

Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser

En vurdering av tilgjengelige datakilder



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 9/2002

Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser .

En vurdering av tilgjengelige datakilder

Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002.

Juni 2002

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert november 2003 og finnes bare på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

Faks: 21 52 99 99

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Sammen drag	4
2 Bakgrunn	5
3 Arbeidsgruppens mandat og sammensetning	6
3.1 Arbeidsgruppens medlemmer	6
3.2 Mandat for arbeidsgruppen	6
4 Tilnærming og framgangsmåte	8
5 Formulering av krav og mål	9
6 Oversikt og vurdering av datakilder	10
6.1 Innledning	10
6.2 Data om befolkningens psykiske helseforhold	10
6.3 Data om helsetjenester	11
6.3.1 Tilfang, analyse og publisering av data om helsetjenester	11
6.3.2 Data om pasientene	12
6.3.3 Data om tjenestetilbudene	13
7 Hvor egnet er datagrunnlaget til å si hvorvidt krav og mål er innfridd?	14
7.1 Faglig forsvarlighet	14
7.2 Tilgjengelighet til tjenester	18
7.3 Retten til medvirkning	19
7.4 Minst mulig bruk av tvang	19
8 Vurdering av hvorvidt det mangler relevante og gode data i forhold til definerte krav og mål	21
9 Hva kan og bør tilsynsetaten følge med på?	23
Vedlegg 1	
Psykisk helsetilstand – litteratur, undersøkelser og prosjekter	25
Vedlegg 2	
Oversikt over data og datakilder	28
Vedlegg 3	
Datakilder sortert etter målsettinger	37
Vedlegg 4	
Bakgrunnsdata for tilsyn med tjenester til barn og unge med psykiske lidelser	45

1 Sammendrag

Denne rapporten presenterer resultatene av en gjennomgang og vurdering av ulike datakilder om psykiske helseforhold og tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser, både voksne og barn og unge, i primær- og spesialisthelsetjenesten. Formålet med arbeidet har vært å bidra til en avklaring av hva som finnes av data som tilsynsetaten kan basere et løpende overordnet faglig tilsyn på. Hovedvekt er derfor lagt på kildene til rutinemessig innsamlede statistiske data. Det sentrale vurderingstemaet har vært i hvilken grad disse kildene er egnet til å si noe om innfrielse av sentrale myndighetskrav: Faglig forsvarlighet, tilgjengelighet til tjenester, retten til medvirkning og minst mulig bruk av tvang. Rapporten redegjør ikke for resultater eller vurdering av i hvilken grad disse kravene er innfridd.

Det finnes i dag mye data som kan si noe om de forhold som ønskes belyst. Man bør nå prioritere å kvalitetssikre og ta eksisterende data i bruk på en systematisk måte framfor å øke den rutinemessige datainnhøstingen. Systematisk bruk av data i tilsyns-, evaluerings- og styringssammenheng vil trolig også være en viktig drivkraft for kvalitets sikring av dataene.

Mange problemstillinger vil ikke kunne belyses tilfredsstillende gjennom vurdering av denne type fortløpende og rutinemessig innhentede data. Kunnskapsgrunnlaget må i slike tilfelle suppleres med egne datainnsamlinger og alternative metoder, for eksempel gjennom systemtilsyn.

Kunnskapsgrunnlaget i form av tilgjengelig statistikk om helsetjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten, er mye dårligere enn kunnskapen om spesialisthelsetjenestens til-

bud. Det skyldes at tilbudet i kommunehelsetjenesten i det alt vesentlige er en integrert del av et allment helsetjenestetilbud, mens det i spesialisthelsetjenesten er utskilt. Kunnskap om forholdene i kommunehelsetjenesten må derfor i mye større grad baseres på bruk av andre metoder.

Arbeidsgruppens gjennomgang viser også at det finnes lite data om behandlingsmetoder og behandlingsresultater, og om viktige aspekter ved faglig forsvarlighet. Det finnes heller ikke gode løpende data om innfrielse av retten til nødvendig helsehjelp, som er et sentralt aspekt ved tjenestetilgjengelighet. Videre er det begrensede muligheter for å kunne vurdere hvorvidt øyeblikkelig hjelpplikten ivaretas på en forsvarlig måte. Om pasienters medvirkning i behandling finnes ikke løpende data.

Med utgangspunkt i oppsummeringen av hvilke relevante data som finnes, anbefaler arbeidsgruppen at tilsynsetaten løpende bør følge opp MBDS-data om variasjoner i bruk av tvang; data om ressurs- og tilbudsutforming, med vekt på geografiske variasjoner samt variasjoner i tilgjengelighet i befolkningen etter kjønn, alder og etnisk bakgrunn; data om prioritering av øyeblikkelig hjelp-tilstander; og endelig data om ventetider og om innfrielse av vurderingsretten.

2 Bakgrunn

På bakgrunn av tidligere års forslag fra fylkeslegene, aktiviteter i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse, signaler fra Sosial- og helsedepartementet og den allmenne oppmerksomhet omkring tjenester til mennesker med psykiske lidelser, besluttet helsedirektøren i mai 2001 at det i 2001 og 2002 skulle gjennomføres både overordnet faglig tilsyn og felles virksomhetstilsyn på dette området. Det ble besluttet at det skulle lages en systematisk oversikt over de viktigste datakilder og faktagrunnlag om psykiske helseforhold og helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Det felles tilsynet skulle gjelde tjenester til barn og unge, og omfatte samhandling både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og mellom nivåene.

3 Arbeidsgruppens mandat og sammensetning

Arbeidsgruppe for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 ble oppnevnt i brev av 23. august 2001.

3.1 Arbeidsgruppens medlemmer

Petter Øgar, fylkeslege i Sogn og Fjordane, leder

Helga Arianson, fylkeslege i Hordaland, fram til 1. desember 2001

Pål Børresen, seniorrådgiver, Avd. for planlagt tilsyn

John William Glad, seniorrådgiver, Avd. for hendelsesbasert tilsyn

Odd Herder, fylkeslege i Nordland

Lasse Johnsen, underdirektør, Fylkeslegen i Østfold

Heidi Merete Rudi, seniorrådgiver, Avd. for planlagte tilsyn

Heidi Talsethagen, psykiatrirådgiver, Fylkeslegen i Troms

Kristina Totlandsdal, rådgiver, Avdeling for hendelsesbasert tilsyn

3.2 Mandat for arbeidsgruppen

• *Det skal lages en systematisk oversikt over de viktigste datakilder og faktagrunnlag om psykiske helseforhold og tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser i kommunene og i fylkeskommunene.*

• *På bakgrunn av denne oversikten skal faktagrunnlaget vurderes. Gruppen skal drøfte og vurdere kunnskapsmangler. Gruppen skal vurdere om det er behov for særskilt kartlegging, inklusive tema, eventuell tilnærming, metode og plan for gjennomføring.*

• *Det skal gjennomføres ev. særskilt kartlegging i 2001. En eventuell kartlegging skal være en forholdsvis enkel undersøkelse av forekomst og eventuell fordeling av ett eller få forhold.*

• *Det skal utarbeides veileder for felles virksomhetstilsyn med tjenester til barn og unge innen psykisk helsevern. Revisjonen skal omfatte samhandling, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene. Arbeidsgruppen skal velge avgrensninger og innretning av virksomhetstilsynet basert på den samlede vurderingen av tilgjengelig faktagrunnlag.*

• *Fylkeslegenes og Sosial- og helsedepartementets innspill til tema for felles tilsyn skal også vurderes og legges til grunn i arbeidet.*

• *Veilederen skal være i samsvar med Prose-dyre for utførelse av systemrevisjon av 13. april 1999.*

• *Det skal avholdes revisjonsledersamling forut for og ev. etter gjennomført felles virksomhetstilsyn.*

• *Gruppen skal oppsummere erfaringene fra tilsynet og utarbeide en sluttrapport til bruk i den etatsinterne kvalitetsforbedringen. De funn som er gjort og de konklusjoner som er trukket skal også*

oppsummeres som grunnlag for etatens rapportering til Sosial- og helsedepartementet.

Den delen av mandatet som angår det overordnede faglige tilsyn er omfattende og krevende. Det har derfor vært nødvendig å ta noen prinsipielle valg for å gjøre oppgaven håndterbar. Gruppen har funnet at det i denne omgang ikke er behov for eller er hensiktsmessig å prioritere gjennomføring av en egen kartleggingsundersøkelse.

Gruppen har valgt å legge hovedvekten på å presentere en systematisk oversikt over sentrale datakilder og kunnskapsgrunnlag om psykiske helseforhold og tjenestetilbud, deriblant tilsynserfaringer, og å vurdere i hvilken grad dette er egnet til å fastslå om sentrale myndighetskrav er innfridd.

Gruppen har konkludert med at formålet primært skal være å bidra til en avklaring av hva tilsynsetaten har tilgang til og trenger av løpende data og faktagrunnlag for å vurdere tjenestene opp mot sentrale lovkrav og helsepolitiske målsettinger. De spørsmålene denne rapporten forsøker å besvare er altså:

- Hva finnes av data og kunnskap?
- Har tilgjengelige data god nok kvalitet ?
- Hva mangler vi?

Gruppens vektlegging av tilgangen på løpende data betyr at det primært vil være rutinemessig innsamlede statistiske data som vurderes, foruten erfaringer fra tilsyn. Tilsynserfaringer er etatens egengenererte "data", som løpende følges opp og vurderes. De omfatter både erfaringer og funn i fylkeslegenes virksomhetstilsyn, inklusive felles-tilsyn som oppsummeres i egne samlerapporter, og erfaringer fra hendelsesbaserte tilsyn. I tillegg vil det være behov for (og finnes) en mengde andre kvantitative og kvalitative data for å belyse spesielle og/eller mer situasjonsbestemte problemstillinger. Disse er ikke vurdert i denne rapporten.

Mandatet forstås å gjelde helheten i helse-tjenester til mennesker med psykiske lidelser og avgrenses ikke til tjenester for barn og unge (jf. det felles virksomhetstilsynet).

For å illustrere hvordan slike data kan brukes i forhold til virksomhetstilsyn, har Helse-tilsynet utarbeidet og antydnet tolkninger av fylkesvis statistisk bakgrunnsinformasjon om tjenester til barn og unge med psykiske

lidelser. Det er meningen at fylkeslegene bruker dette som bakgrunnsinformasjon ved gjennomføring av sine felles virksomhetstilsyn.

Mandatet er formulert før sykehusreformen trådte i kraft, og omtaler data om tjenestetilbud "i kommunene og i fylkeskommunene". Data som er tilgjengelig idet rapporten leveres, er organisert og omtalt i henhold til fylkeskommunalt ansvar for spesialisthelsetjenester.

4 Tilnærming og framgangsmåte

Prosessen for arbeidet kan skisseres slik:

- Utarbeiding av en systematisk oversikt over de viktigste datakilder og kunnskapsgrunnlag om helseforhold og helse-tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser.
- Formulering av de krav og målsettinger som data skal vurderes opp imot
- Vurdering av om eksisterende datagrunnlag er egnet til å besvare om disse krav og mål er innfridd: Har vi gode indikatorer for de sentrale målsettinger?
- Vurdering av hvorvidt det mangler relevante og gode data i forhold til de definerte krav og målsettinger.

Et naturlig siste punkt i prosessen vil være å vurdere i hvilken grad krav og mål er imøtekommet. Ut fra den tid og de ressurser som har vært til rådighet, har arbeidsgruppen ikke funnet å kunne gjennomføre dette punktet.

Arbeidsgruppen har hatt fire møter. Som ledd i kvalitetssikringen av rapporten, har den også vært lest og vurdert i kompetent fagmiljø før ferdigstilling.

5 Formulering av krav og mål

I arbeidet med overordnet faglig tilsyn er referanserammen foruten lover og forskrifter, også nasjonale mål og prioriteringer, allment aksepterte faglige normer og befolkningens behov (Overordnet faglig tilsyn. Rapport fra arbeidsgruppe ledet av fylkeslege Kristian Hagestad, Statens helsetilsyn oktober 2000).

Gruppen har valgt sentrale helsepolitiske målsettinger som også er formulert i helselovgivningen, og som oppfattes å være sentrale standarder for tilsynsetaten å måle mot i tilsynsarbeidet. De valgte målsettingene er:

- Faglig forsvarlighet
- Tilgjengelighet
- Retten til medvirkning
- Minst mulig bruk av tvang

6 Oversikt og vurdering av datakilder

6.1 Innledning

Oversikt over data- og kunnskapskilder er presentert i vedlegg til rapporten. I vedlegg 1 gis en oversikt over kilder til kunnskap om psykiske helseforhold. Dette er en samling referanser til litteratur, prosjekter og undersøkelser framkommet etter søk i de viktigste litteratur- og forskningsdatabaser. Oversikten er delt opp etter alder; dvs voksne og barn/unge.

En tabellarisk oversikt over kilder til data om helsetjenestene er gitt i vedlegg 2. Hovedinndelingen i oversikten er gjort etter tjenestnivå; spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. Dette er primært kilder som gir data for hele landet, som samles inn regelmessig, og som gir kunnskap om vesentlige problemstillinger.

6.2 Data om befolkningens psykiske helseforhold

De viktigste kildene for data om befolkningens psykiske helseforhold er befolkningsundersøkelser, standardiserte kliniske intervjuundersøkelser og trygdestatistikken.

Den eneste befolkningsundersøkelsen som gjentas regelmessig, og som muliggjør sammenlikning over tid, er Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse. Helseundersøkelsen inngår i denne fra og med 1998, men er gjennomført regelmessig fra 1968. Den hjemmeboende delen av befolkningen er målgruppen for undersøkelsen. Data fra samtlige undersøkelser kan fordeles etter bakgrunnskjenntegn som kjønn, alder, bosted, utdanning og inntekt. Sykelighetsdata og data om konsekvenser av sykdom er tilnærmet sammenlignbare fra år til år. De viktigste variablene

for psykiske problemer og lidelser er imidlertid symptomvariabler. Befolkningens psykiske helse blir i Levekårsundersøkelsen kartlagt ved hjelp av den såkalte Hopkins symptom-sjekkliste (HSCL-25). Dette er en omfattende sjekkliste for symptomer relatert til psykisk helse. I Levekårsundersøkelsen er 25 av spørsmålene brukt. En del av spørsmålene er spesielt utformet for å fange opp angst og depresjon. Eksempler på spørsmål er gitt i boks 1.

Boks 1

I Hopkins symptomsjekkliste inngår for eksempel:

Spørsmål om angst:

- nervøsitet
- opplevelse av frykt uten grunn
- anfall av panikk og angst

Spørsmål om depresjon:

- generell mangel på energi
- følelse av håpløshet
- alt oppleves som et slit
- søvnløshet

Spørsmål om kroppslige utslag av psykiske plager:

- hodepine
- skjelving
- hjertebank

Mange symptomer av en viss alvorlighetsgrad gir en skåre som anses som indikasjon på sannsynlig psykisk lidelse. I analysen av data fra Levekårsundersøkelsen 1998 er spørsmålene analysert under ett (Lunde 2001, se vedlegg 1). HSCL-25 er også anvendt i andre større norske befolkningsundersøkelser, som for eksempel Helseundersøkelsen i Nord-

Trøndelag (HUNT) (data innsamlet 1995-97) og Østfoldundersøkelsen (1998).

Den andre hovedtilnærmingen til kunnskap om psykiske helseforhold i befolkningen er standardiserte kliniske intervjumetoder, jf Inger Sandanger (se vedlegg 1).

Trygdestatistikk gir bare indirekte informasjon om sykkelighet, men dette er likevel en nyttig kilde fordi den belyser konsekvenser av psykiske helseproblemer for deltakelse i samfunnsog yrkesliv. Statistikken utarbeides dels av Rikstrygdeverket og dels av Statistisk sentralbyrå. Rikstrygdeverket samler inn data til ulike stønadsregistre, og statistikken dekker bl.a. medisinsk stønad, sykepenger, attføring og uførepensjon. Statistikkene for sykefravær og uførepensjon har opplysninger om diagnoser, og gir grunnlag for å følge utviklingen av spesifikke psykiske lidelser (basert på kodesystemet ICPC) som årsak til sykefravær og uførepensjon over tid, for menn og kvinner, ulike aldersgrupper, etter næring, bosted, osv.

6.3 Data om helsetjenester

6.3.1 Tilfang, analyse og publisering av data om helsetjenester

Forskjellen i tilfang av data om tjenestetilbud og om pasientene er størst og mest tydelig mellom de to tjenestenivåene. Denne forskjellen reflekterer tjenestenivåenes ulike organisering. Til tross for at vi har utelatt rene regnskaps- og driftsdata for de fylkeskommunale tjenestene fra vår kildeoversikt, er det verken ukjent eller overraskende at det mest åpenbare funnet er det ulike tilfang av data fra de to nivåene.

Det forholdet at spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser er organisert som en egen tjeneste, innebærer at både ressurser (som økonomi og personell) og brukere er identifiserbare og registrerbare. Av samme grunn er spesialisthelsetjenestene prinsipielt mer direkte styrbare enn primærhelsetjenesten i forhold til ulike målgrupper. Styringsmulighet blir også en egen drivkraft for å generere data.

Data om kommunale tjenester

Fra KOSTRA, Hjulet og Fastlegeregisteret kan hentes opplysninger om personellinnsats for ulike yrkesgrupper, men det finnes ikke grunnlag for å anslå hvor stor andel som brukes på psykisk helsearbeid.

Kommunenes resultater relatert til opptrappingsplanen rapporteres via Fylkeslegen til departementet. Fylkeslegen kontrollerer at bruken av midlene er i samsvar med regelverket.

Dette vil være tidsavgrensede rapporteringer knyttet til bruk av tildelte økonomiske midler slik det går fram av boks 2.

Boks 2

Rapportering av resultater relatert til opptrappingsplanen

Regnskapstall for:

- Informasjon, kompetanseheving, styrking av brukerorganisasjoner
- Tiltak for voksne, bl.a. bistand i bolig og ulike aktiviseringstiltak.
- Tiltak for barn og unge, blant annet styrking av helsestasjon og skolehelsetjeneste og av psykososialt arbeid, og

Resultattall for:

- Personell finansiert gjennom øremerkede tilskudd.
- Kommunale boliger til mennesker med psykiske lidelser
- Personer med tilbud om sysselsetting i kommunal regi
- Mottakere av støttekontaktjenester (barn og voksne).

Kommunenes totale tjenesteinnsats til mennesker med psykiske lidelser finnes det ikke løpende data om. Det finnes heller ingen data om pasientene og brukerne av tjenestene i kommunene.

Både Sosial- og helsedepartementet og psykiatrirådgiverne hos fylkeslegene har etterlyst en egen kartlegging av status i kommunene. En landsomfattende kartlegging i kommunene er nå under planlegging som ledd i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, i regi av Sintef Unimed Helsetjenesteforskning og Norsk institutt for by- og regionforskning. Men dette vil altså være en tidsavgrenset, situasjonsspesifikk analyse.

Data om spesialisthelsetjenestene

Noen få institusjoner er ansvarlige for innsamling og mottak av de data om spesialisthelsetjenestene som inngår i de mest aktuelle statistikkene: Statistisk sentralbyrå (SSB), Norsk Pasientregister (NPR), SAMDATA-prosjektet og det private firmaet Hiadata AS, som etter avtale med Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner samler inn data fra BUP.

Disse datainnsamlerne står ikke for all analyse og produksjon av statistikk. Mellom SSB, Sintef Unimed Helsetjenesteforskning (inklusive SAMDATA-prosjektet) og NPR, utveksles en mengde data som også stilles sammen eller koples. Samtidig som SSB selv analyserer og publiserer egne data, brukes de samme rådata i de statistikkene som produseres ved SAMDATA. Pasientdata som leveres til den fylkeskommunale/ spesialisthelsetjenestens del av KOSTRA-systemet vil være de samme som leveres til NPR osv. Hiadata AS mottar data fra Barne- og ungdomspsykiatrien, men det er SAMDATA som står for analyse og presentasjon. "Kilde" kan altså vise til den instansen som samler inn data eller til den instansen som analyserer og presenterer/ publiserer data.

Ved vurdering av datakvalitet, er det naturligvis ikke mulig å si noe om hele datasett under ett. Man må vurdere variabel for variabel; både med hensyn til kompletthet / manglende levering, opplysningenes pålitelighet (systematiske og tilfeldige feil), gyldighet samt representativitet og generaliserbarhet. Det er også nødvendig å ta i betraktning at ulike typer rapporteringsinstanser ikke nødvendigvis har de samme forutsetningene for pålitelig registrering i form av kompetanse om og forståelse for kravene til kvalitet.

Hvilke krav som stilles til hvor pålitelige og komplette data bør være, vil avhenge av hva de skal brukes til.

Det er ulike måter å bruke data som indikatorer på; man kan for eksempel måle opp mot en gitt eller definert standard dersom det finnes en slik (eks. kliniske retningslinjer), eller foreta sammenlikninger for å få fram variasjon og likhet, for eksempel i forhold til et gjennomsnitt (for landet, for en region osv.).

6.3.2 Data om pasientene

For pasienter som mottar tjenester fra kommunene finnes ikke nasjonale data.

For voksne pasienter i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenestene) er det to hovedkilder: Årlige innrapporteringer fra institusjonene til NPR og 5-årige pasienttelling utført av Sintef Unimed Helsetjenesteforskning. Pasienttellingene er utført siden 1979, på oppdrag fra Helsetilsynet.

De årlige innrapporteringer av data til NPR skjedde til og med 1999 på et format fra Sintef Unimed Helsetjenesteforskning (tidligere NIS). Det ble registrert opplysninger om oppholdstyper (dag eller døgnopphold), avdelingstype, demografiske kjennetegn, inn- og utskrivningstidspunkt, oppholdstider og dessuten hoveddiagnose og innleggelsesparagraf for hver enkelt pasient. Fra og med 2000 er det såkalte Minste Basis Data Sett (MBDS) innført som et register under NPR, og er gjort obligatorisk. MBDS er et omfattende datasett, som ble revidert fra 1.1 2001 for å fange opp endringene i den nye psykisk helsevernloven. Se boks 3.

Boks 3

I MBDS registreres opplysninger om:

- Personopplysninger (eks. kjønn, bosted, inntekt, sivilstatus, barn)
- omstendigheter rundt inn- og utskrivning, bl.a. henvisende og oppfølgende instans
- henvisningsparagraf og spesialistvedtak
- diagnoser
- funksjonsnivå (GAF)
- behandlingsform
- behandlingens lengde

Helt nytt for MBDS i forhold til det tidligere datasettet til Norsk pasientregister, er et mål for funksjonsnivå; det såkalte Global Assessment Functioning (GAF). Dette er en metode for å vurdere pasientenes symptombelastning (GAF-S) og psykososiale funksjonsevne (GAF-F), angitt som tall mellom 0 og 100. Alle pasienter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste skal vurderes ved hjelp av GAF både ved start og avslutning av en behandlingsepisode.

Av ulike årsaker har innføringen av MBDS gått noe senere enn forutsatt, og mange av

institusjonene er forsinket i forhold til overgangen. For enkelte fylker gjelder dette samtlige institusjoner. Institusjoner som i 2000 ikke leverte MBDS, har anvendt det tidligere dataformatet fra Sintef Unimed Helsetjenesteforskning (tidligere NIS). Noen av de institusjonene som leverte MBDS i 2000, rapporterte ikke på alle variabler. Også nøkkeldata, som diagnoser og opplysninger om bruk av tvang, er ufullstendige. Det er grunn til å tro at det blant dem som har levert alle data, er en del feilregistreringer. For noen av poliklinikkene og dagbehandlingssenhetene har datakvaliteten vært så dårlig at dataene er blitt forkastet. Det er ikke forventet at MBDS-data for 2001 vil bli levert helt fullstendig eller uten feil.

Dette betyr at de ferskeste resultatene som blir publisert av SAMDATA (rapport og tabeller for 2000) dels er ufullstendige, dels er beheftet med usikkerhet. Publisering og bruk – også gjennom KOSTRA-systemet – bør stimulere til at registrering og rapportering etterhvert bedres. Det er store forventninger til hva MBDS kan gi når det er fullt innført.

For barn og unge er BUP-data den viktigste informasjonskilden. BUP-data rapporteres til Hiadata AS, og publiseres gjennom SAMDATA. De viktigste data er listet i boks 4. En mer detaljert oversikt finnes i vedlegg 2.

Boks 4

I BUP-data registreres opplysninger om:

- Pasientens bakgrunn (alder, kjønn)
- omsorgssituasjon
- diagnoser
- henvisningsgrunn
- omstendigheter ved innleggelse
- behandlingssituasjon
- behandlingstilbud

Disse dataene blir kvalitetssikret sentralt, men stadig er det varierende pålitelighet for de ulike variablene som inngår. Registreringen er god når det gjelder tiltak som er refusjonsberettigede og dårlig for ikke-refusjonsberettigede tiltak (samarbeid med primærhelsetjenesten er ett eksempel). For 35% av pasientene er diagnose registrert som ukjent, eller ikke registrert. Man vet generelt lite om kvaliteten på data om

diagnoser, og heller ikke om diagnostiseringspraksis varierer mellom dem som registrerer og dem som ikke registrerer. Mangelfull registrering av diagnoser er trolig også et uttrykk for betydelig reell faglig diagnoseusikkerhet innen barne- og ungdomspsykiatrien. Dersom diagnosesettingen er usikker eller inkonsistent, blir det vanskelig å vurdere de tiltak som settes i verk.

Det er gjennomført en nasjonal registrering av pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien per 1. november 1999 (tverrsnittundersøkelse), tilsvarende de 5-årige pasienttellingene som er gjort i voksenpsykiatrien siden 1979. For hver enkelt av de 335 barn og unge som mottok dag eller døgnbehandling på registreringstidspunktet, er det innhentet opplysninger om bakgrunnskjennetegn (alder og kjønn) og kliniske karakteristika, ventetider, behandlingssituasjon, behandlernes samarbeid med andre instanser og deres vurdering av hvilket behandlingstilbud som ville vært det ideelle for barnet.

6.3.3 Data om tjenestetilbudene

Statistisk sentralbyrå samler inn tallmateriale både for spesialisthelsetjenesten og for kommunehelsetjenesten. For spesialisthelsetjenesten samles opplysninger om økonomi (driftsinntekter og driftsutgifter etter institusjonstype), behandlingssituasjon, omfang av helsetjenester målt bl.a. i antall utskrivninger, liggedøgn / oppholdsdøgn og omfang av poliklinisk behandling, og dessuten personellinnsats målt i årsverk for ulike typer personell (leger, sykepleiere, hjelpepleiere, annet personell). Tallmaterialet som finnes om ressursinnsatsen baseres dels på data samlet inn av SAMDATA. For psykiatrien er det et problem at klassifiseringen av institusjoner ikke er oppdatert. Dermed kan enhetene bli feilgruppert. I institusjoner som både har somatiske og psykiatriske avdelinger, kan for eksempel felles utgifter og personell bli ført på den somatiske delen. For å oppnå et bedre grunnlag for reell sammenlikning, er det nødvendig å få implementert en standardisert klassifisering av type enheter (avdelinger og institusjoner).

For kommunene er tallmaterialet basert på årsoppgaver til Statistisk sentralbyrå, og omfatter personellinnsats for allmennlegetjenesten (og fordeling av legetjenester på kurative tjenester, arbeid i skolehelsetjeneste og helsestasjonstjeneste og institusjoner med heldøgns pleie og omsorg), personellinnsats i fysioterapitjenesten, skolehelsetjenesten, helsestasjonstjenesten og jordmortjenesten.

7 Hvor egnet er datagrunnlaget til å si hvorvidt krav og mål er innfridd?

Det er gjort et forsøk på systematisering av datagrunnlaget i forhold til målsettingene om faglig forsvarlighet, tilgjengelighet, medvirkning og forsvarlig bruk av tvang. Systematiseringen er gjengitt i tabellform i vedlegg 3. Det er denne som ligger til grunn for drøftingen som følger nedenfor.

7.1 Faglig forsvarlighet

Kravet til faglig forsvarlighet følger av en rekke myndighetskrav:

Kravet til forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten framgår indirekte av § 6-3 i kommunehelsetjenesteloven.

Spesialisthelsetjenestelovens § 2-3 slår fast at helsetjenester som tilbys eller ytes i skal være forsvarlige.

I §1 i Psykisk helsevernloven heter det at formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte.

Helsepersonellovens § 4 pålegger det enkelte helsepersonell å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Den samme loven slår i § 16 fast at virksomheter som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Faglig forsvarlighet er en rettslig standard som omfatter mange både kvalitative og kvantitative dimensjoner. Det samme gjelder kjernen i faglig forsvarlighet – den gode praksis. Faglig forsvarlighet kan både knyttes til virksomheter og de systemer og rutiner som der er etablert, og til håndteringen av den enkelte pasient.

God behandlingspraksis for de viktigste psykiatriske lidelsene er definert i Helse-tilsynets behandlingsveiledere (Utredningsserien: 4-99: Angstlidelser, 3-2000: Stemningslidelser, 7-2000: Alvorlige spiseforstyrrelser, 9-2000: Schizofreni, 10-2000: Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, 3-2001: Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid). Den norske lægeforening, ved Norsk Barne- og Ungdomspsykiatrisk forening, har tilsvarende utgitt en veileder i Barne- og ungdomspsykiatri. Med disse veilederne som utgangspunkt vil det være mulig å definere variabler som enkeltvis, eller i kombinasjon, kan anvendes for å avsløre om behandlingspraksis avviker fra definisjonene for god praksis.

Det vil være opp til den enkelte helsearbeider og helseinstitusjon å avgjøre om en angitt faglig standard skal følges eller ikke, men avviker behandlingen vesentlig fra det som er definert som god praksis, må valget dokumenteres og begrunnes.

I en faglig overordnet tilsynssammenheng er det forsvarlighet på systemnivå som kan vurderes. Det er ikke mulig å komme fram til brukbare målbare størrelser for alle aspektene ved faglig forsvarlighet. Alle indikatorene er indirekte, og indikerer noe om systemets forsvarlighet. Ved å sammenholde utvalgte indikatorer vil man kunne øke informasjonsverdien, og derved rette fokus mot behandlingenheter hvor det er stor sannsynlighet for at kravet om forsvarlighet brytes. Forsvarlighet knyttet til behandlingen av enkeltpasienter må vurderes med annen metodikk.

Indikatorer som kan si noe om systemets for-
svarlighet er:

- a) Tilgang på kvalifisert personell
- b) Ventetid på vurdering og på behandling
- c) Etterlevelse av øyeblikkelig hjelp-plikten
- d) Diagnostikk (diagnosetsetting og diagnosefordeling)
- e) Behandling (behandlingsform og behandlingsomfang)
- f) Oppfølging av definerte tilstander
- g) Forekomst av reinnleggelser
- h) Tvangsbruk (se 7.4)

a) Tilgang på kvalifisert personell

I kravet om forsvarlig behandling ligger at undersøkelse, diagnostisering og behandling skal gjennomføres av personell som har de nødvendige kvalifikasjoner for oppgaven. Med unntak av institusjoner som skal godkjennes for bruk av tvang, foreligger ingen bemanningskrav til virksomhetene, og det finnes dermed ingen generell standard å måle opp mot. Virksomhetene er forpliktet til å sørge for en bemanning som gjør at de oppgaver som utføres, kan utføres på en forsvarlig måte.

For spesialisthelsetjenestene finnes tilgjengelige data om bemanning og personelldekning etter personellkategori (inklusive spesialiteter) i både sykehusene og poliklinikkene.

Opplysningene gir ikke informasjon om reelle kvalifikasjoner utover formalutdanningen (ansiennitet, etterutdanning osv). SSBs institusjonsstatistikk,

Fylkes-KOSTRA og SAMDATA-tall for vakanser kan indikere rekrutteringsvansker, mens antall stillinger relatert til folketall vil illustrere nivået på ressurstilgangen, for eksempel innen fylket.

Fra pasientens ståsted er det likevel den faktiske tilgjengeligheten som er vesentlig. I voksenpsykiatrien finner vi om lag halvparten av døgnplassene i andre døgninstitusjoner enn sykehus. Det er ulik organisering i fylkene. Institusjoner utenom sykehus, som sykehjem og DPS'er har ulike tilknytningsformer, og det kan derfor være vanskelig å skille ut disse enhetene og få pålitelige data

for reell tilgang på fagpersonell der. Ved vurdering av personellsammensetning ved institusjonene vil det også være viktig å vektlegge om utdanningskapasiteten for legespesialister er utnyttet. Data fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling for godkjente stillingshjemler og registrerte vakante stillingshjemler kan belyse mangelfull legebemanning ved den enkelte behandlingsenhet.

Isøknader om godkjenning for tvangsopphold oppgis også personellfaktor (Helsetilsynet, ubearbeidet). Dette materialet har muligens de mest pålitelige data akkurat nå, og vil derfor være en bedre kilde til kunnskap om reell tilgang på kvalifisert personell i de aktuelle institusjonene enn institusjonsstatistikken. Gode data for personellfaktor trengs for samtlige behandlingsenheter.

Fra KOSTRA, Hjulet og Fastlegeregisteret kan høstes opplysninger om personellinnsats i kommunene, men det finnes ikke grunnlag for å anslå hvor stor andel som brukes på psykisk helsearbeid. Siden det psykiske helsearbeidet er, og skal være, integrert i det øvrige tjenestetilbudet, er det ikke realistisk å få gode løpende data om tilgangen til kvalifisert personell i kommunene fra de kildene som nå er tilgjengelige.

b) Ventetid på vurdering og på behandling

Pasienter har rett til vurdering innen 30 dager fra henvisning. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom skal vurdering skje raskere, jf pasientrettighetslovens §2-2. Vurderingen skal ta stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og sørge for at slik hjelp blir tildelt, jf. pasientrettighetslovens §2-1. Befolkningen har videre rett til nødvendig helsehjelp etter paragraf 2-1 i kommunehelsetjenesteloven.

Manglende overholdelse av vurderingsretten er ikke forsvarlig. Lang gjennomsnittlig ventetid kan indikere at pasienter ikke får nødvendig helsehjelp.

Det kan imidlertid være betydelige variasjoner i henvisningspraksis, idet tilbudet påvirker etterspørselen. Data om ventetid på vurdering vil derfor ikke være et valid mål på retten til vurdering, og må følges opp. Mulighet for å få vurdering har for øvrig bare verdi dersom adekvat behandling er tilgjengelig.

Retten til helsehjelp innebærer at helsehjelpen gis innenfor en forsvarlig tidsramme, og lang

ventetid på behandling kan indikere et faglig uforvarlig tilbud. Noe ventelisteinformasjon skal rapporteres gjennom MBDS: Opplysninger om hvorvidt pasienten har stått på venteliste til behandling (ja/nei), eventuelt om behandlingsgaranti er gitt (ja/nei). For øvrig kan data om tid fra henvisningsdato for mottak til mottaksdato indikere ventetid. I Ventesys finnes data om ventetid på behandling (for eksempel gjennomsnittlig ventetid) også til psykisk helsevern. For barn og unge er data om ventetid innhentet gjennom pasientregistreringen i BUP 1. november 1999.

Systemene for vurdering og tildeling av behandling er viktige prosesser i forhold til å prioritere mellom pasienter og å sikre pasientene den helsehjelpen de har rett til. Hvor klare konklusjoner en kan trekke med utgangspunkt i ventetidsdata, vil endre seg over tid og avhenge av fagets presisjonsnivå knyttet til sammenhengen mellom diagnose og hva som anses som forvarlig behandling. Fordi tall for garantibrudd kan være basert på en noe vilkårlig vurdering, har ventetidsdata begrenset verdi i dagens situasjon.

Vurdering av disse prosessene gjøres trolig best gjennom en kombinasjon av statistiske data og virksomhetstilsyn. Prosessenes helt sentrale rolle i forhold til å sikre de rette pasientene nødvendig helsehjelp, gjør at dette er et naturlig område for felles virksomhetstilsyn.

c) Etterlevelse av øyeblikkelig hjelpplikten

I henhold til forskrift om prioritering av helse-tjenester og rett til helsehjelp, og forskriften om øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern, skal øyeblikkelig hjelp-tilstander alltid ha høyeste prioritet ved inntak. Dette gjelder særlig personer som representerer en alvorlig fare for seg selv eller andre, samt personer med akutt psykose og andre krisetilstander.

I hvilken grad disse personene prioriteres ved inntak, kan man få et bilde av ved å kombinere ventetidstall med data om diagnose. Øyeblikkelig-hjelp vurdering ved poliklinikk og DPS kan avdekkes ved å se på frekvensen av bruk av refusjonstakst for øyeblikkelig-hjelp konsultasjon ved poliklinikker og DPS'er. Det er imidlertid også relevant å spørre om, og i hvilken grad, disse pasientene legges inn ved tvang, og hvorvidt inntak etterfølges av for tidlig utskriving. Innleggelsesmåte kan illustreres ved å kombinere diagnose med innleggelsesformalia, og eventuell for tidlig utskriving ved å sammenholde diagnose ved lav GAF-skår ved utskriving.

Likevel er det på grunnlag av tilgjengelige data svært begrensede muligheter for å kunne vurdere hvorvidt øyeblikkelig hjelp plikten ivaretas på en forvarlig måte.

Fylkeslegene gjennomførte i 1996 og 1997 et felles tilsyn med psykiatriske enheter som har plikt til å motta pasienter som øyeblikkelig hjelp, i henhold til Sykehuslovens § 6. Dette tilsynet ga kunnskap om virksomhetenes etterlevelse av kravet om å motta pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, og om utskriving i forhold til hva som var ansett som behandlingmessig ønskelig.

d) Diagnostikk

Alle pasienter skal undersøkes og utredes, og diagnose eller annen konklusjon på utredning legges til grunn for valg av behandlingsform. Manglende eller utsatt diagnosesetting kan indikere mangelfull undersøkelse, eventuelt at tiltak iverksettes uten at nødvendig utredning ligger til grunn, og dermed indikere uforvarlig behandling.

Diagnosefordeling er et parameter for virksomhetens pasientprofil, og kan gi et bilde av hvorvidt inntak står i et rimelig forhold til hva som kan forventes ut fra kjennskap til sykdomsforekomst og eventuelle retningslinjer for prioritering mellom ulike pasientgrupper. Diagnosefordeling kan indikere om det er pasientgrupper som urettmessig nedprioriteres ved inntak.

Dersom det er stor faglig enighet om diagnostiske prosedyrer i relasjon til definerte problemstillinger, vil bruk eller ikke bruk av disse prosedyrene si noe om den faglige forvarligheten. En vurdering av dette egner seg best ved virksomhetstilsyn.

Både gjennom de løpende pasientdata (MBDS og BUP-data) og pasienttelling rapporteres diagnoser (i henhold til ICD-10). Variasjoner mellom institusjoner, eventuelt høy andel pasienter uten diagnose ved utskriving, kan være indikasjoner på at det er nødvendig med videre oppfølging. Fordi rapporterte diagnoser både i voksenpsykiatri og barnepsykiatri er diagnoser ved avslutning av behandling, kan vi imidlertid ikke vite i hvilken grad pasienter er utredet før behandling igangsettes. Prosentvis diagnosefordeling, delt på sykehusavdelinger, poliklinikker og andre døgninstitusjoner kan hentes ut fra både MBDS og BUP-data, likeledes data om andel pasienter med og uten diagnoser.

For primærhelsetjenesten finnes ingen løpende data om diagnostisering eller

diagnosefordeling, men noe er dokumentert gjennom sporadiske praksisundersøkelser (Rutle og Grimsmo, ref. i vedlegg 1) og gjennom data fra Rikstrygdeverket om konsultasjonsdiagnoser i refusjonskrav fra primærleger.

e) Behandling

For noen tilstander finnes det faglige standarder for behandlingsform og behandlingssomfang å vurdere opp mot (jf Helse-tilsynets retningslinjer oa). Etterlevelse av disse kan si noe om faglig forsvarlighet og kan undersøkes både gjennom statistiske data og funn gjort ved systemrevisjoner, men det må tas høyde for mulige variasjoner i diagnosepraksis.

Løpende pasientdata for voksne (MBDS), pasienttelling og dessuten undersøkelsen av pasienter i poliklinisk behandling vår 2000 har opplysninger om diagnose og behandlingsform. Det skilles mellom individualterapi, gruppeterapi og medikamentell terapi i døgnavdelingene; for poliklinikkene også parterapi og familierapi. I BUP-data inngår også opplysninger om behandlingsform, likeledes i pasientregistreringen 1. november 1999. For barne- og ungdomspsykiatrien er tilbudet mer sammensatt, og opplysningene noe mer detaljert enn for voksenpsykiatrien. Variasjon i behandlingstilbud mellom behandlingssenheter er i seg selv interessant. Med til dels stor grad av arbeids- og funksjonsdeling mellom behandlingssenheter, spesielt i voksenpsykiatrien, bør man her være enda mer varsom enn ellers med å trekke slutninger ut fra observert variasjon.

Det er mulig å kople opplysninger om behandlingsform mot opplysninger om diagnoser og såkalte GAF-skårer (Global Assessment of Functioning), som settes for alle pasienter både ved start og avslutning av en behandlingsepisode. Data om kombinasjoner av diagnoser, funksjonsnivå og tiltak kan så vurderes i forhold til faglige anbefalinger der slike finnes. Det skal utvises forsiktighet ved tolkning av denne type funn. Vi vet for lite om eventuelle variasjoner i undersøkelses- og skåringspraksis. De nevnte kombinasjonene behøver ikke å indikere manglende forsvarlighet, men bør gi grunnlag for videre oppfølging.

Behandlingslengde kan være uttrykk for hva slags tilbud pasientene får. Både for lange og for korte opphold kan være indikatorer på at tilbudet ikke er forsvarlig, enten ved angjeldende enhet eller i neste ledd i kjeden. Mangelfulle tilbud innen kommunal omsorg

fører til opphoping av pasienter på sykehus. Mangelfull kapasitet på institusjon fører til for tidlige utskrivinger av pasienter som ikke har fått tilstrekkelig behandling.

Det er flere kilder til data om behandlingsslengde i form av oppholdstider i døgnavdelinger og antall konsultasjoner i poliklinikkene, både for voksne og barn. For å relatere oppholdstider og konsultasjonsslengde til diagnose og funksjonsnivå, og evt. til data om tvangsvedtak, vil pasientdata (MBDS og BUP-data) være best egnet.

Det finnes ingen kilder til kunnskap om behandlingsform og behandlingsslengde i primærhelsetjenesten.

f) Oppfølging etter behandling av definerte tilstander

For mange av pasientene i spesialisthelsetjenestene, er oppfølging etter institusjonsopphold nødvendig, enten som ambulant behandling eller som behandling i primærhelsetjenesten. Både i BUP-data og i MBDS registreres oppfølgende instans, men det finnes ikke data om faktisk oppfølging av pasientene etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Det finnes heller ikke opplysninger om i hvilken grad det er utarbeidet individuell plan slik lovgivningen forutsetter. Vurdering av disse forhold må baseres på enkeltkartlegginger eller virksomhetstilsyn.

g) Forekomst av reinnleggelser

Mange reinnleggelser er planlagte og inngår i strukturerte og forsvarlige behandlingsopplegg for pasienter med kroniske psykiske lidelser. Imidlertid kan hyppige reinnleggelser, særlig som øyeblikkelig hjelp og med derpå følgende korte institusjonsopphold, være en indikator på mangelfull kontinuitet i tiltakskjeden for psykiatriske pasienter, og gi grunn for nærmere analyse både av tilbudet ved institusjonen og av oppfølging etter utskriving. Eksisterende data gir ikke grunnlag for å kunne skille mellom planlagte og uforutsette reinnleggelser.

Gjennom MBDS lar det seg gjøre å beregne reinnleggelser ved kobling av data, men kun i løpet av kalenderåret, ettersom registreringen blir nullstilt ved årsskiftet. Dette skyldes konsesjonsbegrensninger fastsatt av Data-tilsynet. Videre må pasientopplysningene avidentifiseres før de eksporteres fra en datamaskin eller server og inn til Norsk pasientregister. Dette gjør at det i regelen ikke er mulig å sikre samme pasientnummer på en pasient når vedkommende behandles ved to forskjellige behandlingssenheter som har

hvert sitt datasystem. Følgelig kan en og samme pasient opptre med flere forskjellige pasientnummer i samme registreringsår. Totalt antall pasienter behandlet i et fylke er derfor beheftet med usikkerhet, og det er ikke mulig å se om en innlagt pasient har vært behandlet ved, eller blir fulgt opp, ved en poliklinikk. Innen enkelte geografiske områder er det likevel blitt mulig å koble data, slik at det er mulig å studere reinnleggelser. Forhåpentlig vil den regionale helseforetakene bidra til større grad av koblingsmuligheter, slik at det blir mulig med utgangspunkt i MBDS å følge reinnleggelser.

I BUP-data blir også registreringen nullstilt ved årsslutt. I tillegg er praksis i barne- og ungdomspsykiatrien at to innleggelser i samme år med langt tidsintervall imellom blir vurdert som to behandlingsforløp, og samme pasient blir registrert som to "saker". Heller ikke med utgangspunkt i BUP-data er det altså mulig å følge reinnleggelser.

Før det lar seg gjøre å koble data sekvensielt for en og samme pasient, er det ikke mulig å studere pasientflyt og kontinuitet i behandlingstilbudet. Dette er kanskje det viktigste hinder for å kunne avdekke uforvarlighet i helsetilbudet på grunnlag av rutinemessig innsamlede data.

7.2 Tilgjengelighet til tjenester

Pasientrettighetslovens formål (§1) er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helse-tjeneste av god kvalitet. Også spesialisthelse-tjenesteloven skal bidra til å gi befolkningen et likeverdig tilbud og bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene (§1). Likeledes skal kommunehelsetjenestelovens § 1-1 bidra til nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Tradisjonelt har tilgjengelighet til helse-tjenester vært vurdert på grunnlag av informasjon om produksjonstall og ventelister. Men det er et komplekst samspill mellom tilbud og etterspørsel, og det reelle behov for behandling kan derfor være større enn hva ventelistedata indikerer. Behov kan også stimuleres når behandlingstilbud blir kjent.

Tilgjengelighet og mangel på tilgjengelighet til tjenester kan illustreres gjennom tilstedeværelse av terskler av fysisk, geografisk, sosial eller kulturell art. Kravet om tilgjengelighet til tjenester innebærer at befolkningen har a) lik tilgang til helsetjenester og at b) tjeneste-

tilbudet er tilpasset pasientenes behov.

a) Lik tilgang til helsetjenester

Mål på lik tilgang til tjenester kan være at tilbud er tilgjengelige uavhengig av bosted, og videre at de samme vurderingskriteriene ved tildeling gjelder for alle deler av befolkningen og ingen grupper favoriseres eller disfavoriseres pga for eksempel alder, kjønn, sosial status eller etnisk tilhørighet. Et indirekte bilde av "lik tilgang" kan man danne seg gjennom kombinasjon av opplysninger om dem som faktisk bruker tjenestene, og av omfanget av bruken. Ventelistedata (Ventesys med mer) kan gi indikasjoner for faktisk tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Opplysninger om gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient og om oppholdstider kan hentes ut fra MBDS. Data om terskler for å bli tatt inn - for eksempel i form av GAF-skår ved inntak, diagnosefordeling, og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser kan også hentes herfra. De opplysningene som hentes fra MBDS (og BUP-data) kan ytterligere differensieres i forhold til kjønn, alder, bostedskommune, hovedinntektskilde, omsorgssituasjon / bosituasjon (alene eller med andre), hvorvidt det har vært tidligere behandlingkontakt med psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og henvisende instans.

Samlet kan dette gi grunnlag for sammenlikninger av pasientpopulasjonene mellom institusjoner og regioner. Variasjon kan følges opp med videre undersøkelser.

Geografisk likhet og ulikhet kan uttrykkes ved ressursinnsats (penger og personell) og tjenestevolum (for eksempel liggedøgn og polikliniske konsultasjoner). Alt kan relateres til befolkningssammensetning og epidemiologiske forhold (SSB's befolkningsstatistikk og epidemiologiske data fra ulike kilder, se litteraturliste i vedlegg 1).

Det finnes også data om geografisk fordeling av privatpraktiserende spesialister (psykologer og psykiatere), og om kjønns- og alders- og diagnosefordeling for pasientene.

Ressurs- og aktivitetstall bør vurderes opp mot det aktuelle befolkningsgrunnlag. Ved å omregne tallene til rater per 10.000 innbyggere i aktuelle alders- og kjønnsgruppe, oppnås muligheten for å vurdere kapasitetsmessige ulikheter mellom geografiske områder.

b) Tjenestetilbudet skal være tilpasset pasientenes behov

Et parameter på om tjenestetilbud er tilpasset

pasientenes behov, kan være om det er lidelser og tilstander som det ikke finnes tilfredsstillende tilbud for. Variasjon i ventetid på vurdering for pasienter henvist til spesialisthelsetjenesten er et mulig mål for tilgjengelighet, riktignok ikke på tilgjengelighet til behandling. En kjernevurdering for tilgjengelighet vil være hvorvidt befolkningen får innfridd retten til nødvendig helsehjelp, og muligheten for å få øyeblikkelig hjelp for akutte helseproblemer (se 7.1.c Etterlevelse av øyeblikkelig hjelp-plikten).

Det finnes ikke data som kan belyse i hvilken grad retten til nødvendig helsehjelp blir innfridd.

Det er imidlertid dokumentert at det for noen grupper ikke finnes tilbud som er godt nok tilpasset behovene, og at det derfor er nødvendig med økt oppmerksomhet. Opptrappingsplanen nevner pasienter med alvorlig psykisk lidelse sammen med alvorlig rusmisbruk (dobbeltdiagnose) og psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser som to, av flere, grupper som trenger bedre tilbud (St meld nr 25 (1996-97), s 108). For disse gruppene er spørsmålet om de overhodet får et behandlingstilbud. Det kan besvares bl.a. gjennom å se på diagnosefordeling (MBDS).

I BUP kan depressive barn og unge være en slik gruppe. Statistikk som viser økende forekomst av selvmord blant unge kan tyde på at dette er en forsømt gruppe. Det kan se ut som om de BUP-enheter som er samorganisert med barnevernet velger å prioritere barn med atferdsforstyrrelser til fortrenghet for barn med depresjoner. Fra BUP-data kan hentes ut data om diagnosefordeling i døgninstitusjoner og polikliniske tilbud, som kan sammenholdes med organisasjonsform.

For kommunene kan sammenlikning av kommunal personellinnsats og driftsmidler relatert til befolkningssammensetning og data om forekomst av psykiske lidelser, gi en indikasjon på tilgjengelighet til tjenester. For øvrig finnes ikke løpende data om tilgjengelighet til tjenester i kommunene.

7.3 Retten til medvirkning

Retten til medvirkning går fram av §3-1 i pasientrettighetsloven. Det finnes ingen løpende data om pasienters medvirkning i behandling. Et nytt register for rettighetsklager hos fylkeslegene vil kunne gi verdifull informasjon. Øvrig vurdering av hvordan retten til medvirkning ivaretas, må baseres på

egne kartlegginger eller virksomhetstilsyn. Det samme gjelder pasienters medvirkning ved utarbeidelse av individuelle behandlingsplaner.

7.4 Minst mulig bruk av tvang

Bruk av tvang er regulert i psykisk helsevernloven og Forskrift om etablering av tvunget psykisk helsevern m.v, 21. desember 2000.

Forsvarlig bruk av tvang omhandler flere ulike aspekter inklusive krav til institusjon og personelltilgang, krav til hvordan gjennomføringen skal skje, kravet til løpende vurdering av vedtaket og de vilkår som må være tilstede for etablering. Vi oppfatter at det er en overordnet intensjon ved loven å bidra til minst mulig bruk av tvang, jf for eksempel § 3-3 litra b., og det er dette aspektet arbeidsgruppen har formulert som mål.

Relevante data for vurdering av omfanget på tvangsbruk vil være sammenlikningstall, eventuelt også tidsserier, for å vurdere utvikling. Det finnes ingen norm for hva som er akseptabelt. I 2000 skjedde halvparten av samtlige innleggelser etter § 3 eller § 5 i den gamle lov om psykisk helsevern. Avvik over gjennomsnittet indikerer at det er nødvendig med nærmere undersøkelse. Fordi man i enkelte fylker har en funksjonsdeling mellom institusjonene, må sammenlikning (også) gjøres mellom fylker.

MBDS er den eneste registreringen som gir komplette opplysninger om tvang (tvang eller tvungen observasjon, med og uten døgnopphold, skjermingsvedtak, alle andre vedtak, tvangsbehandling, klager og klageresultat). Noen data rapporteres også gjennom Fylkes-KOSTRA. Utgangspunkt vil være de registreringene som skjer i institusjonene, og som også rapporteres til MBDS. Data samles dessuten inn gjennom de 5-årige pasienttelningene til Sintef Unimed helse-tjenesteforskning. MBDS er fremdeles i en innkjøringsfase, og det er derfor sannsynlig at det er en del feilregistreringer. Søknadene om godkjenning av institusjoner for bruk av tvangsopphold (Helsetilsynet) gir for tiden de mest komplette og reliable data om institusjonenes forutsetninger for å kunne anvende tvang på en forsvarlig måte per 1. desember 2000. Fra Samdata vet vi at fylkene Sør-Trøndelag, Vest-Agder og Østfold har vesentlig høyere prosentandel tvangsinnleggelser i forhold til Nord-Trøndelag, Aust-Agder og Vestfold. Disse fylkene grenser parvis opp mot hverandre, og forskjellen

kan derfor ikke forklares geografisk eller epidemiologisk.

Med utgangspunkt i MBDS er det mulig å få:

- prosent innleggelser til tvungen observasjon med og uten døgnopphold
- prosent slike innleggelser som omgjøres til frivillig ved spesialistvedtak
- prosent innleggelser til tvunget psykisk helsevern med og uten døgnopphold
- institusjonsvise forskjeller for ovenstående tall
- prosentandel tvangsinnlagte pasienter med skjermingsvedtak og restriktive tiltak
- prosentandel tvangsinnlagte pasienter med tvangsmiddeltiltak
- prosentandel pasienter med vedtak om tvangsbehandling
- gjennomsnittlig antall liggedøgn under tvang for respektive grupper
- prosentandel tvangsinnlagte som klager til kontrollkommisjon og fylkeslege
- prosentandel klager som får medhold.

Samlet vil dette gi et tilfredsstillende bilde av omfanget av tvangsbruk, forutsatt at dataene fra og med 2001 har tilstrekkelig god kvalitet.

En mer grunnleggende reduksjon i bruken av tvang krever en annen tilnærming med blant annet en grundigere analyse av årsakene til ulike former for tvangsbruk.

8 Vurdering av hvorvidt det mangler relevante og gode data i forhold til definerte krav og mål

Det må understrekes at det er viktige kilder til data arbeidsgruppen ikke har vurdert i denne rapporten. Fra oversikten over datakilder (vedleggene) er det i prinsippet, og med få unntak, kilder til regelmessig innsamlede, dvs. løpende data, som er trukket inn i drøftingen. Det er gjort ut fra målsettingen om å vurdere hva som finnes av data som tilsynsetaten kan basere et løpende overordnet faglig tilsyn på.

I tillegg til regelmessig innsamlede data, finnes kvalitative og kvantitative data og kunnskap fra enkeltundersøkelser, prosjekter og forskning, inklusive ad hoc analyser av registerdata, som vurdert sammen med løpende data, naturligvis gir et langt bedre grunnlag å vurdere tjenestene opp mot, enn hva de løpende data alene kan bidra til. Arbeidsgruppen har imidlertid ansett at det, gitt de store mengder tjenestedata og pasientdata som årlig samles inn, og ressursene som går med til rapportering, innsamling, kvalitets-sikring av data, analyse og publisering, har vært et selvstendig poeng å vurdere hva tilsynsetaten kan og bør bruke av det som finnes i tidsserier, i forhold til viktige og sentrale målsettinger for helsetjenesten.

- *Ett hovedfunn i arbeidsgruppens gjennomgang er mangelen på tilgjengelige løpende data om kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser.*
- *Det finnes lite data om behandlingsmetoder og behandlingsresultater.*
- *Det finnes ikke tilgjengelige løpende data om oppfølging av behandling eller om forekomst av reinnleggelser, som er to av aspektene ved faglig forsvarlighet som arbeidsgruppen har valgt ut.*

- *Data for personellinnsats i kommunene gir ingen holdepunkter for hvor stor andel som brukes på psykisk helsearbeid.*
- *Heller ikke for de andre aspektene ved faglig forsvarlighet; ventetid på vurdering og behandling, diagnostisering, behandlingsform, omfang (og resultater), finnes det løpende data om forholdene i kommunene.*
- *Et sentralt aspekt ved tilgjengelighet til tjenester er retten til nødvendig helsehjelp. Det finnes ikke gode, løpende data om innfrielse av denne retten.*
- *På grunnlag av tilgjengelige data er det svært begrensede muligheter for å kunne vurdere hvorvidt øyeblikkelig hjelpplikten ivaretas på en forsvarlig måte.*
- *Det finnes heller ingen løpende data om pasienters medvirkning i behandling.*

Det er begrenset hva det er realistisk eller ønskelig å forvente når det gjelder tilfang av løpende og landsdekkende data om de kommunale tjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Disse tjenestene er integrert i det ordinære tjenesteapparatet, og en sterk etterspørsel etter rutinemessig rapportering av det psykiske helsearbeidet kan bidra til å utvikle en ikke ønskelig særomsorg. Bedre kunnskap må derfor baseres på enkeltundersøkelser, som eventuelt kan gjentas (regelmessig). Praksisundersøkelser både hos primærleger og andre personellgrupper kan være en kilde til kunnskap om hvor mye tid som brukes på personer med psykiske lidelser, om omfang av og innhold i tilbudet. Longitudinelle studier der personer følges over tid og gjennom behandlingkjeden, og gir data om forløp, trengs for å få et bilde av hvorvidt de

samlede tjenestene er faglig forsvarlige og tilgjengelige, sammen med systemrevisjoner.

Mange av de mulige måltall, for eksempel for bruk av tvang som er nevnt i gjennomgangen i kapittel 7, er basert på data som ikke foreløpig har tilfredsstillende kvalitet. Den relativt nye datakilden MBDS, der det inngår mange relevante pasientopplysninger, er i realiteten ikke fullt innført. Data om diagnoser og funksjonsnivå fra MBDS og fra BUP-data må tolkes med varsomhet. Men også tjenestedata som er samlet inn etter samme mal gjennom flere år, kan inneholde feilkilder.

Det er i dag en mye større utfordring å kvalitetssikre og ta eksisterende data i bruk på en systematisk måte framfor å øke den rutinemessige datainnhøstingen. Systematisk bruk av data i tilsyns-, evaluerings- og styrings-sammenheng vil trolig også være en viktig drivkraft for kvalitetssikring av dataene.

9 Hva kan og bør tilsynsetaten følge med på?

Den årlige rapporteringen av resultater relatert til opptrappingsplanen for psykisk helse vil pågå til og med 2006, men gjelder utelukkende bruken av de øremerkede midlene. Selv om dette ikke er data for totalinnsatsen, gir resultatene likevel indikasjoner for aktivitetsnivået, som det vil være nyttig for tilsynsetaten å følge med på. Det samme gjelder data planlagt innsamlet som ledd i evalueringen av opptrappingsplanen, spesielt undersøkelsen av tjenester og aktiviteter i kommunene i regi av Sintef Unimed Helsetjenesteforskning og Norsk institutt for by og regionforskning, nevnt tidligere i denne rapporten.

Fylkeslegenes rådgivere for psykisk helsevern vil ha innsikt i forholdene i kommunene. Det er viktig å få samlet og systematisert deres kunnskap.

Tilsynsetaten arbeider med å legge til rette for bedre og mer systematisk utnyttelse av erfaringer fra tilsyn. Erfaringer fra klagesaker og fra fylkeslegenes virksomhetstilsyn med helsetjenesten, både felles tilsyn og fylkeslegenes egeninitierte, gir inntak til vesentlige aspekter ved tjenestene som supplerer og utdyper kunnskap fra andre kilder. Med den nye pasientrettighetsloven kan det forventes et økende antall rettighetsklager, blant annet på manglende oppfyllelse av retten til vurdering og nødvendig helsehjelp og retten til medvirkning. Dette kan bli en viktig kilde til kunnskap om svikt på disse sentrale områdene.

Det samles inn en stor mengde data om ulike sider ved tjenester og pasienter i spesialisthelsetjenesten. Når MBDS er fullt innført, og datakvaliteten er på et akseptabelt nivå, vil det være den viktigste kilden til data om tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenestene.

Det er sannsynlig at publisering av disse dataene gjennom KOSTRA-systemet kan stimulere til økt rapportering og til bedring av kvaliteten på data. Samtidig er det erfaring for at publiserte data benyttes, og tolkes lengre enn hva det er grunnlag for. I den grad tilsynsetaten skal bruke data fra MBDS, må det skje med de forbehold nevnt i denne rapporten. Samtidig er det et behov for å tydeliggjøre helseforetakenes plikt til å rapportere data, og å styrke oppfølgingen av denneplikten.

Fra gjennomgangen i kapittel 7 kan vi oppsummere at det finnes data som kan belyse:

- *Rekrutteringsvansker, gjennom tall for vakanser fra Fylkes-KOSTRA og SAMDATA (faglig forsvarlighet)*
- *Nivået på ressurstilgang, gjennom tall for antall stillinger relatert til folketall fra Fylkes- KOSTRA og SAMDATA (faglig forsvarlighet)*
- *Ventetid på mottak, gjennom data om tid fra henvisningsdato for mottak til mottaksdato, gjennom MBDS (faglig forsvarlighet)*
- *Ventetid på behandling, gjennom data for gjennomsnittlig ventetid fra Ventesys og fra pasientregistreringen i BUP 1. november 1999 (skal gjentas) (faglig forsvarlighet)*
- *Prioritering av øyeblikkelig hjelp-tilstander, gjennom ventetidstall med data om diagnose og data om bruk av refusjonstakst for øyeblikkelig hjelp konsultasjon (faglig forsvarlighet)*
- *Diagnostiseringspraksis, gjennom data*

om prosentvis diagnosefordeling og andel pasienter med og uten diagnoser, gjennom MBDS og BUP-data (faglig forsvarlighet)

- *Variasjoner i behandlingspraksis, gjennom kobling av data om behandlingsform med diagnoser og ev funksjonsnivå fra MBDS og BUP-data (faglig forsvarlighet)*

- *Behandlingslengde, gjennom kobling av data om oppholdstid og konsultasjonslengde med diagnose og funksjonsnivå fra MBDS og BUP-data (faglig forsvarlighet)*

- *Lik tilgang til helsetjenester, gjennom data om funksjonsnivå ved inntak, diagnosefordeling og andel øyeblikkelig hjelp-innleggelses fordelt på kjønn, alder og ev inntekt fra MBDS og BUP-data (Tilgjengelighet til tjenester)*

- *Geografiske variasjoner i tilgang, gjennom data om ressursinnsats relatert til befolknings sammensetning og epidemiologiske forhold fra SSB (Tilgjengelighet til tjenester)*

- *Behovsrelaterte tilbud, gjennom data om diagnosefordeling (og andel pasienter med definerte tilstander i pasientpopulasjonen) fra MBDS og BUP-data (Tilgjengelighet til tjenester)*

- *Variasjoner i bruken av tvang, gjennom data fra MBDS for:*

- prosent innleggelses til tvungen observasjon med og uten døgnopphold

- prosent slike innleggelses som omgjøres til frivillig ved spesialistvedtak

- prosent innleggelses til tvunget psykisk helsevern med og uten døgnopphold

- institusjonsvise forskjeller for ovenstående tall

- prosentandel tvangsinnlagte pasienter med skjermingsvedtak og restriktive tiltak

- prosentandel tvangsinnlagte pasienter med tvangsmiddeltiltak

- prosentandel pasienter med vedtak om tvangsbehandling

- gjennomsnittlig antall liggedøgn under tvang for respektive grupper

- prosentandel tvangsinnlagte som klager til kontrollkommissjon og fylkeslege

- prosentandel klager som får medhold.

Arbeidsgruppens anbefaling om løpende oppfølging (LOFT):

- Gjennom data fra MBDS bør variasjoner i bruk av tvang følges nøye opp.

- Data om ressurs- og tilbudsutforming bør følges, med særlig vekt på geografiske variasjoner, samt variasjoner i tilgjengelighet mellom ulike grupper pasienter etter kjønn, alder og etnisk bakgrunn.

- Data om prioritering av øyeblikkelig hjelp-tilstander bør følges (ventetidstall og data om bruk av refusjonstakst for øyeblikkelig hjelp konsultasjoner)

- Data om innfrielse av vurderingsretten og ventetider bør følges.

Psykisk helsetilstand – litteratur, undersøkelser og prosjekter

Voksne

- Dalgard OS, Døhlie E. Innvandring, sosio-kulturell integrasjon og psykisk helse. I: Dalgard OS, Døhlie E, og Ystgaard M, red. Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
- Dalgard OS. Bomiljø og psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.
- Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser. Avgitt av en ekspertgruppe til Sosial- og helsedepartementet januar 2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000
- Folkehelse rapporten 1999, kap 4.7 Mental helse og psykiske lidelser. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
- Forekomst og utbredelse av psykiatriske lidelser og alkohol og medikamentbruk (prosjekt 1998-2000) Eystein Stordal, Namdal sykehus m.fl. Finansiering: Forskningsrådet / MH. (Kilde NFI)
- Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders ad non-attenders to a health survey of a general population: the Tromsø Health Study. Am J of Epidemiol 154 (10): 891-4, 2001
- Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-97 (prosjekt). Undersøkelse av voksne, 20 år og eldre, som del av CONOR (bl.a. mentale helse generelt, og hos de med kroniske sykdommer – alkoholvaner, depresjon, risikofaktorer for selvd destruktiv atferd / Jostein Holmen, ISF, NTNU, Trondheim (kilde: NFI)
- Helseundersøkelsene i Østfold 1985 og 1988 og i Aust-Agder 1986 og 1989. Oslo; Moss; Arendal; Statens helseundersøkelser: Fylkeslegen i Østfold: Fylkeslegen i Aust-Agder, 1997
- Lie B. Rapport fra undersøkelsen: Psykososiale problemer blant nylig ankomne flyktninger i Norge. Oslo: Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo, 1997. Rapport.
- Lien L, Nygård JF, Tellnes G. Forekomst og utvikling av psykiatrisk sykkelighet blant langtidssykemeldte i perioden 1989 til 1991: kan sykemeldinger brukes som en indikator på psykiatrisk sykkelighet? Rapport / Oslo: Seksjon for trygdemedisin, Universitetet i Oslo, 1996.
- Lunde ES. Større åpenhet om psykiske lidelser. I Helse i Norge. Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 2001.
- Mental helse blant voksne i Nord-Trøndelag (prosjekt). Alle over 19 år 1995-97. Om mental helse, sosial støtte, tilknytning. Utbredelse av symptomer på angst og depresjon, andel alvorlig deprimerte i mer enn to uker, osv. / Torbjørn Moum, Inst. For medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, Tom Sørensen, Avd. 6 A Ullevål sykehus, Kristian Tambs, Seksjon for epidemiologi, Folkehelse / 1995-98 (kilde: NFI).
- Munk-Jørgensen P, Kullgen G (eds). The Epidemiology of mental disorders in the Nordic countries: festschrift to professor Claes Gøran Westrin. I: Nordisk psykiatrisk tidsskrift. Supplement 1996 (614,50948)
- NOS Helsestatistikk. Samlepublikasjon med oversiktstabeller over helsetjeneste og helseforhold (publisering av data fra Levekårsundersøkelsen 1998).
- Ny viten om psykisk helse – utbredelse og forebyggende tiltak: rapport fra formidlingskonferanse 23.3.2000. Oslo: Norges forskningsråd: Rådet for psykisk helse, 2000, 87 s. ISBN 82-12-01481-9 (i bestilling)
- Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Oslo: Statens helsetilsyn, Utredningsserien 10-2000 (IK-2727)
- Ramm J. Tabeller fra helseundersøkelsen 1995 . Utkast. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1998.
- Ramm J. Sykdom og helseplager. I Helse i Norge. Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2001.
- Sandanger I. Psykiske lidelser. Utredning / vedlegg til NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge.

Sandanger I: Occurrence of psychiatric disorders: an epidemiological study, conceptual, methodological and empirical issues. Doktoravhandling, Oslo: Instituttgruppe for allmennmedisinske fag, Universitetet i Oslo, 1999.

Sandanger I, Nygård JF, Brage SK, Tellnes G. Psykiske helseproblemer og kjønn. En studie av forekomsten av angst, depresjon og somatoforme lidelser i befolkningen, og sammenhengen med psykososiale risikofaktorer, livsstil, sykmelding og bruk av trygdekantoret. Oslo: Seksjon for arbeids og trygdemedisin, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.

Selvmord blant psykiatriske pasienter (prosjekt 1999-2002)/Lars Mehlum, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo / finansiert Forskningsrådet/MH (Kilde NFI).

St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Vedlegg 1: Psykiske lidelser: Diagnoser, forekomst og behandling.

Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the Mental Health Status of the Norwegian Population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10 and MHI-5 (SF-36) (antatt for publisering).

Sørgaard KW. Studies in psychiatric help-seeking. Doktorgrad. Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo og Nordland psykiatriske sykehus, 1999.

Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og / eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Oslo: Statens helsetilsyn, Utretningsserien 5-2000 (IK-2707).

Wangberg A. Helseprofilen i Østfold: folkehelseprosjektet / Arvid Wangberg, Branko Kopjar, Anders Engeland.- Sarpsborg fylkeskommune, 1998.

Årsaker, forekomst og forløp av psykiske helseproblemer. En 10-års oppfølging (prosjekt 2000-2004) Inger Sandanger, Seksjon for trygdemedisin, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo. (Kilde NFI).

Barn og unge

Depressive symptomer hos en årspopulasjon ungdommer henvist til BUP i Nordland: Forekomst og korrelater (prosjekt 2000-2003). Lars Wickstrøm, Psykologisk institutt, NTNU m.fl. Finansiering: Forskningsrådet / MH (Kilde NFI).

Gjone H. A twin study of behaviour problems in children and young adolescents. Doktoravhandling, Senter for barne- og ungdomspsykiatri, Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo, 1997.

Gjærum B, Nøvik TS. Vi trenger longitudinelle epidemiologiske undersøkelser av psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser hos barn. I: Norsk epidemiologi. Årg. 7, nr 1 (1997), s. 105-110. (Kilde NFI).

Grøholt B. Suicide and suicide attempts among children and adolescents Doktoravhandling, Senter for barne- og ungdomspsykiatri, Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo, 1999 (Intervju med unge og / eller deres familier like etter forsøk eller selvmord. Dessuten spørreskjema: Demografiske forhold, utløsende årsak, sosiale og psykiatriske belastninger, familieforhold og sosiale ferdigheter).

Gøtestam KG, Agras WS. General population-based epidemiological study on eating disorders in Norway. I: Int J of Eating Disorder; 18, 1995.

Kjelsberg E. A long-term follow-up of adolescent psychiatric inpatients. Doktoravhandling, Senter for barne- og ungdomspsykiatri, Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo 1999.

Kvernmo S. North Norwegian adolescents in a multiethnic context: a study of emotional and behavioral problems, ethnic identity and acculturation strategies in Sami, Kven and Norwegian adolescents. Doktoravhandling, Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, Det medisinske fakultet i Tromsø, 2000 (Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121; 121: 341 utgave)

Lavik NJ. Ungdomspsykiatrisk epidemiologi: omfang, utviklingstendenser og årsaker til psykiske lidelser blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen nr 12, 1980.

Mental helse blant innvandrerungdom. Utbredelse og korrelater til eksternaliserende og internaliserende problemer (prosjekt

1999-2002) / Lars Wickstrøm, Psykologisk institutt, NTNU og Leila Torgersen, NOVA. Finansiering: Forskningsrådet / MH.

Mjelstad I. Skolebelastning, sosial støtte og psykiske og kroppslige helseplager blant norske skolebarn: en epidemiologisk undersøkelse med fokus på kjønnsforskjeller. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Bergen, 1999.

Nøvik TS: Validity and use of the Child Behavior checklist in Norwegian children and adolescents. An epidemiological and clinical study. Doktoravhandling, Senter for barne- og ungdomspsykiatri, Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo, 1999 (Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:838).

Røysamb E, Tambs K. Psykiske problemer hos ungdommer. UngHUNT-prosjektet. I: Ny viten om psykisk helse – utbredelse og forebyggende tiltak. NFR / Rådet for psykisk helse 2000 / Rapport fra formidlingskonferansen 23.3.2000 (Unge 13-19, spørreskjema om mentale helse, psykososiale problemer og risikofaktorer. Parallell undersøkelse av foreldre og voksne søsken).

Selvmord, selvmordsforsøk og selvmordsfare blant 495 barne- og ungdomspsykiatriske akutt klienter: Forekomst, forløp og forløpsprediktorer (prosjekt 1998-2000) / Arne Holte, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og Tove Skarbø, Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø. Finansiering: Forskningsrådet / MH (Kilde NFI)

Sponheim E. Epidemiological and diagnostic aspects of childhood autism. Doktoravhandling, Senter for barne- og ungdomspsykiatri, Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo 1998.

Vikan A. Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten-year-old children. I. Prevalence. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1985; 6:55-75.

Ystgaard M: Life stress, social support and psychological distress in late adolescence. I: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1997; 32:277-283.

Oversikt over data og datakilder

For spesialisthelsetjenestene er tabellen delt inn etter tjenester til voksne og tjenester til barn og unge. Oversikten er delt inn i kolonner etter tema, innhold/variable, kilde og kommentarer. Det er referanser både til rene datakilder, til litteratur basert på analyser av ulike deler av datatilfanget og til noen enkeltundersøkelser. Det er gitt en grovkisse av

innhold i de ulike statistikker. Fullstendige datasett i form av en variabelliste finnes for de ”viktigste” kildene i eget vedlegg (vedlegg 3 / excel-fil).

L = løpende

S = situasjonsbestemt / enkeltundersøkelser

Spesialisthelsetjenester - voksne

L/S	Tema	Innhold/variable	Kilde	Kommentarer
L	Tjenestetilbud	Antall og per 10 000 innbyggere over 18 år av: <ul style="list-style-type: none"> • Døgnplasser • Polikliniske konsultasjoner • Utskrivninger • Årsverk (personellgruppe) For alle enheter / tilknytningsfylke	SSB – institusjonsstatistikk	
L	Personellinnsats	<ul style="list-style-type: none"> • Utførte årsverk - per fylke - per institusjon, delt på institusjonstype - for ulike personellkategorier • Personelldekning per 10 000 innbyggere 18 år og eldre 	SAMDATA	Dårlig differensiering mellom institusjonstyper; enkelte steder har alle institusjonene det samme institusjonsnummeret. Fylkestall kan brukes.
L	Institusjoner / Ressursinnsats	<ul style="list-style-type: none"> • Heldøgns plasser per - institusjonens tilknytningsfylke - pasientens bostedsfylke - institusjonstype døgnplassdekning per 10 000 innbyggere 18 år og over	SAMDATA	
L	Bruk av voksenpsykiatri	<ul style="list-style-type: none"> • Døgnopphold / bostedsfylke • Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere 18 år og over / bostedsfylke 		
L	Kapasitetsutnyttning	Produksjonens utvikling og fordeling etter institusjonstype: <ul style="list-style-type: none"> • Oppholdsdøgn for heldøgns pasienter 	SAMDATA	

L/S	Tema	Innhold / variable	Kilde	Kommentarer
		(forts.) <ul style="list-style-type: none"> • Oppholdsdager for dagpasienter • Utskrivninger av døgnpasienter Kapasitetsutnyttelse etter institusjonstype, fylke og avdelingstype <ul style="list-style-type: none"> • Personalfaktor • Oppholdsdøgn per årsverk • utskrevet per årsverk • oppholdsdøgn per utskrivning • beleggsprosent 		
L	Karakteristika ved behandlingstilbudet	<ul style="list-style-type: none"> • oppholdenes varighet og innleggelsesparagraf 	SAMDATA	
L	Pasienter	Døgnenheter: <ul style="list-style-type: none"> • Innskrivninger / utskrivninger - Inndato og utdato - Ventelisteinformasjon - Henvissingsparagraf (innleggende leges) - Spesialistvedtak - Henvissende instans - Oppfølgende instans • Tvangsmidler • Bakgrunnsopplysninger - Kjønn - Fødselsår - Boforhold - Inntekstkilde - Inntaksmåte • Diagnoser (hoveddiagnose, 2 bidiagnose) • Symptom- og funksjonsnivå ved inn- og utskrivninger • Behandlingsform - Medikamentell - Individualterapi - Gruppeterapi • Behandlingslengde (antall konsultasjoner ved poliklinikk / og per terapeut) • Klage Poliklinikker: <ul style="list-style-type: none"> • Antall konsultasjoner • Antall dagbehandlinger • Terapeuter • Deltakere (Aggregeringsnivåer: post, avdeling, institusjon, fylker, hele landet)	Minste Basis Data Sett - MBDS (Norsk pasientregister - NPR)	Pasientdata Obligatorisk for alle døgnenheter og poliklinikker / dagenheter Gjelder voksne over 18 år 50% av institusjonene rapporterte i 2000. Sviktende datakvalitet forventes også for 2001-tallene. - avidentifiserte data - identifikasjonsnummer følger pasienten hele året, nullstilles så. - Pasientkarriere kan spores ved at det registreres "innlagt tidligere år" (som kan være et hvilket som helst år, for eksempel 5 år tidligere)

L/S	Tema	Innhold / variable	Kilde	Kommentarer
L	Ventelistedata		Ventesys	
L	KOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> • Inn- og utskrivinger etter avdeling • Bruk av paragraf, tvangsmidler og tvangsbehandling • Kjønn- og aldersfordeling for døgnpasienter • Bostedsfylke for døgnpasienter • Polikliniske konsultasjoner (refusjonsberettigede) • Personell (ved utgangen av året) • Videreutdanning og arbeidets art for personell (ved utgangen av året) 	Fylkes-KOSTRA	<p>Samtlige fylker omfattes fra og med 2001 (juni: 2000)</p> <p>Pasientdata er hentet fra NPR – som får opplysninger fra sykehusenes pasientadministrative systemer, sannsynligvis identiske med MBDS (?)</p>
L	Pasienttelling institusjon 1. nov. 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiodemografiske forhold - Sivilstatus - Kjønn - Alder • Sosioøkonomiske forhold - Kilde til livsopphold - Utdanning • Lovanvendelse (ved innleggelse / nåværende status) • Omstendigheter rundt innleggelse • Diagnose • Behandlingssituasjon - intensjonen med døgnoppholdet - behandlingstilbud • Tidligere pasienthistorie • Faktisk og ideelt behandlingstilbud 	Sintef Unimed NIS Oppdrag fra Helse-tilsynet	<p>Pasienttelling 5. årlig (1. november 1999)</p> <p>Tilsvarende registreringer foretatt hvert 5. år siden 1979</p> <ul style="list-style-type: none"> - tverrsnittsundersøkelse - alle institusjoner inngår <p>Høy pålitelighet for data om pasientenes sosiodemografisk og sosioøkonomisk bakgrunn, dårligere for pasienthistorie. Diagnoseopplysninger dårligere reliabilitet (ulik diagnostisk praksis + avhenger av behandlingstid)</p>
S	Pasienter i poliklinisk behandling vår 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter i poliklinisk behandling • Alder • Kjønn • Utdanning • Inntektskilde • Funksjonsnivå • Diagnoser • Pasienthistorie 	Sintef Unimed NIS SAM-DATA psykiatri 4/2000 Prosjektoppdrag Helsetilsynet: ”Aktivitetsregistrering ved psykiatriske poliklinikker og hos privatpraktiserende”	Pasienttelling: pasienter i poliklinisk behandling våren 2000 - alle offentlige og private polikliniske behandlingssenheter inkludert

L/S	Tema	Innhold / variable	Kilde	Kommentarer
S	Produktivitet poliklinikker	<ul style="list-style-type: none"> • Produktivetsdata / SAMDATA - Bemanning - Konsultasjoner - Andre produksjonsindikatorer • Arbeidsformer og tidsbruk - Direkte pasientrelatert arbeid - Annet arbeid pasientrelatert - Ikke-pasientrelatert arbeid 	Oppdrag Helsetilsynet: "Psykiatriske poliklinikker. En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksenog barne- og ungdomspsykiatri". Helse-tilsynet 2000. Utredningsserien 4-2000 (IK2706)	
S	Reinnleggelser i psykiatriske døgninstitusjoner	<ul style="list-style-type: none"> • Reinnleggelser per pasient, relatert til • Pasientturnover (utskrivning) • Diagnose • Alder • Tilgjengelighet til terapeutisk personell 	Heggstad, Torild: "Operating conditions of psychiatric hospitals" Acta Psych Scand 2001:103: 196-202	Basert på data fra:
S	Kapasitetsproblemer i akuttavdelinger	<ul style="list-style-type: none"> • Østfold og Buskerud • Akuttavdelinger • Kapasitetsproblemer 	SintefUnimed Helsetjenesteforskning "Intervensjonsstudie innen akuttpsykiatri i Østfold og Buskerud" (Trond Hatling, Sintef)	Under arbeid 2001-03
S	Institusjoner godkjent for tvangsopphold	<ul style="list-style-type: none"> • §5 innleggelser per 1. desember 2000, etter • institusjon • fylke • personellfaktor • fysisk utrustning 	Helsetilsynet Ubearbeidede data	
S	Tvangsinnleggelser	<ul style="list-style-type: none"> • Nordiske land og England • Regionale variasjoner 	SintefUnimed Helsetjenesteforskning, Trond Hatling	Under arbeid
S	Øyeblikkelig hjelpsituasjonen	Felles tilsyn 1996-1997	Helsetilsynet / fylkeslegene Rapport 1997	Virksomhetstilsyn i 18 fylker
S	Dobbel-diagnoser	<ul style="list-style-type: none"> • Innlagte pasienter 1994 • Psykiatriske ungdomsteam • Diagnoser (dobbel-diagnoser) • Aldersfordeling • Kjønn 	SintefUnimed NIS (Helse-tilsynet): "Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk" Helse-tilsynet 2000.	Tverrsnittsundersøkelse ved psykiatriske institusjoner 1994

Vedlegg 2 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

L/S	Tema	Innhold/variable	Kilde	Kommentarer
S	Psykisk utviklingshemmede	<ul style="list-style-type: none"> Tjenestetilbud kommuner Tjenestetilbud spesialisthelsetjenester 	Helsetilsynet: ”Personer med samtidig alvorlige atferd avvik og / eller psykisk lidelser. En kartlegging..” Helsetilsynet, Utredningsserien 5-2000.	

Spesialisthelsetjenester – barn

L/S	Tema	Innhold/variable	Kilde	Kommentarer
L	Tjenestetilbud	Antall og per 10 000 innbyggere over 18 år av: <ul style="list-style-type: none"> Døgnplasser Polikliniske konsultasjoner Utskrivingsår Årsverk (personellgruppe) for alle enheter/ tilknytningsfylke 	SSB – institusjonsstatistikk	
L	Personell innsats	Årsverk for <ul style="list-style-type: none"> Utførte årsverk per institusjon, delt på institusjonstype Utførte årsverk for ulike personellkategorier Personelldekning per 10 000 innbyggere 0-17 år 	SAMDATA	
L	Institusjoner / Ressursinnsats	<ul style="list-style-type: none"> Heldøgns plasser per - institusjonens tilknytningsfylke - pasientens bostedsfylke - institusjonstype døgnplassdekning per 10 000 innbyggere 0-17 år 	SAMDATA	
L	Bruk av BUP-tjenester	Alle pasienter i BUP <ul style="list-style-type: none"> demografiske kjennetegn - bostedskommune / fylke - alder - kjønn - etnisitet Omsorgssituasjon Diagnoser 	BUP-data (SAMDATA)	

		(forts.) <ul style="list-style-type: none"> • Henvisningsgrunn • Omstendigheter rundt innleggelse • Prioritet (garanti) • Behandlingssituasjon og -tilbud - terapi / samtale - undersøkelse / observasjon - indirekte pasientarbeid - bostedsfylke 		
L	Produktivitetsindikatorer	Poliklinikker <ul style="list-style-type: none"> • tiltak per fagårsverk • tiltak per pasient • pasienter per fagårsverk (antall og prosent endring /institusjoner og fylkeskommuner) Poliklinisk virksomhet <ul style="list-style-type: none"> • antall pasienter • antall fagårsverk • antall tiltak 	BUP-data (SAMDATA)	
L	Karakteristika ved behandlingstilbudet	<ul style="list-style-type: none"> • pasienter etter henvisningsgrunn / og etter fylke • tiltak i poliklinisk behandling • diagnostisering 	BUP-data (SAMDATA)	
L	Pasienttelling institusjon	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingssituasjon • Sosiodemografiske forhold • Sosioøkonomiske forhold 	Norsk pasientregister (NPR)	Pasienttelling 5-årlig (1. november 1994 og 1. november 1999) <ul style="list-style-type: none"> - Tverrsnittsundersøkelse - alle institusjoner inngår
S	Produktivitet poliklinikker	<ul style="list-style-type: none"> • Produktivitetsdata (SAMDATA) - Bemanning - konsultasjoner - andre produksjonsindikatorer • Arbeidsformer og tidsbruk - direkte pasientrelatert arbeid - annet arbeid pasientrelatert - ikke-pasientrelatert arbeid 	Oppdrag Helse-tilsynet: "Psykiatriske poliklinikker. En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatri". Helsetilsynet 2000. Utredningsserien 4-2000 (IK2706)	

Vedlegg 2 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

S	Pasient- registrering 1. november 1999	<ul style="list-style-type: none"> • kjønns- og alders- fordeling • diagnoser / funksjons- nivå • behandlingssituasjon / tilbud • vurdering av ønskede behandlingstilbud • etter institusjonstype og driftsform 	Oppdrag Helse- tilsynet ”Barn og unge med psykiske lidelser”. SINTEF Unimed Rapport 4/01.	
---	---	--	--	--

Kommunehelsetjenesten

L/S	Tema	Innhold / variable	Kilde	Kommentarer
L	Kommune-stat- rapportering	<ul style="list-style-type: none"> • Målgrupper, egen- skaper (innbyggertall, aldersgrupper, uføre- trygdede, fjern- kulturelle) • Personell / ressurs- innsats <ul style="list-style-type: none"> - Leger (timeverk/uke og antall) - Psykiatriske syke- pleiere og psykologer (ikke PPT) (timeverk/ uke i kommunehelsetj.) - Psykiatriske syke- pleiere og psykologer (timeverk/uke i skole- og helsestasjon) • Tiltak / forebygging av psykiske problemer / rusproblemer i helse- stasjon for ungdom (ja/nei) • Antall personer med universitets/høg- skoleutdanning innen psykisk helsearbeid • Psykiatrisk sykepleier i pleie- og omsorgs- tjenesten (antall års- verk) 	KOSTRA / SSB	<p>Årlig rapportering. Full drift fra 2001 Regnskaps- og tjenesteproduksjons- data</p> <p>Sannsynligvis ulik registreringspraksis / lav reliabilitet</p> <p>Faktaark (tabeller og rater) tilgjengelig via SSB</p>
L	Hjulet	<ul style="list-style-type: none"> • Personell <ul style="list-style-type: none"> - Årsverk psykiatriske sykepleiere - Årsverk leger • Helsestasjon for ungdom - Inngår forebygging av psykiske lidelser som del av tilbudet 	Hjulet / SSB Rapportering- system for kommunene	<p>Årlig rapportering fra 1995. Har systemer for kvalitetskontroll, enkelte feil forekom- mer</p> <p>(sammenlikningsdata fra ulike kilder)</p>

L/S	Tema	Innhold / variable	Kilde	Kommentarer
				(forts.) De forskjellige data har noe ulik kvalitet. Tilgjengelig via SSB
L		<ul style="list-style-type: none"> • Stillinger • Botiltak • Støttekontakter • Mottakere av dagtilbud • Sysselsetting • Veiledning fra fylkeskommunen 	Hjulet / SSB / SHD	Gjelder kun data om aktivitet dekket av opptrappingsplanen Data innsendes via fylkeslegene / varierende kvalitet
L		<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter innlagt i psykiatriske institusjoner per hjemsteds-kommune 	MBDS (Norsk Pasientregister - NPR)	Ikke publiserte data. (Kvalitet MBDS-data: se)
L	Fastleger	<ul style="list-style-type: none"> • Fastleger - Tilgjengelige allmennlegerressurser mv. 	SHD	Fastlegeregister i GRUK. Fylkeslegene og andre tilgang.
S	Psykisk utviklingshemmede	<ul style="list-style-type: none"> • antall voksne psykisk utviklingshemmede og autister med alvorlige atferdsavvik / psykisk lidelse • aldersfordeling • oppfølgingsbehov • kostnader • boform og personalressurser • tilbud fra spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten eller psykiatrien) • mangler ved kommunalt tjenestetilbud • mangler ved fylkeskommunalt tjenestetilbud 	KRUT Senter for velferdsutvikling / Helsetilsynet	Kartlegging av tjenestetilbudet til voksne psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser og / eller store atferdsproblemer - gjelder personer over 18 år - undersøkelse i kommunene

Helsetjenester – litteratur

Grimsmo, Anders, et al (1998): Patients, diagnoses and activities in General Practice in the Nordic countries. Utkast, NOMESCO Primary Health Care Project, København: Nordisk Medicinalstatistisk Komite.

Hagen, Helge (1997) Pasienter i psykiatriske institusjoner. Rapport 97:5. Trondheim: SINTEF UNIMED, Norsk institutt for sykehusforskning

Halsteinli (red) (1997): Samdata psykiatri. Sammenligningsdata for psykiatrisk fylkes-

helsetjeneste, Rapport 97:8 Trondheim: SINTEF UNIMED, Norsk institutt for sykehusforskning.

Andersson, Helle Wessel: Tilbudsstruktur og dokumentert etterspørsel i psykiatrien i Sør-Trøndelag. Trondheim: SINTEF, Unimed, NIS helsetjenesteforskning, 2000 (STF78 A00528) ISBN 82-14-02057-3

Øiesvold, Terje: Psychiatric health care utilization: A Nordic comparative study on sectorized psychiatry. Doktoravhandling, Instituttgruppe for psykiatri, Universitetet i Oslo 2000.

Rutle, Olav (1983): pasienten fram i lyset - analyse av legekontaktar i primærhelsetenesta, Rapport nr 1-1983, Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, Statens institutt for folkehelse.

Thesen, Jannecke: Psykiatrisatsingen i primærhelsetjenesten – et hus uten grunnmur? Tidsskr Nor Lægeforen Årg 120 (2000) s. 1843-1843

Thesen, Jannecke og Malterud, Kirsti: Psykiatrisk rehabilitering og kvinners helse. Brev fra Massachusetts. Tidsskr Nor Lægeforen Vol 118 (1998) s. 936-938

Halvorsen, Per: 13-åringer havner i voksenpsykiatrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:861

Ytterhus, B og Almvik A: Har kommunene et hjelpetilbud til barn av alvorlig psykisk syke foreldre? Tidsskr Nor Lægeforen 1999: 119; 2667.9

Datakilder sortert etter målsettinger

- markerer datakilde
- L = Løpende
- S = Situasjonsbestemt / enkeltundersøkelse

Voksne

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
1	FAGLIG FOR-SVARLIGHET		
a)	Tilgang på kvalifisert personell	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestetilbud (SSB-institusjonsstatistikk – L) - Årsverk for ulike personellgrupper per behandlingseenhet / med tilknytningsfylke • Personellinnsats (SAMDATA - L) - Utførte årsverk per institusjon, delt på institusjonstype - Utførte årsverk for ulike personellkategorier - Personelldekning per 10 000 innbyggere 18 år og • Kapasitetsutnyttning (SAMDATA - L) - Personalfaktor • Fylke-stat-rapportering (FylkesKOSTRA – L) - Personell ved utgangen av året • Produktivitet poliklinikker (Helsetilsynet / SAMDATA – S) - Bemanning - Tidsbruk for personell • Godkjenninger tvangsopphold (Helsetilsynet – S) - Personellfaktor • Reinnleggelser døgninstit. (Heggstad/Sintef – S) - tilgjengelighet til terapeutisk personell 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommune-stat-rapportering (KOSTRA - L) - Årsverk og timeverk/uke for leger, psykiatriske sykepleiere, psykologer, høgskoleutdannede • Hjulet (SSB) - Årsverk psykiatriske sykepleiere og leger • Fastleger (GRUK) - tilgjengelige allmennlegeresurser • Psykisk utviklingshemmede osv. - personalressurser
b)	Ventetid på behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Ventelistedata (Ventesys / NPR – L) - gjennomsnittlig ventetid • Pasienter (NPR-MBDS – L) - ventelisteinformasjon (venteliste / garanti) - ventetid fra henvisningsdato til mottaksdato 	

Vedlegg 3 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
c)	Retten til vurdering / nødvendig helsehjelp	<ul style="list-style-type: none"> • RTV-data om bruk av refusjonstakst for øyeblikkelig hjelp 	
d)	Diagnostisering	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter (NPR-MBDS – L) - Andel med og uten diagnose ved utskriving • Pasienter i poliklinisk behandling vår 2000 (Sintef Unimed NIS– S) - Andel med og uten diagnoser • Reinnleggelser døgninstitusjoner - Andel med og uten diagnoser • Pasienttelling 5-årlig - prosentvis diagnosefordeling delt på sykehusavdeling og andre døgninstitusjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • RTV: konsultasjonsdiagnoser i refusjonskrav fra primærleger.
e)	Behandlingsform	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter (NPR-MBDS – L) - døgnenheter: medikamentell, individualterapi, gruppeterapi - poliklinikker: par, familie • Pasienttelling institusjon (Sintef Unimed Helse-tjenesteforskning– 5-årlig) - Behandlingstilbud (individualterapi, gruppeterapi, medikamentell behandling, annet) • Pasienter i poliklinisk behandling vår 2000 (Sintef Unimed NIS – S) 	
	Behandlingslengde	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av voksenpsykiatri (SAMDATA – L) - døgnopphold / bostedsfylke • Kapasitetsutnyttning (SAMDATA – L) - Oppholdsdøgn for hel-døgnspasienter - Oppholdsdager for dagpasienter - Oppholdsdøgn per utskriving • Karakteristika behandlingstilbudet (SAMDATA – L) - Oppholdenes varighet • Pasienter (NPR- MBDS – L) - Oppholdstid (inndato og utdato) - Behandlingslengde døgnenheter (antall konsultasjoner ved poliklinikk og per terapeut) - Antall konsultasjoner ved poliklinikk - Antall dagbehandlinger ved dagenhet 	

Vedlegg 3 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
		(forts.) • Pasienter i poliklinisk be- handling vår 2000 (Sintef Unimed NIS – S) - Pasienthistorie (sjekk dette) • Reinnleggelser døgninstitu- sjoner (Heggstad / Sintef Unimed NIS – S) - Pasientturnover • Pasienttelling 5-årlig - varighet av aktuelle opphold - samlet tid i psykiatrisk insti- tusjon	
f)	Oppfølging etter behandling	• NPR – MBDS – L Oppfølgende instans	
g)	Reinnleggelser	• Pasienter (NPR – MBDS – L) reinnleggelser i løpet av året (0-stilles ved nyttår) første gang innlagt (kan være et tidligere år) • Reinnleggelser døgn- institusjoner (Heggstad / Sintef Unimed NIS – S) reinnleggelser per pasient relatert til utskrivning, diagnose, alder, tilgjengelig- het til terapeutisk personell	
	Rett prioritering (se 2.3)		
	Bruk av tvang (se 4)		
2	TILGJENGE- LIGHET		
a)	Likeverdige til- bud	(sammenlikningstall; alt må vurderes i forhold til befolkningssammensetning og epidemiologiske forhold)	
	Likhet mellom kommuner		• Kommune-stat-rapportering (KOSTRA – L) Per 10 000 innbyggere: Personell og kroner per 10 000 innbyggere • Hjulet (SSB / SHD – L) Per 10 000 innbyggere: Stillinger, botiltak, støtte- kontakter, mottakere av dag- tilbud, sysselsetting • Fastleger (Fastlegeregisteret GRUK – L) - Stillinger per 10 000 innbyggere

Vedlegg 3 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
	Likhet mellom fylker / regioner	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestetilbud / Personell-innsats / Ressursinnsats institusjoner (SSB og SAMDATA) Per 10 000 innbyggere over 18 år: <ul style="list-style-type: none"> - kroner innsats - liggedøgn - polikliniske konsultasjoner - personell 	
	Likhet mellom etniske grupper		
	Likhet mellom aldersgrupper Og kjønn	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter (NPR – MBDS – L) - Kjønn- og aldersfordeling for døgnavdelinger, poliklinikker og dageshøtter (fødselsår) • Fylkeskostra (L) - Kjønn- og aldersfordeling for døgnpasienter • Pasienttelling institusjon (NPR – 5 årlig) - kjønn- og aldersfordeling sykehus og andre døgninstitusjoner - antall pasienter per 100 000 innbyggere 18 år og over etter alder og kjønn • Pasienter i poliklinisk behandling vår 2000 (Sintef Unimed NIS – S) - Kjønn- og aldersfordeling • Reinnleggelser døgninstitusjoner (Heggstad / Sintef Unimed NIS – S) - Aldersfordeling 	
	Retten til vurdering / nødvendig helsehjelp		
b)	Behovsdekning ”prioriterte” grupper:		
	Pasienter med suicidalfare og / eller psykotisk lidelse		
	Pasienter med dobbeldiagnoser / psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter (NPR – MBDS – L) - Diagnosefordeling alle enheter (får de tilbud?) - Oppholdstid (for tidlige utskrivinger?) 	

Vedlegg 3 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
3	RETTE TIL MEDVIRKNING		
4	TVANG		
	(sammenliknings-tall – hva er akseptabelt gjennomsnitt? I enkelte fylker har funksjonsdeling mellom institusjoner; sammenlikning mellom gjøres mellom fylker)	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter (NPR – MBDS – L) - prosent innleggelse til tvungen observasjon med døgnopphold / uten døgnopphold - prosent slike innleggelse som gjøres frivillig ved spesialistvedtak v - prosent innleggelse til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold / uten døgnopphold - institusjonsvise forskjeller for ovenstående tall - prosentandel tvangsinnlagte pasienter med skjermingsvedtak - prosentandel tvangsinnlagte pasienter med andre vedtak - prosentandel pasienter med vedtak om tvangsbehandling - gjennomsnittlig antall liggedøgn under tvang for respektive grupper - prosentandel tvangsinnlagte som klager til kontrollkomisjon og fylkeslege - prosentandel klager som får medhold • Fylkeskostra - • Pasienttelling 5-årlig - innleggelsesparagraf - nåværende status tilbakeholdelse under tvang 	

Barn og unge

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
1.	FAGLIG FORSVARLIGHET		
a)	Tilgang på kvalifisert personell	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestetilbud (SSB-institusjonsstatistikk – L) - Årsverk for ulike personellgrupper per behandlingseenhet / med tilknytningsfylke • Personellinnsats (SAMDATA - L) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommune-stat-rapportering (KOSTRA - L) - Årsverk og timeverk/uke for leger, psykiatriske sykepleiere, psykologer, høgskoleutdannede • Hjulet (SSB)

Vedlegg 3 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
		(forts.) - Utførte årsverk per institusjon, delt på institusjonstype - Utførte årsverk for ulike personellkategorier - Personelldekning per 10 000 innbyggere 0-17 år • Produktivitetsindikatorer i poliklinikker (BUP-data) - antall fagårsverk • Produktivitet poliklinikker (Helsetilsynet / SAMDATA – S) - Bemanning - Tidsbruk for personell	(forts.) - Årsverk psykiatriske sykepleiere og leger • Fastleger (GRUK) - tilgjengelige allmennlegerressurser
b)	Ventetid på behandling	• Ventesys - gjennomsnittlig ventetid • Pasientregistrering 1. november 1999 - Ventetid fra henvisning til mottak • BUP-data - dager venting (?)	
	Utredning	• BUP-data - undersøkelse / observasjon (?)	
c)	Retten til vurdering / nødvendig helsehjelp	RTV-data om bruk av refusjonstakst for øyeblikkelig hjelp	
d)	Diagnostisering	• BUP-data - Andel med og uten diagnoser - diagnosefordeling • Pasientregistrering 1. nov. 1999 (Helsetilsynet – Sintef Unimed NIS – S) - Andel med og uten diagnoser - Prosentvis diagnosefordeling etter institusjonstype	
e)	Behandlingsform	• Pasientregistrering 1. november 1999 (Helsetilsynet / Sintef Unimed NIS – S) - Behandlingstilbud - Faktisk tilbud og udekket etterspørsel	
	Behandlingslengde	• BUP-data - oppholdstider i døgninstitusjon - antall konsultasjoner • Pasientregistrering 1. nov. 1999 (Helsetilsynet / Sintef Unimed NIS - S) - behandlinglengde	

Vedlegg 3 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
f)	Oppfølging etter behandling	<ul style="list-style-type: none"> • BUP-data - Oppfølging etter avslutning (?) • Pasientregistrering 1. November 1999 (Helsetilsynet / Sintef Unimed NIS –S) - Vurdering av ønskede behandlingstilbud - Samarbeid med kommune-helsetjenesten 	
g)	Reinnleggelser	<ul style="list-style-type: none"> • BUP-data 	
	Rett prioritering		
	Bruk av tvang (se 4)		
		<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter (NPR – MBDS – L) - Unge under 18 år i voksen-psykiatriske avdelinger 	
2	TILGJENGE- LIGHET		
a)	Likeverdige tilbud (sammenlikningstall: alt må vurderes i forhold til hhv befolknings-sammensetning og epidemiologiske forhold)	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestetilbud / Personell-innsats / Ressursinnsats institusjoner (SSB og SAMDATA) Per 10 000 innbyggere 0-17 år - kroner innsats - liggedøgn - polikliniske konsultasjoner - personell 	
	Likhet mellom kommuner		<ul style="list-style-type: none"> • Kommune-stat-rapportering (KOSTRA – L) - Personell og kroner per 10 000 innbyggere 0-17 år • Hjulet (SSB / SHD – L) - Per 10 000 innbyggere: stillinger, botiltak, støtte-kontakter, mottakere av dagtilbud, sysselsetting, veiledning fra fylkeskommunen (helsetjenester (Sjekk dette)) • Fastleger (Fastlegeregisteret GRUK – L) - Stillinger per 10 000 innbyggere
	Likhet mellom fylker / regioner	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestetilbud / Personell-innsats / Ressursinnsats institusjoner (SSB og SAMDATA (BUP-data?)) Per 10 000 innbyggere 0-17 år - kroner innsats - liggedøgn - polikliniske konsultasjoner - personell 	

Vedlegg 3 til rapporten
Helseforhold og helse-
tjenestetilbud til mennesker
med psykiske lidelser ()
datakilder (forts.)

	Tema	Data	
		Fylkeskommunale tjenester	Kommunale tjenester
	Likhet mellom etniske grupper	BUP-data – L) - mors etniske bakgrunn - fars etniske bakgrunn - hjemmespråk	
	Likhet mellom aldersgrupper Og kjønn	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter (BUP-data - L) - Kjønn- og aldersfordeling for døgnavdelinger, poliklinikker og dagesheter (fødselsår) • Fylkeskostra (L) - Kjønn- og aldersfordeling for døgnpasienter • Pasientregistrering 1. nov. 1999 - kjønns- og aldersfordeling etter institusjonstype 	
b)	Behovsdekning for prioriterte grupper		
	Depressive barn og unge	<ul style="list-style-type: none"> • (BUP-data - L) - diagnosefordeling - kjønns- og aldersfordeling 	
3	RETTE TIL MEDVIRK- NING		

Bakgrunnsdata for tilsyn med tjenester til barn og unge med psykiske lidelser

Helsetilsynets arbeidsgruppe for overordnet faglig tilsyn har som en av sine arbeidsoppgaver å presentere statistisk bakgrunnsinformasjon til fylkeslegene forut for felles virksomhets-tilsyn. Nedenstående informasjon bygger på opplysninger fra Samdata psykiatri og fra Statistisk sentralbyrå. Informasjonen presenteres for det aktuelle fylket, sammen med landsgjennomsnitt. Når det regnes rater per 10.000 innbyggere er det kun innbyggere i aldersgruppen 0 – 17 år som medregnes. (Saksbehandler: Hans Løvdahl (HLØ), tlf.: 22 24 90 52)

Troms:

Befolkning

Per 1. januar, 2001, var det i Troms 36 760 personer i aldersgruppen 0 – 17 år.

Ressurstilgang og vekstrate

	<i>Ressursbruk per innbygger 0-17 år</i>	<i>Endring i ressursbruk 1999-2000</i>	<i>Antall årsverk per 10 000 innbyggere 0-17 år</i>	<i>Endring i antall årsverk 1999-2000</i>
Troms	897 kr.	+ 3,7 %	25,8	+ 17 %
Landsgjennomsnitt	979 kr.	+ 2,3 %	22,7	+ 6 %

Tallene for ressursbruk per innbygger inkluderer fylkeskommunal driftsstøtte, statlige øremerkede tilskudd, samt polikliniske trygderefusjoner. Troms ligger litt under landsgjennomsnittet i ressursbruk, men nærmer seg dette. Antall årsverk øker kraftig.

Behandlingsrate

Tallene uttrykker antall behandlede pasienter per 10 000 innbyggere i aldersgruppen 0-17 år:

	<i>Poliklinisk behandling</i>	<i>Døgnbehandling</i>	<i>Dagbehandling</i>	<i>Totale tall</i>
Troms	293,5	4,1	1,9	299,5
Landsgjennomsnitt	230,8	15,2	3,2	249,1

Behandlingstilbudet er noe ensidig basert på poliklinisk behandling, men dette inntrykket kan skyldes mangelfull rapportering av data fra døgnenhetene.

Døgnplassdekning

Døgnplasser per 10 000 innbyggere i aldersgruppen 0-17 år:

	<i>Klinikker</i>	<i>Behandlingshjem</i>
Troms	0	2,7
Landsgjennomsnitt	1,6	1,3

Troms mangler helt klinikkavdeling innen barne- og ungdomspsykiatri.

Driftsdata for døgninstitusjonene

	<i>Heldøgn plasser</i>	<i>Oppholds døgn</i>	<i>Beleggs- prosent</i>	<i>Dager Dagbeh.</i>	<i>Antall saker</i>
Berglund behandlingshjem	5	1694	94 %	2190	15
Ungdomspsykiatrisk institusjon Tromsø	5	958	53 %	0	5

Kapasitetsutnyttelsen er lav ved ungdomspsykiatrisk institusjon i Tromsø. Dette bør sees i sammenheng med ventetidssituasjonen.

Ventetid på behandling

Gjennomsnittlig antall dager ventetid på behandling i år 2000 og 2001:

<i>Behandlingsenhet:</i>	<i>1.tertial 2000</i>	<i>2.tertial 2000</i>	<i>3.tertial 2000</i>	<i>1. tertial 2001</i>	<i>2. tertial 2001</i>
BUP Midt-Troms	72	97	58	79	126
Harstad sykehus psyk	-	-	-	-	41
BUP Sør-Troms i Harstad	203	222	129	75	152
BUP Tromsø	111	83	94	101	65
BUP Nord-Troms	36	29	34	45	46
BUT Indre Sør-Troms	38	80	37	63	75
Berglund behandlingshjem	-	-	-	-	-
Ungdomspsykiatrisk institusjon i Tromsø	-	-	-	-	-

Ventetidssituasjonen er kritikkverdig (>3mndr.) ved BUP Midt-Troms og BUP Sør-Troms.

(-) Noen institusjoner leverer ikke data til Norsk pasientregister. Ettersom rapportering av ventelistedata og pasientdata er gjort obligatorisk, så bør manglende rapportering etterspørres. Dersom forholdet ikke er rettet opp, så bør dette bemerkes i tilsynsrapporten.

I pasienttellingen i 1999 var det gjennomsnittlig cirka 1-2 måneder ventetid ved ungdomspsykiatrisk institusjon Tromsø, og 2-3 måneder ved Berglund behandlingshjem.

Antall stillinger ved behandlingseenhetene

	<i>Leger</i>	<i>Psykologer</i>	<i>Sosionomer</i>	<i>Andre</i>
BUP Tromsø	1,8	7,4	4	8,1
BUP Midt-Troms	3	0,1	2	3
BUP Sør-Troms	0,1	2	1,9	3
BUP Nord-Troms	1	1	0,8	1
BUP Indre Sør-Troms	0	1	1	1,4
Berglund behandlingshjem	0	1	0	28,5
Ungdomspsykiatrisk institusjon Tromsø	1	0,5	0	20,2

Flere av enhetene er små og sårbare. En stillingsandel på 10% er ikke tilstrekkelig til å sikre tilgang til legetjenester. Det er derfor mangel på legetjenester ved BUP Sør-Troms og BUP Indre Sør-Troms. Muligheten for å utdanne nye legespesialister er ikke utnyttet ved BUP Nord-Troms. Dette er beklagelig når det er slik mangel på spesialister innen Barne- og ungdomspsykiatri. Det kan gis godkjenning for 2 ass.lege stillinger per legespesialist. Det bør undersøkes om det er opprettet stillingshjemler for dette.

Produktivitetsdata for poliklinikkene

	<i>Tiltak per fagårsverk 1999</i>	<i>Tiltak per fagårsverk 2000</i>	<i>Pasienter per fagårsverk 1999</i>	<i>Pasienter per fagårsverk 2000</i>
BUP Tromsø	209	283	24	26
BUP Sør-Troms	311	306	30	33
BUP Nord-Troms	229	231	18	27
BUP Midt-Troms	478	422	40	37
BUP Indre Sør-Troms	378	339	32	31
Gjennomsnitt Troms	280	309	28	30
Gjennomsnitt for hele landet	285	301	26	28

Poliklinikker som kombinerer et gjennomsnittlig antall tiltak per årsverk med et lavere enn gjennomsnittlig antall tiltak per pasient, kan gjøre dette som et bevisst tiltak for å øke antall pasienter per årsverk og dermed ta unna ventelistene. Produktivitetsdata bør kombineres med tall for gjennomsnittlig ventetid når det skal vurderes om behandlingstilbudet er dimensjonert i samsvar med behovet. Kvalitetskrav må veies mot produktivitetskrav og ventetidssituasjon.

Tiltaksprofil ved poliklinikkene

	<i>Antall pasienter</i>	<i>Direkte tiltak per pasient</i>	<i>Indirekte tiltak per pasient</i>	<i>Tiltak Totalt per Pasient</i>
BUP Tromsø	466	7,7	3,1	10,8
BUP Nord-Troms	103	7,0	1,5	8,5
BUP Midt-Troms	226	6,2	5,1	11,3
BUP Sør-Troms	184	6,4	2,9	9,2
BUP Indre Sør-Troms	93	5,8	5,1	10,9
Gjennomsnitt Troms	-	6,9	3,5	10,4
Gjennomsnitt for hele landet	-	7,0	3,7	10,6

Hvem henviser barn til behandling for psykiske lidelser

	<i>Somatisk helsevesen</i>	<i>Skolesektor</i>	<i>Sosialtjeneste</i>	<i>Annet helsevesen</i>	<i>Pasient/familie</i>
Troms	60 %	8 %	22 %	4 %	1 %
Landsgjennomsnitt	54 %	19 %	13 %	7 %	5 %

Det er en påfallende liten andel som henvises fra skolesektoren. Imidlertid har Troms landets høyeste henvisningsandel fra sosialtjenester.

Diagnosefordeling for pasienter som tas i behandling

	<i>Nevrotiske lidelser</i>	<i>Hyperkinetiske forstyrrelser</i>	<i>Stemningslidelser</i>	<i>Andre diagnoser</i>
Troms	26 %	15 %	7 %	52 %
Landsgjennomsnitt	18 %	19 %	7 %	56 %

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2002

1/2002 Utredning om drift og organisering av morsmelkbaner (januar 2002)

2/2002 Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (februar 2002)

3/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

4/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

5/2002 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)

6/2002 Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)

7/2002 For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)

8/2002 Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)

9/2002 Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)

10/2002 Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)

11/2002 Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger – kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

5/2003 Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no.

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no. og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder

En arbeidsgruppe har vurdert om ulike datakilder om psykiske helseforhold og tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser er egnet til å si noe om i hvilken grad faglig forsvarlighet, tilgjengelighet til tjenester, retten til medvirkning og minst mulig bruk av tvang blir innfridd.

Gjennomgangen viser at det finnes lite data om behandlingsmetoder, behandlingsresultater og om viktige sider ved faglig forsvarlighet. Det finnes heller ikke gode data om innfrielse av retten til nødvendig helsehjelp. Det er dessuten begrensede muligheter for å vurdere om øyeblikkelig-hjelp funksjonen blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Det finnes ikke løpende data om pasienters medvirkning i behandlingen.

Hensikten med arbeidet har vært å få oversikt over hva som finnes av data og kunnskap, om datakildene har god nok kvalitet og hva Helsetilsynet trenger av løpende data for å utføre overordnet tilsyn med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Arbeidsgruppen anbefaler at man prioriterer å bruke eksisterende data på en systematisk måte og sørger for at disse har god nok kvalitet, i stedet for å øke rutinemessig datainnhøsting.

Datainnsamling om forhold i kommunehelsetjenesten må i større grad baseres på andre metoder fordi kunnskapsgrunnlaget her er langt dårligere enn i spesialisthelsetjenesten.