort" og "vet ikke" for henholdsvis alkohol, medikamenter og narkotika.

Resultatene viste at avtalepasientenes pasienter i liten grad har rusproblemer ved behandlingsstart. To prosent av pasientene hadde et stort misbruk av alkohol og en prosent hadde et stort misbruk av henholdsvis medikamenter og narkotika.

Varighet av funksjonsnedsettende symptomer

Avtalespesialistene registrerte også hvor lenge pasientene hadde hatt funksjonsnedsettende symptomene. Psykologene og psykiaterne samlet oppga at 88 prosent hadde hatt problemer i over ett år og 67 prosent over tre år. Det var små forskjeller mellom pasienter hos psykiatere og psykologer (tabell 4.8). Dette kan antyde at avtalespesialistene i liten grad behandler pasienter i akutte kriser, og at deres pasienter sliter mer med relativt langvarige vansker.

Tabell 4.8 Varighet av funksjonsnedsettende symptomer hos avtalespesialistenes pasienter (prosent).

	Alle pasientene samlet	Psykologenes pasienter	Psykiaternes pasienter
Under 1/2 år	4	4	3
1/2 – 1 år	9	11	7
1 – 3 år	21	22	19
Over 3 år	67	63	71
Totalt	100	100	100

Missing: 139/ 81

Suicidalproblemer/selvskading

Avtalespesialistene svarer at ca. 1/3 del av pasientene deres har hatt suicidtanker og to prosent hadde hatt suicidforsøk i løpet av det siste året (tabell 4.9). Hvis vi tar hensyn til svarprosent, kan antall pasienter med suicidforsøk behandlet av privatpraktiserende spesialister anslås til ca 500. Dette er sannsynligvis et ikke ubetydelig tall sett på bakgrunn av de som er i risiko for suicid.

Det oppgis at det forekommer lite selvskading og faktiske suicidforsøk hos pasientene i dette utvalget. Det at avtalespesialistene oppgir at det forekommer lite suicidforsøk og selvskading hos deres pasienter, bekrefter inntrykket av at det ikke er de pasientene med de mest akutte vanskene som er deres pasienter.

Tabell 4.9 Suicidalproblemer/ selvskading siste år.

	Alle pasientene samlet	Psykologenes pasienter	Psykiaternes pasienter
Ingen	61	63	59
Selvskading	1	1	1
Suicidaltanker	30	28	32
Suicidaltrusler	4	3	5
Suicidforsøk	2	2	2
Vet ikke	2	3	1
Total	100	100	100

Missing: 142/35; Svarene er oppgitt i prosent

Spiseforstyrrelser

Avtalespesialistene anslo at omtrent 10 prosent av pasientene deres hadde betydelige spiseforstyrrelser. Det var små forskjeller mellom psykiatere og psykologer. Den tilsvarende andelen blant pasienter behandlet i poliklinikk var 6 prosent.

4.2 Tidligere og nåværende behandling

I løpet av de siste fem årene hadde over halvparten av pasientene mottatt annen behandling for sine psykiske vansker og ¼ hadde tidligere gått i behandling hos en avtalespesialist (tabell 4.10). Sistnevnte tall er høyt og kan bety at en god del ønsker å fortsette behandling hos avtalespesialist. Svært få av de som hadde mottatt behandling tidligere hadde tidligere vært innlagt på døgnavdeling eller vært innen rusomsorgen. Omtrent 30 prosent ble oppgitt å ha mottatt behandling fra primærhelsetjenesten (for de fleste vil dette være fastlegen).

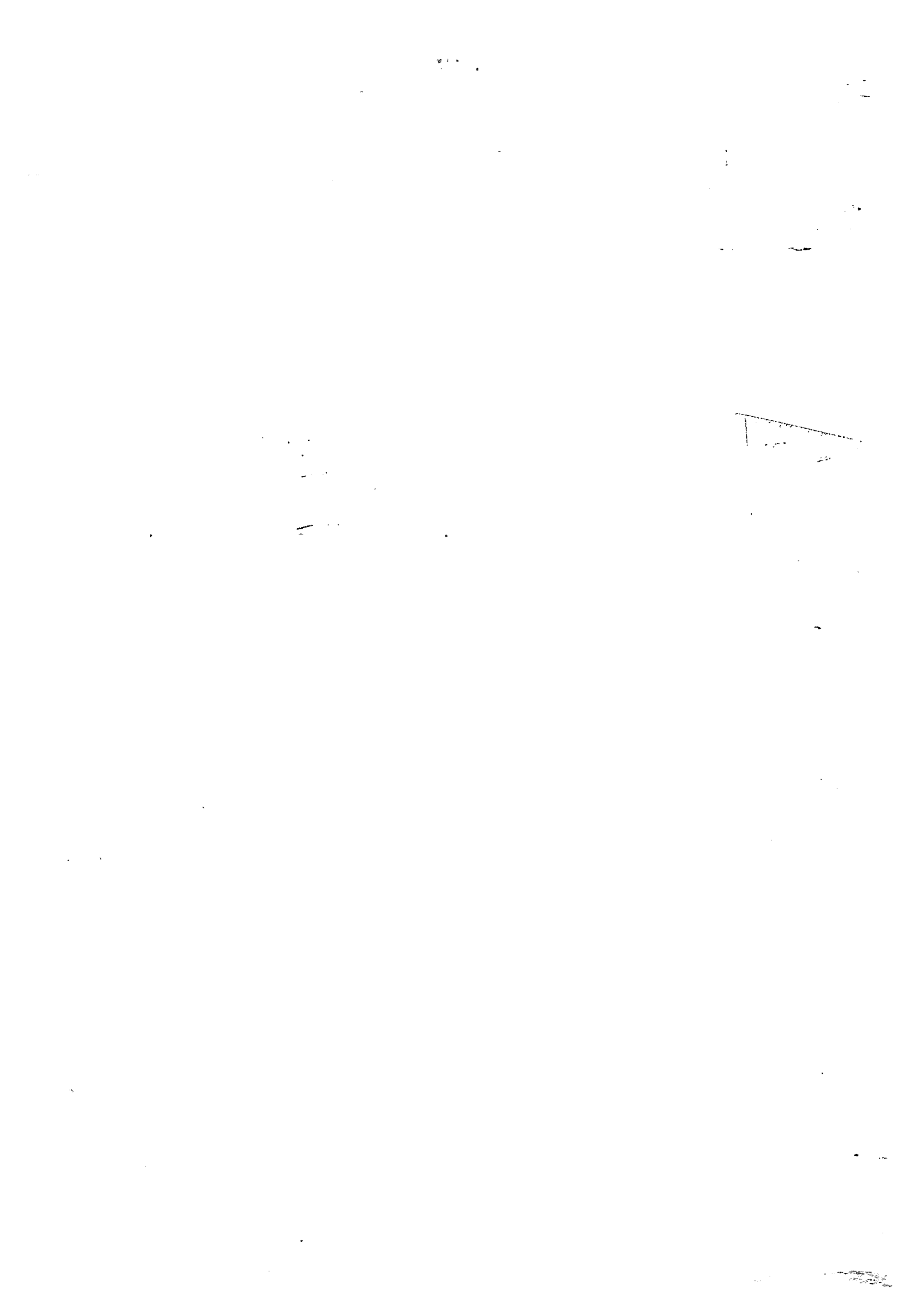
Tabell 4.10 Oversikt over avtalespesialistenes pasienter sine erfaringer med tidligere behandling (prosent).

	Tidligere behandling	
	Siste år	Siste 5 år
Primærhelsetjenesten	30	26
DPS poliklinikk	6	13
Døgnopphold psykisk helsevern	3	8
Avtalespesialist	10	24
Annen behandling psyk. helsevern	3	5
Rusomsorgen	1	1
Ingen tidligere behandling	26	22
Ukjent	21	1

Pasientene som mottok behandling av avtalespesialistene i registreringsperioden ble hovedsakelig henvist av sin fastlege (65 prosent). I tillegg hadde behandlerne oppgitt at 15 prosent var henvist av pasienten selv eller dennes familie. Da all behandling hos spesialist fordrer henvisning fra lege, er det rimelig å anta at også de fleste av de sistnevnte "egenhenviste" ble henvist av sin fastlege. Svært få var henvist fra offentlig poliklinikk eller døgnavdeling innen psykisk helsevern. Dette kan antyde at avtalespesialistene samarbeider lite med den øvrige spesialisthelsetjenesten med hensyn til henvisning av pasienter. Dette kan også ha sammenheng med at de ikke har så mange pasienter med psykose- og ruslidelser da disse ofte fordrer mer helhetlige tiltak og behandlingssamarbeid.

Ventetiden hos pasientene som gikk i behandling varierte svært mye, helt fra ingen ventetid til nesten tre år. Omtrent halvparten av pasientene hadde ventet under fire uker og gjennomsnittlig ventetid for alle registrerte pasienter var ti uker (SD=13,7) eller knapt 2 ½ måned. Det var ikke registrert ventetid ved forrige undersøkelse i 2000.

Pasienter hos privatpraktiserende avtalespesialister i psykologi og psykiatri går lenge i behandling. Gjennomsnittlig behandlingsvarighet var 24 måneder (SD=32) eller to år. En prosent av pasientene (N=117) hadde gått i behandling over 125 måneder eller over ti år.



5 Sammenligninger av ulike pasientgrupper

Det er av interesse å sammenligne nøkkeltall fra denne pasientregistreringen med tilsvarende tall fra tidligere registreringer. Dette gjelder både pasienter behandlet ved døgnavdeling og i poliklinikk. Her har vi hovedsaklig sammenlignet data fra denne studien med data fra døgn- og poliklinikk-registreringen i 1999/2000, samt sammenlignet pasienter behandlet i poliklinikk med pasienter behandlet av avtalespesialister. Eventuelle endringer i sykdomspanorama og behandlingsformer kan være viktig for forståelse og planlegging av det psykiske helsevernet.

5.1 Sammenligning av pasienter behandlet i poliklinikk og av avtalespesialister

Gjennomsnittsalderen for pasienter behandlet i poliklinikk var 38,5 år. Dvs omtrent det samme som de som ble behandlet av avtalespesialister. Det ble registrert 61 prosent pasienter behandlet ved poliklinikk ved denne registreringsundersøkelsen enn den forrige i 2000. Dette er forventet og i tråd med den sterke satsingen på utbygging av DPS og økt antall ansatte i poliklinikker.

Gjennomsnittlig ventetid for avtalespesialistpasientene var ti uker og gjennomsnittlig behandlingstid var to år. I poliklinikkene var ventetiden 8,5 uker og gjennomsnittlig behandlingstid var 13,5 måneder.

Den gjennomsnittlige behandlingstiden (aktuell behandlingssekvens) hos pasienter i behandling hos avtalespesialister var over dobbelt så lang hos avtalespesialistene til tross for at de hadde langt færre pasienter med psykoselidelser. Når vi sammenlignet behandlingsvarigheten for pasienter kun med stemnings- og affektive lidelser (F30-39) og de med angst - nevroselidelser (F40-48), så ble den gjennomsnittlige behandlingsvarigheten 12 måneder (SD=15,1) for poliklinikk og 23 måneder (SD=31,8) for avtalespesialister. Medianverdiene (50 kvartil) var henholdsvis 6 måneder og 12 måneder. Det er derimot ikke mulig å si noe om sammenhengen mellom behandlingseffekt og behandlingstid.

75 prosent eller tre-fjerdedeler av avtalespesialistenes pasienter hadde stemnings/affektive lidelser (mest depresjon) og nevrotiske lidelser (mest angst). Svært få av pasientene hadde ruslidelser (1,2 prosent), psykose (2,7 prosent) eller suicidforsøk siste år (2 prosent). Selv om avtalespesialistene behandler flere pasienter med moderat alvorlige diagnoser sammenlignet helsepersonell ved poliklinikkene, så har pasientene deres nokså langvarige plager. Nesten 70 prosent av dem hadde hatt plagene sine i over tre år.

Blant pasientene i poliklinikk hadde 59 prosent stemnings/affektive lidelser og nevrotiske lidelser/angst, 6 prosent hadde ruslidelser og hele 16 prosent schizofreni/paranoid psykose. 5 prosent av poliklinikkpasientene hadde hatt suicidforsøk siste år. Omtrent 10 prosent av avtalespesialistpasientene var angitt å ha betydelige spiseforstyrrelser, mens tilsvarende tall for poliklinikkpasientene var 6 prosent. Dette betyr at det var flere ruslidelser og psykoser blant poliklinikkpasientene og at det var mer stemnings-/affektive lidelser, nevrose/angstlidelser og spiseforstyrrelser blant avtalespesialistenes pasienter. En oversikt over pasientbehandling etter behandlingsform er vist i tabell 5.1 Som det fremgår av tabellen kan man grovt sagt si at det behandles tre hovedgrupper pasienter ved henholdsvis døgninstitusjoner, poliklinikker og avtalespesialister. Personer med psykoselidelser er i overvekt

ved døgninstitusjonene samt at det er mange som mottar dagbehandling. Avtalespesialistene synes å behandle personer med hovedsakelig lettere angst- og depresjonslidelser, og pasientene ved poliklinikkene ligger et sted mellom disse.

Etter intensjonen i offentlige planleggingsdokumenter skal poliklinikker og privatpraktiserende i noen grad dele oppgavene mellom seg, ved at de privatpraktiserende tar hånd om lettere psykiske lidelser som primært kan hjelpes ved direkte individualterapi (St meld 24; 1997). På denne bakgrunn synes diagnosefordelingen for de privatpraktiserende å stå i rimelig forhold til den oppgaven de har størst forutsetninger for å håndtere. Det kan imidlertid synes som at poliklinikkene i større grad bør ta hånd om mer alvorlig sinnslidende (f eks schizofrenier). I Psykiatrimeldningen heter det f eks:

“De offentlige poliklinikker bør i enda større grad prioritere pasienter med alvorlige lidelser og sørge for langsiktig oppfølging og støttetilbud for disse, i samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten”.

Dette er tilstander som krever en tverrfaglig tilnærming med stort innslag av sosialpsykiatri, sosial nettverksbygging, forvern, ettervern mm - oppgaver som poliklinikkene har størst forutsetninger for å løse. Poliklinikkene bør trolig i større grad tre inn i det behandlingsnettverk som tar hånd om alvorlig sinnslidende, bl a som brobygger og bindeledd mellom psykiatriske døgnenheter og helse- og sosialtjenesten i kommunene. Mangelen på slike bindeledd er en av de mest markerte hindringer i arbeidet med behandling og rehabilitering for denne pasientgruppen.

Tabell 5.1 Diagnosefordeling blant pasienter etter behandlingsform (prosent).

	Døgnpasienter		Poliklinisk behandling			Privatpraktiserende		
	Totalt	Totalt	Poliklinikk	Dagpasienter	Ambulant	Totalt	Psykiatere	Psyko- loger
Organiske (F00-09)	2	2	2	1	6	1	0	1
Rus (F10-19)	5	7	7	1	4	1	1	1
Schizofrenier og paranoid lidelse (F20-29)	47	15	14	33	44	2	3	2
Stemnings-/affektive lidelser (F30-39)	24	33	34	31	21	38	43	37
Nevrotiske lidelser (F40-48)	8	25	26	18	8	37	36	37
Atferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-59)	2	3	3	1	1	2	2	2
Personlighetsforstyrrelser (F60-69)	7	11	11	13	13	14	12	15
Andre lidelser (F70-98)	5	3	3	3	3	4	3	5
Sum prosent	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall besvarte	3 933	18 107	16 535	1 470	953	9 171	3 149	4 669
Missing	267	3 420	2 906	254	209	832	314	385
Totalt	4 200	21 527	19 441	1 724	1 162	10 003	3 463	5 054

5.2 Endringer i sykdomsbildet og tilbudene

Mens andelen døgnplasser i psykiatriske sykehus har vært relativt stabil, har det i de siste 8-10 årene skjedd en økning av ressursinnsatsen til poliklinisk behandling. Dette er helt i tråd med helsepolitiske målsettinger.

Selv om det har funnet sted en økning i andelen personer med ruslidelser og at helsevesenet har fått et betydelig utvidet behandlingsansvar for personer med ruslidelser, har det ikke funnet sted en økning i andelen pasienter med ruslidelser behandlet i ordinære poliklinikker. Dette skyldes sannsynligvis flere forhold, bl.a. at behandlerne ikke får henvist eller oppdager personer med rusmiddelmissbruk, og det at mange behandles andre steder (spesielt i ruspoliklinikker). Uansett så viser denne registreringen at andelen pasienter som mottar behandling for ruslidelser er lav.

Av pasientene behandlet i poliklinikk mottok 61 prosent medikamenter mot sine psykiske vansker. Dvs at tre av fem pasienter mottok medisiner. Ved den polikliniske registreringen i 2000 (N=13 135) (Hagen, 2001) var det oppgitt at 70 prosent fikk medisiner mot sine psykiske lidelser. Dette betyr at det har skjedd en elleve prosentpoengs nedgang i bruken av medisiner blant pasienter som behandles i poliklinikker i løpet av perioden april 2000 til september 2004 (fire år og 5 måneder). Samtidig har det skjedd en økning i bruken av gruppe-terapi. Denne formen for behandling blir mer vanlig og populær og 16 prosent av pasientene mottok dette. I tillegg var det anført at ytterligere 11 prosent burde hatt dette.

Andelen av poliklinikkpasientene som mottok ambulant behandling og behandling som dag-pasient, var henholdsvis 5,4 prosent (N=1 162) og 8 prosent (1 724). Da aktivt oppsøkende eller ambulant behandling er anbefalt og dokumentert som en effektiv behandlingsform for psykoselidelser (NICE, 2001) og ruslidelser (Burns & Finn, 2002; Mueser et al, 2003), er det opplagt at det er et potensielt for en økt satsing på dette området og en økt differensiering i behandlingstilbudet.

Det er av stor interesse å sammenligne sykdomsbildet hos polikliniske pasienter i denne studien med tidligere studier. I tabell 5.2 har vi sammenlignet med diagnosefordeling over voksne sykehusinnlagte fra pasientregistreringen i 2003 (Hagen & Ruud, 2004), samt alle sykehusinnlagte og poliklinisk behandlede i registreringsstudien i 1999/2000 (Hagen, 2001). Som det fremgår er det stort samsvar mellom poliklinikkpasientene i 2000 og de i denne studien. Dette er kanskje noe overraskende sett i lys av den sterke satsningen på poliklinikker i opptrappingsplanen. Det synes derimot å være slik at det først og fremst har skjedd en økning i det totale antallet pasienter som behandles poliklinisk i perioden, og ikke en dreining mht diagnoser og behandlingsprioriteringer.

Tabell 5.2 Oversikt over voksne behandlet i døgnavdeling eller poliklinikk i undersøkelsen i 1999/2000 og undersøkelsen i 2003/2004.

Psykiske lidelser	Alle poliklinikker 2004 ¹	Alle døgnpasienter 2003	Kun poliklinikk 2000	Alle døgnpasienter 1999
Organiske psykiske Lidelser (F00-09)	2	2	1	5
Ruslidelser (F10-19)	6	5	7	4
Schizofrenier med mer (F20-29)	16	47	15	45
Stemnings/affektive Lidelser (F30-39)	34	24	31	25
Nevrotiske lidelser (F40-48)	25	8	27	8
Atferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-59)	3	2	3	1
Personlighetsforstyrrelser (F60-69)	11	7	12	8
Andre Lidelser (F70-98)	3	5	4	4
Totalt	100	100	100	100
Totalt antall pasienter	21 525	4 200	13 135	5 084
Ubesvart	592	267	657	161
Under utredning	1 421			
Flere hoveddiagnoser	1 656			
Valid ant. med hoveddiagnose	17 856			

¹ Inkluderer poliklinikk, dagbehandling og ambulans behandling.

5.3 Sosiodemografiske og sosioøkonomiske sammenligninger

I dette kapitlet sammenlignes heldøgns pasienter (N= 4 200)(Hagen & Ruud, 2004) med dagpasienter (N=1 714), pasienter som mottar ambulans behandling (N=1 162) ved offentlige poliklinikker, pasienter under behandling av privatpraktiserende psykiatere (N= 3 463) og privatpraktiserende psykologer (N=5 054). Spørsmålet som stilles er bl a hvorvidt den økte satsingen på poliklinisk virksomhet fører til en vridning av behandlingstilbudet ved at nye befolkningsgrupper prioriteres i forhold til tidligere.

Sosiodemografiske data

Vi ser her på sosiodemografiske kjennetegn blant pasientene som mottar de ulike behandlingstilbud. Foreligger det systematiske forskjeller mht hvilke befolkningsgrupper som mottar de ulike tilbud?

Kvinner er klart overrepresentert blant pasienter som behandles poliklinisk. Dette gjelder i størst grad pasienter hos psykologer med privat avtalepraksis, der nær $\frac{3}{4}$ av pasientene er kvinner (tabell 5.1) (se også figur 5.1). Blant døgnpasienter i psykiatriske institusjoner er kjønnsfordelingen omlag den samme som i den norske befolkningen. Dette forholdet har ikke endret seg siden 1995, og er helt i tråd med tidligere funn. I den grad det skjer en forskyvning av behandlingsskapasiteten i retning av poliklinisk behandling, - og da særlig private avtalespesialister, - synes dette altså i første rekke å komme kvinner til gode.

Tabell 5.3 Kjønnfordeling etter behandlingsform (prosent).

Kjønn	Døgn-pasienter	Dag-pasienter	Pasienter som mottar ambulant behandling	Pasienter v/offentlig poliklinikk	Pasienter hos privat-praktiserende psykiater	Pasienter hos privat-praktiserende psykolog
Mann	49	39	45	39	36	29
Kvinne	51	61	55	61	64	71
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	4 200	1 714	1 156	19 640	3 463	5 054
Ubesvart	44	11	6	87	45	110

Alder

Tabell 5.2 viser at det er noe forskjeller i aldersfordeling ved de ulike behandlingstilbud. Halvparten av pasientene hos privatpraktiserende avtalespesialister er i alderen 40-59 år, mens dette bare gjelder drøyt 1/3 av pasientene ved offentlige poliklinikker og døgninstitusjoner. Sistnevnte behandler også i en viss grad flere yngre og eldre pasienter.

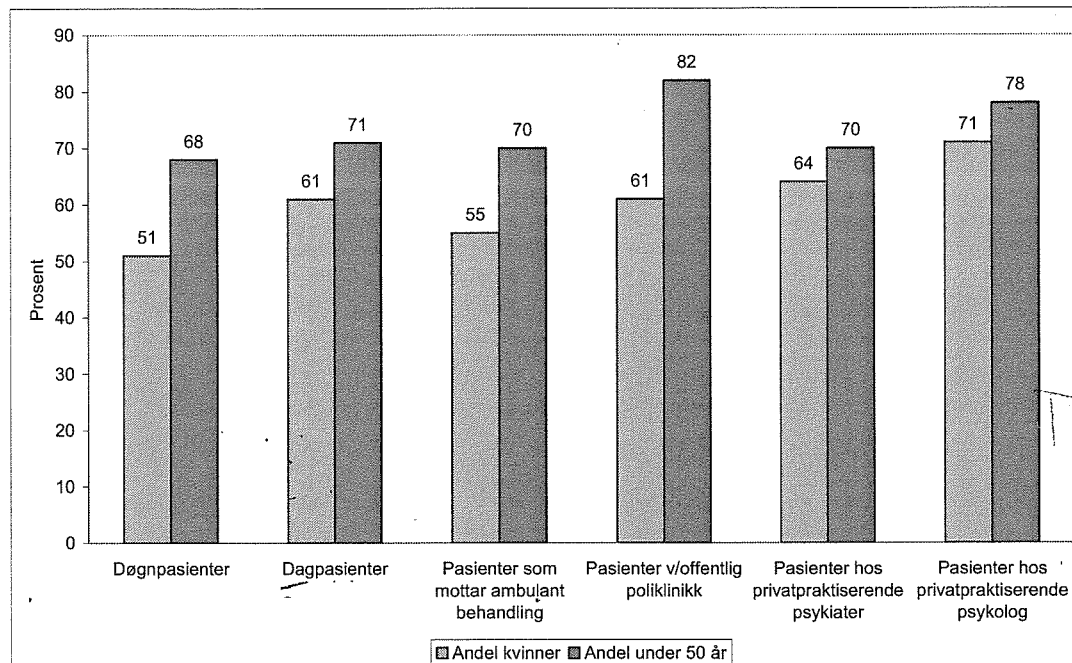
Tabell 5.4 Aldersfordeling etter behandlingsform.

Alder	Døgn-pasienter	Dag-pasienter	Pasienter som mottar ambulant behandling	Pasienter v/offentlig poliklinikk	Pasienter hos privat-praktiserende psykiater	Pasienter hos privat-praktiserende psykolog
0-17 år	0	0	0	1	2	4
18-29 år	25	19	23	30	13	15
30-39 år	22	26	25	28	27	30
40-49 år	21	26	22	23	28	29
50-59 år	14	15	14	13	22	18
60-69 år	8	6	6	3	6	3
70-79 år	6	6	5	2	1	1
80 år +	4	2	5	1	0	0
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	4 200	1 714	1 151	19 640	3 463	5 054
Ubesvart	54	16	11	74	24	59

Offentlige poliklinikker og avtalespesialister når stort sett frem til pasienter i yrkesaktiv alder, og tar i liten grad hånd om pasienter over 60 år. Sistnevnte utgjør 27 prosent av befolkningen, men bare seks prosent av de polikliniske pasientene, altså bare 1/4 av sin "andel" av befolkningen.

Det er en gjennomgående tendens til sammenheng mellom andel kvinner og aldersfordelingen ved de ulike behandlingstilbud. Der kvinneandelen er høyest, er det også høyest andel yngre pasienter (figur 5.1). Døgninstitusjonene har en jevnere fordeling mellom de ulike befolkningsgrupper mht alder når det sammenlignes med den voksne norske befolkning.

Figur 5.1 Andel kvinner og andel pasienter under 50 år etter behandlingsform. Prosent.



Sivilstatus

Pasientenes sivilstatus er et uttrykk for sosiale relasjoner. Vi så over at pasientenes kjønns- og alderssammensetning varierer med ulike behandlingstilbud, med døgninstitusjoner som det ene ytterpunkt og privatpraktiserende som det andre ytterpunktet. Det samme er også tilfelle når vi ser på pasientenes sivilstatus (tabell 5.3).

Andelen gifte/samboende pasienter er i særklasse høyest blant pasienter hos privatpraktiserende avtalespesialister, og dernest i fallende rekkefølge pasienter ved offentlige poliklinikker, dagenheter og døgninstitusjoner.

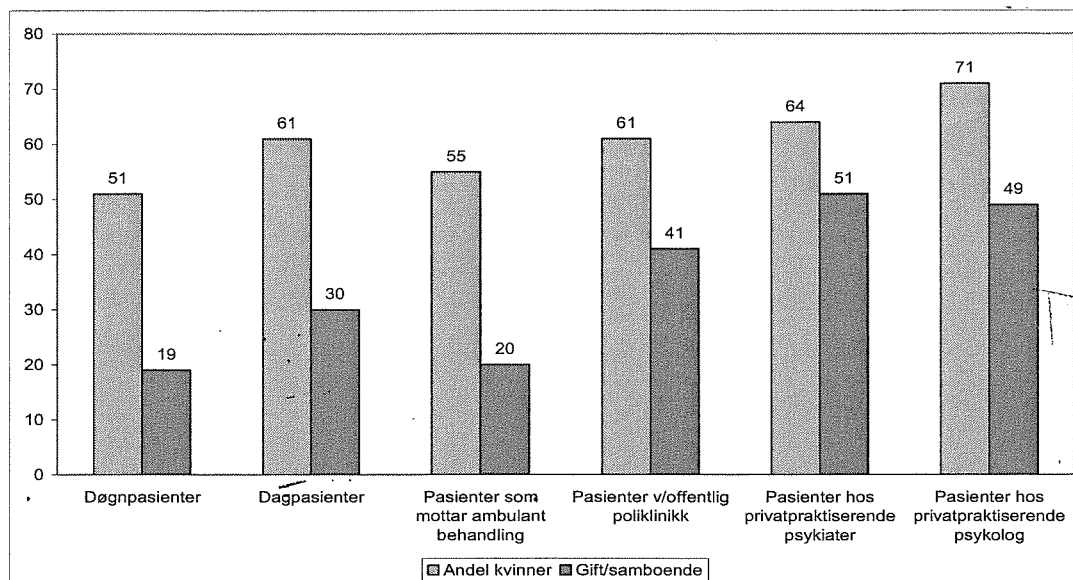
Tabell 5.5 Sivilstatus etter behandlingsform (prosent).

Sivil status	Døgn- pasienter	Dag- pasienter	Pasienter som mottar ambulant behandling	Pasienter v/offentlig poliklinikk	Pasienter hos privat- praktiserende psykiater	Pasienter hos privat- praktiserende psykolog
Ugift	62	48	58	42	30	32
Gift/samboende	19	30	20	41	51	49
Enke/mann	5	5	6	3	2	1
Separert/skilt	14	18	16	15	17	18
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	4 200	1 714	1159	19 640	3 463	5 054
Ubesvart	82	14	3	79	18	72

De behandlingstilbud som i særlig grad fokuserer på relativt unge kvinner, har altså også en relativt stor andel gifte/samboende pasienter, se figur 5.2. Andelen pasienter som er sepa-

ert/skilte er omtrent like høy ved alle behandlingstilbudene; noe høyere enn i den norske befolkning.

Figur 5.2 Prosentandel gift/samboende pasienter og prosentandel kvinner etter behandlingsform.



Sosioøkonomisk bakgrunn

Viktigste kilde til livsopphold

Vi ser her nærmere på forhold av relevans for å vurdere pasientenes sosioøkonomiske status: viktigste kilde til livsopphold og utdanningsbakgrunn (tabell 5.4).

Tabell 5.6 Viktigste kilde til livsopphold (prosent).

Kilde til livsopphold	Døgn-pasienter	Dag-pasienter	Pasienter som mottar ambulant behandling	Pasienter v/offentlig poliklinikk	Pasienter hos privatpraktiserende psykiater	Pasienter hos privatpraktiserende psykolog
Lønnet arbeid	4	6	5	21	46	47
Forsørget	2	2	2	3	3	6
Arbeidsledighetstrygd	1	1	0	1	1	1
Syke/rehab.penger	*	32	16	32	17	19
Attføringspenger	*	7	6	9	8	7
Uførepensjon	50	40	52	20	16	11
Alderspensjon	11	10	10	4	3	1
Sosialstønad	5	2	6	5	1	1
Annet	26 *	1	2	5	5	6
Ukjent	0	1	1	1	0	0
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	4 200	1 714	1 154	19 640	3 463	5 050
Ubesvart		19	8	111	21	58

* Inklusive syke/rehabiliterings- og attføringspenger,

Blant døgnpasientene var ulike sosiale stønadsformer hovedinntektskilde for de fleste pasientene på innleggelsestidspunktet. Sett under ett, mottar halvparten av døgnpasientene i psykiatriske institusjoner uførepensjon, hvilket tilsier at de neppe kan forventes å ha noen jobb å gå tilbake til når de skrives ut. Dette er en massiv hindring for at pasientene skal kunne rehabiliteres etter institusjonsoppholdet. For mange pasienter vil muligheten for å skaffe seg jobb være avgjørende for om de skal lykkes i å tilpasse seg livet utenfor institusjonen. Det synes som at det her må settes inn andre typer tiltak enn de som generelt settes inn gjennom arbeidsmarkedsetaten o.l. Rehabilitering av tidligere institusjonspasienter i hjemkommunene er for øvrig et prioritert mål i Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen.

Blant pasienter ved offentlige poliklinikker livnærer et mindretall (1/5) seg av eget arbeid, mens dette er tilfelle for betydelig flere (omlag halvparten) av pasientene hos privatpraktiserende spesialister. Andelen pasienter som lever av offentlige støtteordninger er altså høyere ved offentlige poliklinikker enn hos de privatpraktiserende avtalespesialistene. Dette gjelder særlig syke/rehabiliteringspenger og uførepensjon.

Ut fra perspektivet om «å greie seg selv» utgjør pasientene ved døgninstitusjonene et betydelig tyngre klientell enn polikliniske pasienter. Dette var tilfelle også ved tidligere pasientregistreringer.

Det er verd å merke seg at selv om andelen av pasientene som har eget arbeid er høyere i privat praksis enn ved poliklinikkene, har under halvparten av pasientene hos de privatpraktiserende «vanlig» inntektsgivende arbeid. De øvrige mottar ulike former for offentlig stønad eller trygd.

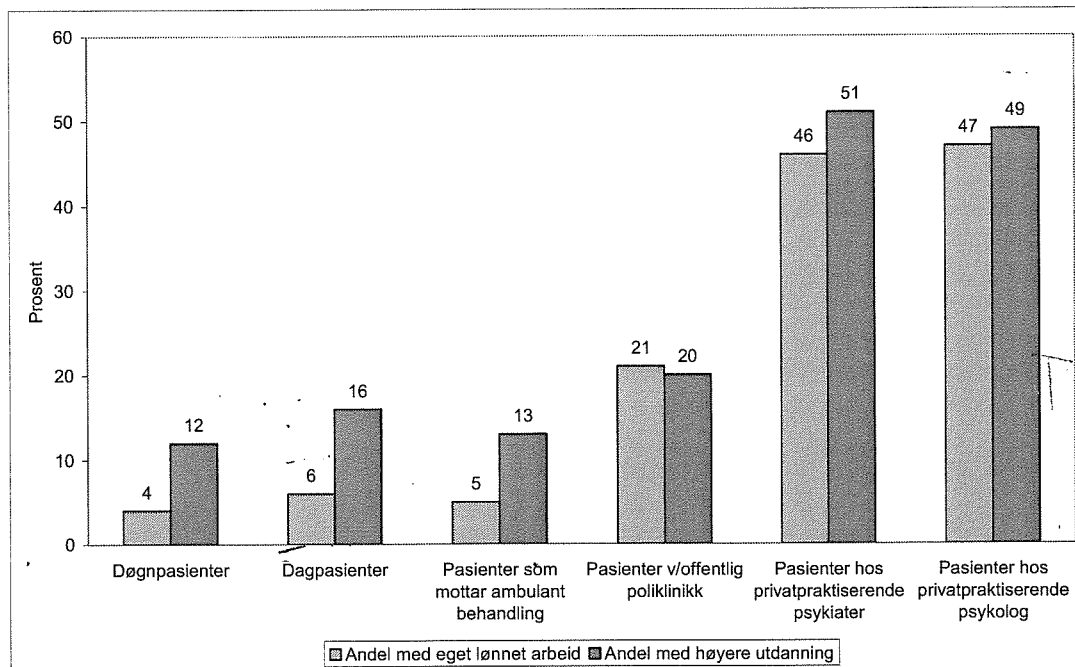
Utdanningsbakgrunn

Andelen pasienter med høyere utdanning er markert høyere blant pasienter i privat avtalepraksis enn i den norske befolkning; halvparten av dem har fullført utdanning på universitets- eller høyskolenivå. Ved offentlige poliklinikker er utdanningsnivået derimot noe lavere enn i den norske voksne befolkning, med en overrepresentasjon av pasienter med grunnskole som høyeste utdanning. Døgnpasienter i psykiatriske institusjoner har markert lavere utdanningsnivå enn den norske befolkning, se tabell 5.5. Det er med andre ord en helt systematisk sammenheng mellom de ulike behandlingsformer og hvilke sosioøkonomiske befolkningsgrupper som prioriteres, se figur 5.3.

Tabell 5.7 Utdanningsbakgrunn etter behandlingsform (prosent).

Utdanning	Døgnpasienter	Dagpasienter	Pasienter som mottar ambulans behandling	Pasienter v/offentlig poliklinikk	Pasienter hos privatpraktiserende psykiater	Pasienter hos privatpraktiserende psykolog
Universitet/høyskole	12	16	13	20	51	49
Videregående skole	37	45	38	46	34	36
Grunnskole (7-10 år)	47	38	45	32	14	12
Ikke fullført grunnskole	5	2	4	2	1	3
Totalt	100	100	100	100	100	100
Antall	4 200	1 714	1 113	19 640	3 463	5 054
Ubesvart	413	73	49	398	23	78

Figur 5.3 Viktigste kilde til livsopphold og utdanningsbakgrunn ved de ulike behandlingstilbud.



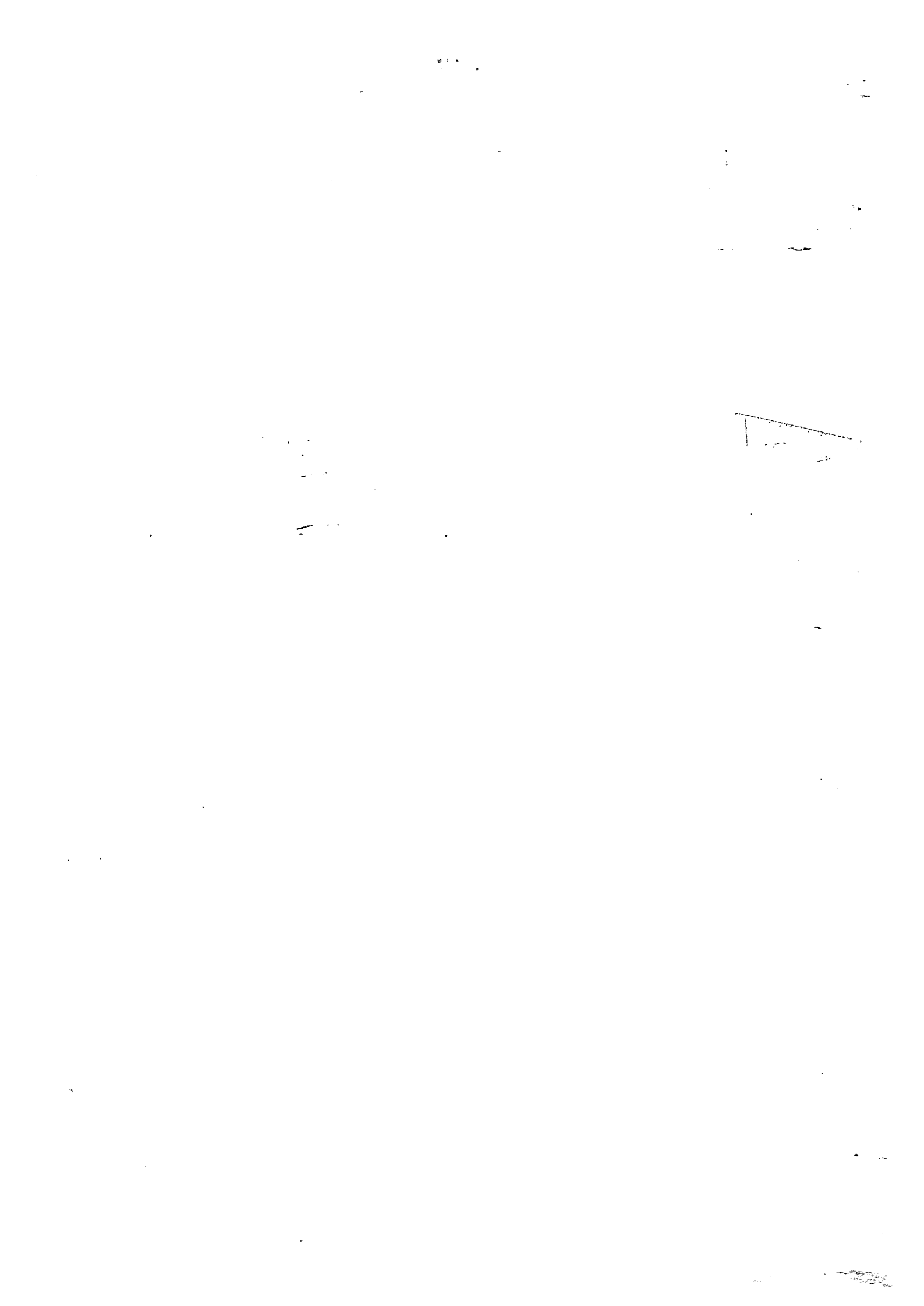
Oppsummering

I den siste delen har vi belyst i hvilken grad det er forskjeller i pasientsammensetning ved de ulike behandlingstilbud. Det fremgår at det er visse sammenhenger mellom behandlingsform og hvilke sosiodemografiske og sosioøkonomiske befolkningsgrupper som prioriteres.

Resultatene viser at kvinner og yngre pasientgrupper er markert overrepresenterte ved alle typer poliklinisk praksis i forhold til den norske befolkning. Privat avtalepraksis karakteriseres av særlig høy kvinneandel, høy andel pasienter i alderen 40-59 år, og høy andel pasienter med eksamen fra universitet/høyskole i forhold til befolkningen. Andelen pasienter i inntektsgivende arbeid er betydelig høyere enn ved noen av de øvrige behandlingsformene.

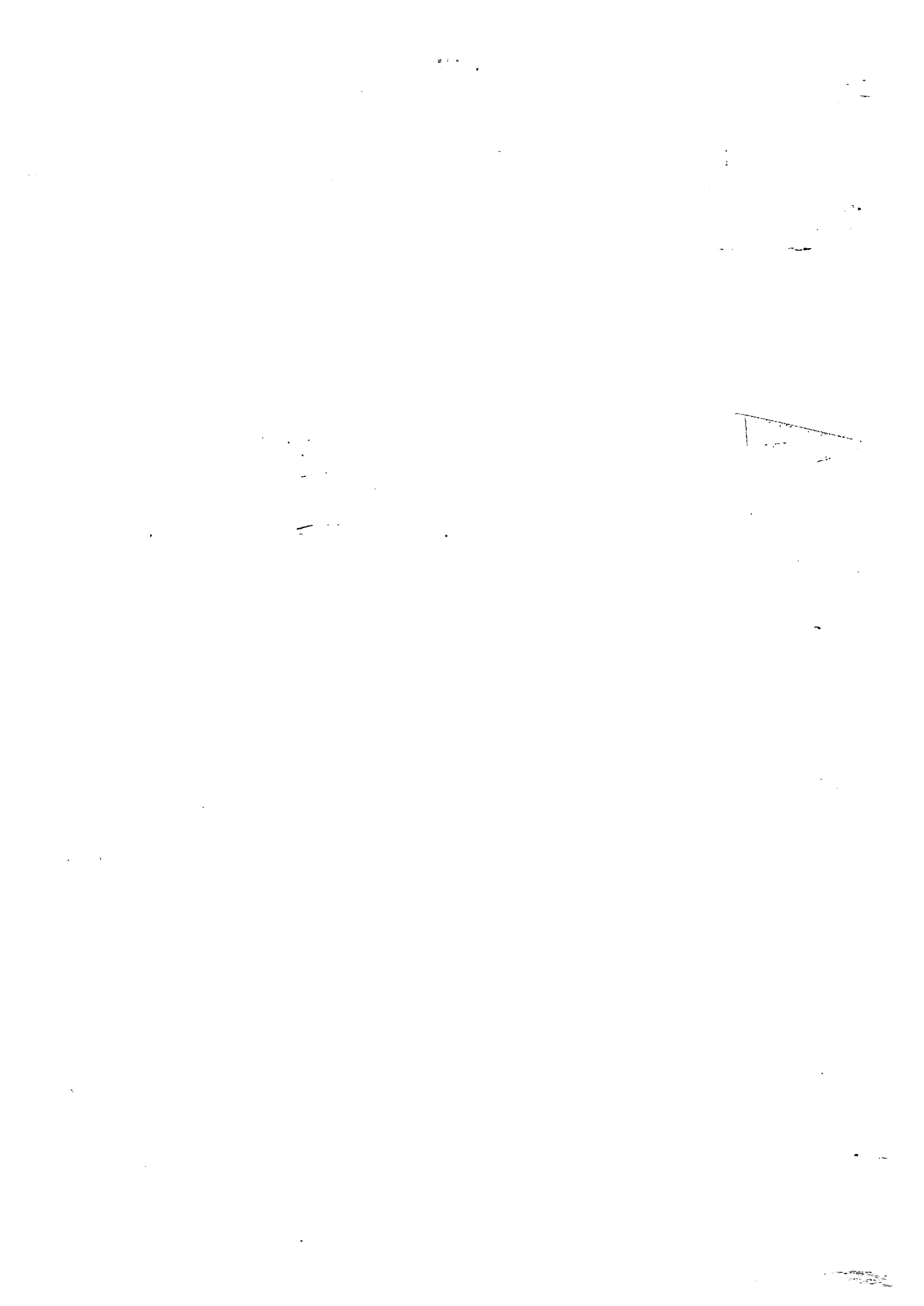
Pasienter i psykiatriske døgninstitusjoner er i større grad representative for den norske befolkning med hensyn til demografisk bakgrunn. Blant disse pasientene er det imidlertid en klar overrepresentasjon av ugifte pasienter, trygdede og pasienter med lav utdanning.

Det er viktig å understreke at denne demografiske og sosiale skjevheten ikke betyr at det bare behandles unge, kvinnelige pasienter med høy sosial status hos de privatpraktiserende klinikerne, og bare mannlige, eldre pasienter med lav sosial status ved døgnavdelingene. Det er en betydelig spredning i pasientsammensetning ved alle behandlingsformene.

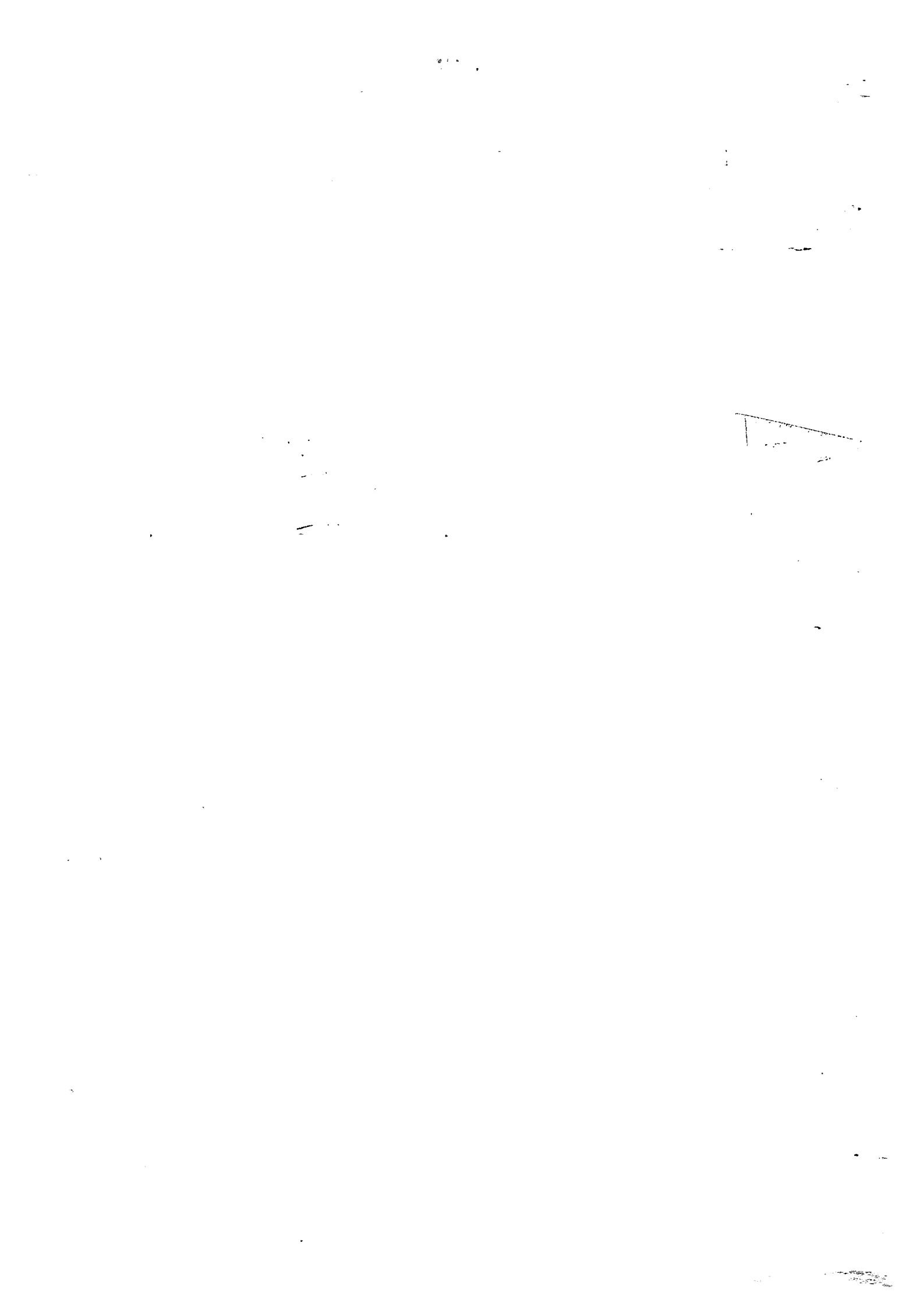


Referanser

- Burns T & Firn M (eds). Assertive outreach in mental health. Oxford University Press, 2002.
- Götestam KG, Eriksen L, Hagen H (1995). An epidemiological study of eating disorders in Norwegian psychiatric institutions. *International Journal of Eating Disorders* 18, 263-268.
- Hagen H (2001). Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1 november 1999. Rapport 5/01, Trondheim: SINTEF Helse.
- Hagen H & Ruud T (2004). Pasienter i psykisk helsevern for voksne. 20 november 2003. Rapport 3/04, Trondheim: SINTEF Helse.
- Husum TL, Gråwe RW & Bjørngaard JH (2005). Avtalespesialister i det psykiske helsevernet i Midt-Norge: kartlegging av helsetilbudet, samhandling og tilgjengelighet. SINTEF Helse rapport STF78 A045022, Trondheim.
- Kringlen E, Torgersen S & Cramer V (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry* 158, 1091-1098.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2003). Integrated treatment for dual disorders. Effective intervention for severe mental illness and substance abuse. New York: Guilford.
- NICE. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. Gaskell and the British Psychological Society, London: National Institute for Clinical Excellence, 2003.
- Ot.prp nr. 3 (2002-2003). Lov om endring i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosial tjenester m.v.
- Ot.prp. nr. 54 (2002-2003). Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Ruud T, Lidal E, Røhme K, Sitter M, Hagen H (2004). Distriktpsikiatriske senter i Norge 2003. SINTEF Helse rapport STF78A045008, Trondheim
- St.prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.
- Taraldsen KW, Eriksen L, Götestam KG (1996). Prevalence of eating disorders among Norwegian women and men in a psychiatric outpatient unit. *International Journal of Eating Disorders* 20, 185-190.



Vedlegg



PASIENTER I POLIKLINISK- ELLER DAGBEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN

Det skal fylles ut ett skjema for hver pasient som blir behandlet i registreringsperioden.

Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Helse.

OPPLYSNINGER OM INSTITUSJON OG BEHANDLER	
Institusjonens navn <input type="text"/> Navn på team/post/avdeling <input type="text"/>	Behandlers/utfyllers yrkesbakgrunn <input type="checkbox"/> Psykiater <input type="checkbox"/> Lege uten spesialitet i psykiatri <input type="checkbox"/> Psykolog med spesialitet i klinisk psykologi <input type="checkbox"/> Annen psykolog <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleier <input type="checkbox"/> Annen sykepleier <input type="checkbox"/> Klinisk sosionom <input type="checkbox"/> Annen sosionom <input type="checkbox"/> Klinisk pedagog <input type="checkbox"/> Annen pedagog <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Annet
Er pasienten bosatt i behandlingsenhetens opptaksområde? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Behandles pasienten av et tverrfaglig team? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
OPPLYSNINGER OM PASIENTEN	
Kjønn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	Hvor mange timer behandling mottar pasienten i løpet av registreringsperioden? Antall <input type="text"/> <input type="text"/>
Alder <input type="checkbox"/> 0-17 år <input type="checkbox"/> 50-59 år <input type="checkbox"/> 18-29 år <input type="checkbox"/> 60-69 år <input type="checkbox"/> 30-39 år <input type="checkbox"/> 70-79 år <input type="checkbox"/> 40-49 år <input type="checkbox"/> 80 år og eldre	Bosituasjon ved registreringen <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Alene m/barn <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer og barn <input type="checkbox"/> Med andre voksne <input type="checkbox"/> Uten fast bopel <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Annet
Sivilstatus på registreringstidspunktet <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Registrert partnerskap	Henvisende instans <input type="checkbox"/> Pasienten/familien <input type="checkbox"/> Privatprakt. spesialist <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Psyk. sengeavdeling <input type="checkbox"/> Øvrig primærhelsetjeneste <input type="checkbox"/> Politi/fengsel/rettsvesen <input type="checkbox"/> Somatisk institusjon/avd <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/> Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Ingen
Hovedinntektskilde siste år (Kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Lønnet arbeid <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Forsørget <input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Arbeidsledighetstrygd <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Syke-/rehabiliteringspenger <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Attføringspenger <input type="checkbox"/> Ukjent	Tidligere behandling for psykisk lidelse siste 12 mnd (Flere alternativer kan avkrysses) Behandlet i primærhelsetjenesten <input type="checkbox"/> Behandlet ved offentlig psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykiater <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykolog <input type="checkbox"/> Innleggelse ved døgninst. i psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Dømt til psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Rusinstitusjon, døgnenhet <input type="checkbox"/> Rusinstitusjon, poliklinisk <input type="checkbox"/> Annen behandling psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/>
Utdanning (Kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Eksamen fra universitet eller høyskole <input type="checkbox"/> Videregående skole eller yrkesrettet utdanning <input type="checkbox"/> Grunnskole (7-9 årig) <input type="checkbox"/> Ikke fullført grunnskole	

PASIENTER BEHANDLET AV PRIVATPRAKTISERENDE PSYKIATER ELLER PSYKOLOG

Det skal fylles ut ett skjema for hver pasient som blir behandlet i registreringsperioden. Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Helse.

OPPLYSNINGER OM PASIENTEN

Kjønn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	Ventetid i uker fra henvisning er mottatt til behandlingsstart Antall uker <input type="text"/> <input type="text"/>																														
Alder <input type="checkbox"/> 0-17 år <input type="checkbox"/> 50-59 år <input type="checkbox"/> 18-29 år <input type="checkbox"/> 60-69 år <input type="checkbox"/> 30-39 år <input type="checkbox"/> 70-79 år <input type="checkbox"/> 40-49 år <input type="checkbox"/> 80 år og eldre	Tidligere behandlet for psykisk lidelse siste år (Flere alternativer kan krysses av) I primærhelsetjenesten <input type="checkbox"/> Ved psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Hos privatpraktiserende psykiater <input type="checkbox"/> Hos privatpraktiserende psykolog <input type="checkbox"/> Innleggelse ved døgninst. i psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Annen behandling psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Rusomsorg <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/>																														
Sivilstatus på registreringstidspunktet <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Registrert partnerskap	Diagnose (ICD-10) <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hoved-diagnose</th> <th>Bi-diagnose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Organiske psykiske lidelser (F00-F09)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rus-lidelser (F10-F19)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schizofrenier og paranoide lidelser (F20-F29)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stemmings-/affektive lidelser (F30-F39)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nevrotiske lidelser (fobier, angst, tvang, mm; F40-F48)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Adferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-F59)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andre lidelser (F70-F98)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diagnose ikke satt</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Hoved-diagnose	Bi-diagnose	Organiske psykiske lidelser (F00-F09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rus-lidelser (F10-F19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizofrenier og paranoide lidelser (F20-F29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stemmings-/affektive lidelser (F30-F39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nevrotiske lidelser (fobier, angst, tvang, mm; F40-F48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-F59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre lidelser (F70-F98)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnose ikke satt		<input type="checkbox"/>
	Hoved-diagnose	Bi-diagnose																													
Organiske psykiske lidelser (F00-F09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Rus-lidelser (F10-F19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Schizofrenier og paranoide lidelser (F20-F29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Stemmings-/affektive lidelser (F30-F39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Nevrotiske lidelser (fobier, angst, tvang, mm; F40-F48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Adferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-F59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Andre lidelser (F70-F98)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Diagnose ikke satt		<input type="checkbox"/>																													
Hovedinntektskilde siste år (Kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Lønnet arbeid <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Forsørget <input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Arbeidsledighetstrygd <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Syke-/rehabiliteringspenger <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Attføringspenger <input type="checkbox"/> Ukjent	Rusmiddelmisbruk de siste uker før behandlingsstart <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ingen</th> <th>Lite</th> <th>Middels</th> <th>Stort</th> <th>Vet ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alkohol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Medikamenter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Narkotika</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ingen	Lite	Middels	Stort	Vet ikke	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Ingen	Lite	Middels	Stort	Vet ikke																										
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Utdanning (Kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Eksamen fra universitet eller høyskole <input type="checkbox"/> Videregående skole eller yrkesrettet utdanning <input type="checkbox"/> Grunnskole (7-9 årig) <input type="checkbox"/> Ikke fullført grunnskole	Varighet av funksjonsnedsettende symptomer <input type="checkbox"/> < ½ år <input type="checkbox"/> ½ - 1 år <input type="checkbox"/> 1- 3 år <input type="checkbox"/> > 3 år																														
Bosituasjon ved registreringen <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Med andre voksne <input type="checkbox"/> Alene m/barn <input type="checkbox"/> Ut en fast bopel <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer og barn <input type="checkbox"/> Ukjent	Suicidalproblemer/selvskading siste år Ingen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suicidtrusler Selvskading <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suicidforsøk Suicidtanker <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vet ikke																														
Henvisende instans <input type="checkbox"/> Pasienten/familien <input type="checkbox"/> Privatprakt. spesialist <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Psyk. sengeavdeling <input type="checkbox"/> Øvrig primærhelsetjeneste <input type="checkbox"/> Politi/fengsel/rettsvesen <input type="checkbox"/> Somatisk institusjon/avd <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/> Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Ingen	Betydelige Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																														
Aktuell behandlingssekvens Varighet til nå (antall mnd) <input type="text"/> <input type="text"/> Antall konsultasjoner i registreringsperioden <input type="text"/> <input type="text"/>																															

