



SINTEF

An illustration of a person with dark hair, wearing a yellow long-sleeved shirt, reaching out with both hands towards several floating puzzle pieces. The puzzle pieces are in various colors (yellow, orange, red, teal, blue, purple) and are scattered around the person. The background is a light orange color with a subtle pattern of small dots.

# Rapport

**Hva synes pasientene om den polikliniske  
behandlingen i psykisk helsevern og rusbehandling?**

**Nasjonal bruker- og pasientundersøkelse blant  
voksne 2023**

**Forfattere:**

Marian Ådnanes, Jorid Kalseth og Silje L. Kaspersen

**Rapportnummer:** 2024:00263

**Oppdragsgiver:** Helsedirektoratet

# Rapport

## Hva synes pasientene om den polikliniske behandlingen i psykisk helsevern og rusbehandling? Nasjonal bruker- og pasientundersøkelse blant voksne 2023

**EMNEORD**Brukerundersøkelse  
Poliklinikk  
Psykisk helsevern  
Rusbehandling  
Voksne**VERSJON**

2

**DATO**

2024-02-28

**FORFATTERE**

Marian Ådnanes, Jorid Kalseth og Silje L. Kaspersen

**OPPDRAGSGIVER**

Helsedirektoratet

**OPPDRAGSGIVERS REFERANSE**

Hanne Elisabeth Strømsvik

**PROSJEKTNUMMER**

102026301

**ANTALL SIDER**

143

**SAMMENDRAG**

Rapporten presenterer resultater fra en nasjonal bruker- og pasientundersøkelse rettet mot alle voksne i poliklinisk behandling i psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og hos avtalespesialister i perioden februar-april 2023.

Helsedirektoratets formål med denne omfattende undersøkelsen har vært å få mer kunnskap om hvordan voksne brukere og pasienter opplever behandlingstilbudene, og å bruke denne kunnskapen til å videreutvikle tilbudet og de nasjonale pasientforløpene.

Det var totalt 33 457 personer som svarte på undersøkelsen – 21 346 pasienter i psykisk helsevern, 3 199 i TSB og 8 912 pasienter hos avtalespesialist. For hele dette utvalget utgjør svarprosenten 27.

**UTARBEIDET AV**

Marian Ådnanes

SIGNATUR  
*Marian Ådnanes*  
Marian Ådnanes (Mar 18, 2024 08:11 GMT+1)

**KONTROLLERT AV**

Kjartan Sarheim Anthun

SIGNATUR  
*Kjartan Sarheim Anthun*  
Kjartan Sarheim Anthun (Mar 17, 2024 23:26 GMT+1)

**GODKJENT AV**

Line Melby

SIGNATUR  
*Line Melby*

**RAPPORT NR.**

2024:00263

**ISBN**

978-82-14-07217-4

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen



# Historikk

---

| VERSJON | DATO       |
|---------|------------|
| Endelig | 2024-02-28 |

---

# Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Forord .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Sammendrag .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1 Introduksjon .....</b>  | <b>12</b> |
| 1.1 Prosjektets kobling til evalueringen av pakkeforløp .....                            | 13        |
| 1.2 Utarbeidelse av en digital brukerundersøkelse .....                                  | 13        |
| <b>2 utfordringer og mål for spesialisert psykisk helse og rusbehandling.....</b>        | <b>15</b> |
| 2.1 Pasientforløpene må bli mer helhetlige, koordinerte og pasientsentrerte.....         | 15        |
| 2.2 Riksrevisjonen avdekket alvorlige mangler i de psykiske helsetjenestene.....         | 16        |
| 2.3 Ekspertutvalg om organiseringen av psykisk helsevern .....                           | 17        |
| 2.4 Opptappingsplanen for psykisk helse.....   | 18        |
| 2.5 Mangel på personell .....  | 18        |
| 2.6 Utvikling i poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern for voksne og TSB.....         | 19        |
| 2.6.1 Geografiske forskjeller.....   | 19        |
| 2.7 Hvorfor bruker- og pasientundersøkelser?.....  | 21        |
| 2.7.1 Kvalitetsforbedring og ansvarlighet.....   | 21        |
| 2.7.2 Benchmarking og komparativ analyse.....  | 21        |
| <b>3 Design og metode.....</b>   | <b>22</b> |
| 3.1 Utsendelsesprosedyre.....  | 22        |
| 3.2 Deltakere i studien .....  | 22        |
| 3.3 Representativitet .....  | 23        |
| 3.4 Utvikling og innhold i spørreskjema.....   | 24        |
| 3.4.1 Beskrivelse av standardiserte skalaer.....   | 26        |
| 3.5 Analyser.....  | 27        |
| 3.5.1 Formålet med regresjonsanalysene .....   | 27        |
| <b>4 Respons og representativitet .....</b>  | <b>29</b> |
| 4.1 Totalpopulasjon, mottakspopulasjon og utvalg.....                                    | 29        |
| 4.2 Pasientene i populasjonen som ikke kunne motta undersøkelsen via Helsenorge.no ..... | 34        |
| 4.3 Vårt utvalg vs. populasjonstall fra NPR .....  | 36        |
| 4.3.1 Kjønn.....   | 36        |
| 4.3.2 Alder .....  | 38        |
| 4.3.3 Helseregion.....   | 40        |
| 4.3.4 Diagnoser.....   | 42        |
| 4.4 Oppsummert om seleksjonsmekanismer og konsekvenser for tolkning.....                 | 47        |
| 4.4.1 Totalpopulasjon vs. mottakspopulasjon.....   | 48        |
| 4.4.2 Utvalget vårt vs. totalpopulasjonen i feb.-april 2023 og 2022, og i hele 2022..... | 48        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>5</b> | <b>Demografi og behandling.....</b>  | <b>50</b> |
| 5.1      | Demografiske kjennetegn hos pasientene i de tre gruppene.....                        | 50        |
| 5.2      | Om siste/pågående behandlingsperiode.....  | 52        |
| 5.3      | Oppsummering - demografi og behandling.....  | 54        |
| <b>6</b> | <b>Diagnoser og opplevd psykisk helse .....</b>                                      | <b>55</b> |
| 6.1      | Diagnoser .....  | 55        |
| 6.2      | Omfang og varighet av psykisk helse -og rusutfordringer .....                        | 56        |
| 6.2.1    | Psykisk helse utfordringer .....   | 56        |
| 6.2.2    | Rusmiddelutfordringer .....  | 58        |
| 6.2.3    | Store psykiske utfordringer i mer enn fem år .....                                   | 59        |
| 6.2.4    | Psykisk helse «for tiden» hos pasienter i de ulike diagnosegruppene .....            | 61        |
| 6.3      | Oppsummering – diagnoser og opplevd psykisk helse .....                              | 63        |
| <b>7</b> | <b>Helsetjenestebruk ved ulike diagnoser og omfang av utfordringer .....</b>         | <b>65</b> |
| 7.1      | Kontakt med ulike helse- og velferdstjenester og tiltak .....                        | 65        |
| 7.1.1    | Helsetjenestebruk ved store versus lettere/moderate psykiske utfordringer.....       | 66        |
| 7.1.2    | Bruk av kommunale hjelpetjenester og tiltak hos pasienter med ulike diagnoser.       | 69        |
| 7.3      | Oppsummering – helsetjenestebruk ved ulikt omfang av utfordringer og diagnoser ..... | 75        |
| <b>8</b> | <b>Videokonsultasjon i behandlingen .....</b>  | <b>77</b> |
| 8.1.1    | Videokonsultasjon i ulike aldersgrupper .....  | 77        |
| 8.1.2    | Videokonsultasjon i ulike diagnosegrupper .....                                      | 78        |
| 8.2      | Fornøydhet med behandling på skjerm.....   | 80        |
| 8.2.1    | Hva karakteriserer pasienter som har fått videokonsultasjon i behandlingen? .....    | 81        |
| 8.2.2    | Hva karakteriserer pasienter som er fornøyde med behandling på skjerm?.....          | 83        |
| 8.3      | Oppsummering – videokonsultasjon i behandlingen .....                                | 84        |
| <b>9</b> | <b>Kvalitetsmål i nasjonale pasientforløp.....</b>                                   | <b>86</b> |
| 9.1      | Informasjon og brukermedvirkning .....   | 86        |
| 9.1.1    | Informasjon igjennom forløpet .....  | 87        |
| 9.1.2    | Brukermedvirkning .....  | 90        |
| 9.1.3    | Sannsynlighet for behovstilpasset behandling.....                                    | 94        |
| 9.1.4    | Sannsynligheten for å ha en behandlingsplan.....                                     | 95        |
| 9.2      | Samarbeid og koordineringstiltak.....  | 97        |
| 9.2.1    | Behandlers samarbeid med andre helsetjenester .....                                  | 98        |
| 9.2.2    | Individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator.....                                  | 98        |
| 9.2.3    | Sannsynlighet for å ha koordineringstiltak .....                                     | 100       |
| 9.2.4    | Samhandling med pårørende .....  | 101       |
| 9.3      | Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner .....                                    | 103       |
| 9.3.1    | Fastlegens involvering .....   | 103       |
| 9.3.2    | Behandlers spørsmål om fysisk helse .....  | 103       |
| 9.4      | Oppsummering – kvalitetsmål i nasjonale pasientforløp .....                          | 104       |



|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| <b>10</b> | <b>Behandlerrelasjon .....</b>   | <b>106</b> |
| 10.1      | Pasientenes opplevelse av behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon .....                    | 106        |
| 10.1.1    | Behandlerrelasjon i ulike diagnosegrupper .....  | 107        |
| 10.1.2    | Hva gir god behandlerrelasjon?.....  | 108        |
| 10.2      | Oppsummering – behandlerrelasjon .....   | 109        |
| <b>11</b> | <b>Kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet .....</b>                                    | <b>111</b> |
| 11.1      | Pasientenes opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet.....                  | 111        |
| 11.1.1    | Kontinuitet i de ulike diagnosegruppene .....  | 112        |
| 11.1.2    | Hva karakteriserer forløp der pasienter opplever god kontinuitet? .....                    | 114        |
| 11.2      | Oppsummering – kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet .....                            | 115        |
| <b>12</b> | <b>Tilfredshet og utbytte av behandlingen .....</b>  | <b>116</b> |
| 12.1      | Opplever pasientene at behandlingen hjelper? .....   | 117        |
| 12.1.1    | Hva karakteriserer forløp der pasienter opplever at behandlingen hjelper? .....            | 117        |
| 12.2      | Gir behandlingen pasientene tro på et bedre liv? .....                                     | 119        |
| 12.2.1    | Hva karakteriserer forløp der pasienten har tro på at behandlingen gir et bedre liv? ..... | 119        |
| 12.3      | Alt i alt tilfreds med behandlingen.....   | 121        |
| 12.3.1    | Hva karakteriserer forløp der pasienter alt i alt er tilfreds med behandlingen? ..         | 121        |
| 12.4      | Regresjonsanalyser for hele pasientpopulasjonen .....                                      | 122        |
| 12.5      | Oppsummering – tilfredshet og utbytte med behandlingen.....                                | 123        |
| <b>13</b> | <b>Oppsummering av resultater .....</b>  | <b>124</b> |
| <b>14</b> | <b>Litteratur.....</b>   | <b>128</b> |

## BILAG/VEDLEGG

Spørreskjema

---

## Forord

Denne rapporten presenterer resultater fra en nasjonal bruker- og pasientundersøkelse gjennomført sommeren og høsten 2023 blant poliklinikkpasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og pasienter hos avtalespesialister. Vi takker de over 33 000 pasienter som har svart på spørreskjemaet.

Prosjektet har lagt til rette for at hele populasjonen av voksne pasienter i psykisk helsevern og TSB har mottatt undersøkelsen direkte via Helsenorge.no. SINTEF har samarbeidet tett med prosjektgruppen for nasjonalt pasientforløp i Helsedirektoratet for å realisere løsningen, og med Klinforsk (Klinisk forskningsenhet Midt-Norge) ved St. Olavs hospital/NTNU/Hemit i den praktiske gjennomføringen. En særskilt takk til forskningsrådgivere Anne Caroline Wiik og Berit Marianne Bjelkåsen som var tett på og løste ulike utfordringer gjennom datainnsamlingsperioden. SINTEF har også samarbeidet med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling, KBT, som gjennomførte pilotering av spørreskjemaet. Takk til faglig rådgiver Juni Raak Høiseth ved KBT for effektivt samarbeid.

Seniorrådgiver Anne Solberg i Helsedirektoratet var SINTEFs kontaktperson hos oppdragsgiver i første del av prosjektet. Da hun gikk av for alderspensjon om lag halvveis i prosjektperioden, overtok Hanne Elisabeth Strømsvik, prosjektleder for nasjonalt pasientforløp i Helsedirektoratet. SINTEF takker for et svært godt og konstruktivt samarbeid gjennom hele prosjektperioden.

I tillegg har en rekke fagpersoner og brukermedvirkere ved ulike avdelinger i Helsedirektoratet bidratt inn i prosjektet. Takk for gode innspill og bidrag i prosjektet fra: BrukerRop (Helsedirektoratets råd for rus- og psykisk helsefeltet), seniorrådgiver Mari Mette Eriksen i avdeling kommunikasjon, seniorrådgiver Mikael Julius Sømhovd, seniorrådgiver Solfrid Lilleeng og seniorrådgiver Eyvind Helland i avdeling helseregistre.

Trondheim, 28. februar 2024

Marian Ådnanes

Prosjektleder/ Seniorforsker

## Sammendrag

Helsedirektoratets formål med denne nasjonale bruker- og pasientundersøkelsen blant polikliniske pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har vært å få mer kunnskap om hvordan pasientene opplever behandlingstilbudene, og å bruke denne kunnskapen til å videreutvikle tilbudet og de nasjonale pasientforløpene.

Rapporten gir oversikt og innsikt i en rekke tema når det gjelder de tre populasjonene av poliklinikkpasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist:

- Demografiske kjennetegn og karakteristika ved behandlingen og opplevelse av egen helse
- Diagnoser (selvrapporterte) og omfang av psykisk helse- og rusutfordringer
- Helsetjenestebruk ved ulike diagnoser og omfang av utfordringer
- Bruk og fornøydhetsgrad med videokonsultasjon i behandlingen
- Grad av brukermedvirkning, samhandling og oppfølging av somatisk helse
- Behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon
- Opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet
- Tilfredshet og utbytte av behandlingen

Innledningsvis gir rapporten en beskrivelse av bakgrunnen for nasjonal bruker- og pasientundersøkelse og prosessen med utarbeidelse av digital brukerundersøkelse direkte til pasientene. I kapittel 2 gjennomgås utfordringer og sentrale mål for spesialisert psykisk helsevern og rusbehandling. Kapittel 3 presenterer design og metode, med prosedyrer for utsendelse, uttrekk av populasjon fra Norsk Pasientregister (NPR) samt utvikling av spørreskjemaet. I kapittel 4 gis en utfyllende beskrivelse av respons og representativitet der vi sammenholder vårt utvalg med populasjoner fra NPR, vurdert i forhold til kjønn, alder, helseregion og diagnoser. Deretter følger åtte resultatkapitler (kap. 5-12) der hvert kapittel belyser temaene presentert i kulepunktene over.

## Metode

### Populasjon og deltakelse

Populasjonen ble trukket fra Norsk pasientregister og defineres som alle pasienter (18 år og eldre) som har mottatt poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i månedene februar, mars og april 2023. Det var totalt 33457 personer som svarte på undersøkelsen – 21346 pasienter i psykisk helsevern, 3199 i TSB og 8912 pasienter hos avtalespesialist.

For hele utvalget utgjør svarprosenten 27. For pasienter i psykisk helsevern utgjorde svarprosenten 26, for pasienter i TSB 20 prosent, og for pasienter hos avtalespesialist 34 prosent. Analyser av representativitet tyder på at utvalget er godt representativt på de viktigste variablene som kjønn, alder og geografisk tilknytning. Det er likevel flere seleksjonsmekanismer som har vært med å påvirke endelig utvalg. Det er grunn til å tro at vi har med for få innvandrere som ikke forstår norsk, og personer som mangler bank-ID, ikke har tilgang til digitale verktøy, eller generelt mangler digital kompetanse til å logge seg inn og svare på et digitalt spørreskjema. Dette er grupper som bør studeres gjennom rene registerstudier eller kvalitative metoder, da underrepresentativitet sannsynligvis vil gjelde i de fleste former for spørreundersøkelse. Spørreskjema på flere språk vil sannsynligvis også bidra til å øke antallet fremmedspråklige som svarer.

Spørreskjemaet ble utformet i samarbeid med Helsedirektoratet, og har både egendefinerte spørsmål og validerte instrumenter. Skjemaet ble pilotert ved at ni personer med relevant pasienterfaring fylte ut skjemaet, og ga kommentarer. Testingen ble administrert av Kompetansesenter for brukermedvirkning og tjenesteutvikling, KBT.



## Analyser

Resultatene presenteres ved en kombinasjon av deskriptive analyser og regresjonsanalyser for de tre pasientpopulasjonene. Alle regresjonsanalysene er basert på samme modell, som kontrollerer for viktige bakgrunnsvariabler hos pasienten (kjønn, alder, utdanning, inntekt og bosituasjon), antall år og omfang av utfordringer når det gjelder psykisk helse og/ eller rus samt antall diagnoser, kontakt med andre helsetjenester og tiltak, koordineringstiltak (Individuell plan, ansvarsgruppe, koordinator), behandlingsforløp (i behandling eller nylig avslutta og varighet av behandling), behandlerrelasjon og helseregion.

## Resultater

Deltakerne i denne pasient- og brukerundersøkelsen har det til felles at de får behandling for henholdsvis psykisk helse- og/ eller rusmiddelutfordringer i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid vesentlige forskjeller mellom pasientpopulasjonene som må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer. Dette gjelder en rekke sentrale bakgrunnsvariabler, og en større andel med lettere eller moderate utfordringer blant pasienter hos avtalespesialist enn blant poliklinikkpasientene.

I vår undersøkelse har også pasientene hos avtalespesialist vært lengre tid i behandling enn poliklinikkpasientene på svartidspunktet. Dette betyr at for spørsmål om hvor fornøyd de er med behandlingen, så kan noe av forskjellene mellom poliklinikkpasienter og pasienter hos avtalespesialist også forklares med at mange av sistnevnte har vært lengre tid behandling når de svarte på undersøkelsen.

### **Demografi og behandling (kap. 5)**

Populasjonene er ulike når det gjelder demografiske variabler - med en høyere andel kvinner i psykisk helsevern og hos avtalespesialister, og høyere andel menn i TSB. Forskjellen mellom kjønnene er størst blant avtalespesialistpasientene, der 74 prosent av deltakerne i undersøkelsen var kvinner (andelen kvinner i denne populasjonen var, ifølge Norsk pasientregister, 71 prosent). Gjennomsnittsalderen er vesentlig lavere blant pasienter i psykisk helsevern og TSB enn hos avtalespesialister. En større andel av pasientene hos avtalespesialist hadde høyere utdanning, og var i arbeid enn tilfellet var blant poliklinikkpasientene i psykisk helsevern og TSB. En svært viktig forskjell generelt sett er også at pasienter hos avtalespesialist i gjennomsnitt er vesentlig lengre i behandling enn pasienter i poliklinikk.

### **Diagnoser og omfang av utfordringer (kap. 6)**

Flest pasienter i vår undersøkelse oppgir at de utredes eller behandles for depresjon eller angstlidelse blant pasientene i psykisk helsevern og hos avtalespesialist, dernest Post-traumatisk stresslidelse (PTSD) og Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD/ADD). Utenom rusmiddelavhengighet, oppgir også pasienter i TSB disse diagnosene hyppigst.

Det er størst andel blant pasientene i psykisk helsevern som svarer at de har store psykiske helseutfordringer (37 prosent), og færrest blant pasienter hos avtalespesialist (19 prosent). Det er også betydelig større andel pasienter i psykisk helsevern som svarer at de *for tiden* har dårlig, eller svært dårlig psykisk helse, sammenlignet med pasienter hos avtalespesialist. De fleste - mellom 75 og 81 prosent, oppgir at de har hatt psykisk helse og/eller rusutfordringer i mer enn fem år. Det er flest som oppgir store psykiske utfordringer i mer enn fem år blant de som utredes eller behandles for personlighetsforstyrrelse, tvangslidelser/fobier og autisme. Lavest andel med store og langvarige psykiske utfordringer finner vi blant pasienter med (eller som utredes for) angstlidelse, rusmiddelavhengighet, ADHD/ADD og depresjon.

Andel som oppgir middels, god eller svært god psykisk helse «for tiden» er høyest for pasienter hos avtalespesialister for alle diagnosegruppene, bortsett fra de rusrelaterte, og for schizofreni. Lavest andel som opplever sin psykiske helse som god «for tiden» er de samme gruppene der flest oppgir store psykiske utfordringer i mer enn fem år; pasienter som behandles eller utredes for personlighetsforstyrrelse, tvangslidelser/fobier og autisme. I tillegg finner vi spiseforstyrrelser i denne gruppen.

Det er høyere andel som svarer at de for tiden har god psykisk helse blant pasienter i psykisk helsevern enn blant pasienter i TSB av de som behandles eller utredes for bipolar lidelse, schizofreni eller tvangslidelser/fobier. Bildet er tilsvarende for pasienter i psykisk helsevern med rusrelaterte diagnoser i den forstand at de rapporterer dårligere psykisk helse for tiden enn pasienter i TSB med rusrelaterte diagnoser.

### ***Helsetjenestebruk ved ulike diagnoser og omfang av utfordringer (kap. 7)***

Når det gjelder bruk av andre helsetjenester og tiltak er mønsteret ulikt mellom de tre gruppene, der pasienter hos avtalespesialist i betydelig mindre grad har kontakt med andre tjenester enn det som er tilfelle blant poliklinikkpasientene. Behovet for andre tjenester er mindre fordi dette er pasienter der en vesentlig større andel har lettere og moderate lidelser enn blant poliklinikkpasientene. Pasienter med store eller svært store psykiske utfordringer i mer enn fem år rapporterer vesentlig mer kontakt med ulike tjenester enn pasienter som oppgir lettere eller moderate utfordringer. Forskjellene er signifikante for de fleste tjenester. Unntaket er de tjenestene folk flest bruker, som for eksempel fastlege.

De siste årene har vi sett utvikling av oppsøkende team som ACT og FACT. Undersøkelsen viser at 6-7 prosent av pasienter i psykisk helsevern og TSB har kontakt med et oppsøkende team. Dette gjelder mindre enn en prosent blant pasienter hos avtalespesialist. I tillegg til personer som behandles eller utredes for rusmiddelavhengighet, er det størst andel av pasienter i de små diagnosegruppene som har kontakt med ulike kommunale tjenester – personer som behandles eller utredes for personlighetsforstyrrelse, tvangslidelser/fobier, autisme, psykose og schizofreni.

Andelen pasienter som svarer at de har behov for *mer eller bedre oppfølging* fra tjenesteapparatet samlet sett er høyest blant pasienter i psykisk helsevern (31 prosent) og lavest blant pasienter hos avtalespesialist (21 prosent). Behovet for mer eller bedre oppfølging fra tjenesteapparatet knytter seg til omfang av psykiske utfordringer, et større behov hos de yngste pasientene, og blant de som har hatt innleggelse siste året. Behov for mer eller bedre oppfølging blant pasienter i psykisk helsevern som nylig har avslutta en behandlingsperiode (i poliklinikk), kan tyde på for dårlig oppfølging etter endt behandling. God behandlerrelasjon og koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe, koordinator) er assosiert med et lavere behov for mer eller bedre oppfølging av tjenesteapparatet samlet sett.

### ***Videokonsultasjon i behandlingen (kap. 8)***

Pandemien bidrog til en vesentlig økning i bruk av videokonsultasjon i helsetjenestene, ikke minst innen psykisk helsevern. Ifølge tall fra Samdata for 2022 utgjorde telefon- og videokontakter en fjerdedel av den polikliniske virksomheten (Helsedirektoratet, 2023b).

Resultatene fra vår undersøkelse tyder på at bruk av videokonsultasjon i behandlingen er mer vanlig hos avtalespesialister enn i poliklinikk. Her oppgir 26 prosent av pasientene at de har fått det mens andelen er 18 prosent blant pasienter i psykisk helsevern og 15 prosent i TSB. Vi vet imidlertid ikke hvor mange videokonsultasjoner det dreier seg om, det kan være avgrenset til en enkelt konsultasjon. Samlet sett for det totale utvalget er det høyest andel som får videokonsultasjon blant pasienter som behandles eller utredes for tvangslidelse/fobier (26 prosent), og lavest andel blant personer som behandles eller utredes for schizofreni og psykose (17 prosent) og rusmiddelavhengighet (15 prosent).

På tvers av de tre tjenestene avtar sannsynligheten for å motta videokonsultasjon med alder, og øker med utdanningsnivå og lengde på behandling, og har sammenheng med god behandlerrelasjon. Om lag halvparten av pasientene er i stor eller svært stor grad fornøyd med videokonsultasjon. I psykisk helsevern er de yngste (18-24 år) mindre fornøyd med videokonsultasjon enn flere av de eldre aldersgruppene mens blant pasienter hos avtalespesialist er voksne og eldre mindre fornøyd enn de aller yngste. Mens relasjon til behandler (behandlerrelasjon/terapeutisk relasjon) har en relativt svak sammenheng med det å få videokonsultasjon, har det en sterk sammenheng med hvor fornøyd man er med videokonsultasjon i behandling.

### **Kvalitetsmål i nasjonalt pasientforløp (kap. 9)**

Mål om brukermedvirkning, sammenhengende og koordinert pasientforløp, og oppfølging av somatisk helse og levevaner i forløpet er generelle kvalitetsmål i det nasjonale pasientforløpet. Når de gjelder brukermedvirkning tyder undersøkelsen på at pasienter i TSB opplever mer medvirkning enn de to andre gruppene. Eksempelvis svarer 46 prosent pasienter i TSB at de har en behandlingsplan mens 35 prosent av pasientene i psykisk helsevern og 21 prosent blant pasienter hos avtalespesialist svarer dette. Svarene fra pasienter hos avtalespesialist kan tyde på mindre ønske eller forventning om medvirkning ved at de i større grad svarer «ikke aktuelt» - for eksempel gjelder det om de har en behandlingsplan, og ønske om involvering i utvikling av behandlingsplan. Derimot har en vesentlig større andel hos avtalespesialist fått informasjon om de behandlingsmulighetene som fins sammenlignet med poliklinikkpasientene. Det at en mye høyere andel pasienter hos avtalespesialister ikke synes det er relevant for dem å bestemme over medisiner, kan skyldes at medisiner er mindre aktuelt for dem enn hos poliklinikkutvalget ettersom en større andel har lettere psykiske utfordringer.

I alle tre gruppene tyder regresjonsanalyse på at *behovstilpasset behandling* er mer sannsynlig når det gjelder pasienter med lettere/moderate psykiske utfordringer, og blant pasienter som har vært en stund i behandlingen. Sannsynligheten for å ha en behandlingsplan er vesentlig større for pasienter med koordineringstiltak, og for pasienter i psykisk helsevern kan det også knyttes til kontakt med oppsøkende team. Den viktigste faktoren for behovstilpasset behandling er en god behandlerrelasjon, som korrelerer sterkt i alle tre grupper.

Også når det gjelder sannsynlighet for å ha en *behandlingsplan* finner vi en sterk positiv sammenheng med koordineringstiltak hos pasienter i poliklinikk, mens dette har en negativ sammenheng for pasienter hos avtalespesialist. For pasienter i psykisk helsevern knyttes det til pasienter som har vært en stund i behandling mens hos avtalespesialister er det omvendt, og knyttes i større grad til pasienter som har kortere tid i behandling. En god behandlerrelasjon har stor betydning når det gjelder pasienter i poliklinikk, men er ikke signifikant for pasienter hos avtalespesialist.

Koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og koordinator) oppgis av en større andel pasienter i TSB enn i de andre gruppene. Sannsynlighet for koordineringstiltak korrelerer blant annet med mer bruk av en rekke tjenester for alle gruppene (f.eks. kommunale helsetjenester, oppsøkende team, dagsenter/lavterskeltiltak). Svarene fra pasienter i TSB tyder også på at behandler i større grad involverer og samarbeider med pårørende, og at pasientene er mer fornøyde med samarbeidet.

Når det gjelder oppfølging av somatisk helse er det er en relativt høy andel av pasientene med dårlig eller svært dårlig fysisk helse som svarer at fastlegen ikke er godt nok involvert.

### **Behandlerrelasjon (kap. 10)**

Behandlerrelasjon – eller terapeutisk relasjon, regnes som kjernen i psykologisk behandling, både fra pasientens perspektiv og fra kliniske perspektiv (Catty, 2004; Marchi et al., 2023; Wampold, 2001). Denne undersøkelsen viser at godt over 80 prosent svarer at de opplever å ha en ærlig relasjon med behandler, og at de er åpne med hverandre, og godt over 70 prosent oppgir at de sammen med behandler jobber mot samme mål. Tilfredshet med behandlerrelasjon er svært høy hos alle tre gruppene, og signifikant høyest blant pasienter hos avtalespesialist. Pasienter som behandles eller utredes for PTSD, bipolar lidelse, depresjon eller angstlidelse er mest fornøyd med sin behandlerrelasjon, mens pasienter som behandles eller utredes for personlighetsforstyrrelse, psykose, autisme og schizofreni er minst fornøyd.

God behandlerrelasjon er sterkere for pasienter med lettere/ moderate psykiske utfordringer enn for tyngre lidelser, og knytter seg til en rekke bakgrunnsvariabler (kjønn, alder, utdanning, inntekt og bosituasjon – litt ulikt for de tre gruppene). Videre knyttes god behandlerrelasjon til det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe, koordinator), og til behandlingens lengde.

### ***Kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet (kap. 11)***

Kontinuitet i behandlingen regnes som grunnleggende for helhetlig helsehjelp, og innebærer at behandlingen er godt koordinert over tid - både mellom tjenester, og internt i tjenesten, og i tråd med pasientens behov (Stephen Puntis et al., 2015). Undersøkelsen inkluderte tolv spørsmål om opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet de siste tolv måneder.

Det at pasienter hos avtalespesialister opplever kontinuiteten i samlet tjenestetilbud som bedre enn poliklinikkpasientene må sees i sammenheng med at de har vesentlig mindre kontakt med andre tjenester enn tilfellet er blant poliklinikkpasientene. Det som alle tre pasientgruppene skårer dårligst er muligheten for å velge mellom ulike typer behandling, og det å ha tilgang til tjenestetilbud på kveldstid og helg. Av de ulike diagnosegruppene skårer pasienter som behandles eller utredes for schizofreni, bipolar lidelse og psykose kontinuitet høyest mens pasienter som behandles eller utredes for personlighetsforstyrrelse og autisme rangerer sin opplevelse av kontinuitet lavest av pasientene totalt sett.

Pasientene som opplever god kontinuitet, har i større grad lettere/ moderate psykiske utfordringer. De som har kommunale helsetjenester, opplever mindre kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet. Det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og koordinator) knyttes i sterk grad til opplevelse av god kontinuitet for alle tre grupper, noe som kan tyde på at denne type tiltak virker etter hensikten. Også når det gjelder kontinuitet viser analysen stor betydning av god behandlerrelasjon.

### ***Tilfredshet og utbytte av behandlingen (kap. 12)***

Undersøkelsen tyder på at pasienter både i psykisk helsevern, i TSB og hos avtalespesialist generelt sett er relativt tilfredse med behandlingen de får eller har fått. Pasienter hos avtalespesialist opplever større utbytte, har større tro på at behandlingen gir et bedre liv, og er alt i alt mer tilfredse enn pasienter i psykisk helsevern og TSB. Blant pasienter i poliklinikkene er pasienter i TSB mer tilfredse enn pasienter i psykisk helsevern.

Pasienter som behandles eller utredes for bipolar lidelse, PTSD og/eller rusmiddelavhengighet opplever større utbytte og tilfredshet enn pasienter som har svart andre diagnosekategorier, mens personer med personlighetsforstyrrelse, autisme, psykose og schizofreni er minst tilfredse med behandlingen.

På tvers av de tre tjenesteområdene er det en rekke variabler som har gjennomgående stor betydning for pasientenes opplevelse av utbytte og tilfredshet. Pasienter med store psykiske utfordringer opplever i mindre grad at behandlingen hjelper mot plagene, i mindre grad tro på et bedre liv, og de er mindre tilfredse med behandlingen alt i alt. Det samme gjelder pasienter med flere diagnoser i poliklinikk (ikke pasienter hos avtalespesialist). Behandlingslengde har betydning for opplevelse av tilfredshet og utbytte for alle tre gruppene.

Det å ha ett eller flere koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og koordinator) har stor betydning for tilfredshet og utbytte for poliklinikkpasientene. Pasienter hos avtalespesialist har vesentlig mindre kontakt med andre tjenester enn poliklinikkpasientene, og følgelig i vesentlig mindre grad koordineringstiltak. Det er også interessant at det å ha oppsøkende team (FACT, ACT el.l.) slår positivt ut for pasienter i psykisk helsevern.

Det som gjennomgående betyr aller mest for utbytte av, og tilfredshet med behandlingen, er å ha en god behandlerrelasjon – noe som gjelder på tvers av pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.

## 1 Introduksjon

Rapporten presenterer resultater fra en nasjonal bruker- og pasientundersøkelse rettet mot alle voksne (18+) i poliklinisk behandling i psykisk helsevern, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og hos avtalespesialister i perioden februar-april 2023. Helsedirektoratets formål med denne omfattende nasjonale bruker- og pasientundersøkelsen har vært å få mer kunnskap om hvordan voksne brukere og pasienter opplever behandlingstilbudene, og å bruke denne kunnskapen til å videreutvikle tilbudet og de nasjonale pasientforløpene.

Rapporten belyser mange tema og spørsmål basert på pasientenes svar på hvordan de opplever behandlingstilbudet, og vil sikkert også gi inspirasjon til nye problemstillinger som kan analyseres i datamaterialet om pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister. I tillegg til at datamaterialet gir et kunnskapsgrunnlag for tjenesteutvikling, utgjør materialet også en verdi som baseline for nye brukerundersøkelser. Dette er tjenesteområder som hele tiden har behov for endring og forbedring. Kontinuerlige og grundige brukerundersøkelser som går direkte til brukere og pasienter har derfor stor verdi.

Innledningsvis gir rapporten en beskrivelse av bakgrunnen for nasjonal bruker- og pasientundersøkelse og prosessen med utarbeidelse av digital brukerundersøkelse direkte til pasientene. I kapittel 2 gjennomgås utfordringer og sentrale mål for spesialisert psykisk helsevern og rusbehandling. Kapittel 3 presenterer design og metode med prosedyrer for utsendelse, uttrekk av populasjon fra Norsk Pasientregister (NPR) samt utvikling av spørreskjemaet. I kapittel 4 gis en utfyllende beskrivelse av respons og representativitet der vi sammenholder vårt utvalg med populasjoner fra NPR, vurdert i forhold til kjønn, alder, helseregion og diagnoser. Rapporten har åtte resultatkapitler der hvert kapittel belyser ett hovedtema, presentert under. Det er viktig å merke seg at de to første resultatkapitlene (kap. 5 og 6) presenterer sentrale forskjeller når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer hos de tre pasientpopulasjonene som det må tas hensyn til ved sammenligning mellom sektorer.

### ***Demografi og behandling (kap. 5)***

Hvem er pasientene? Kapitlet belyser demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved pasientene i de tre pasientpopulasjonene som deltar i undersøkelsen, samt karakteristika ved siste eller pågående behandlingsperiode.

### ***Diagnoser og omfang av utfordringer (kap. 6)***

Hvordan beskriver pasientene sine utfordringer? Kapitlet presenterer egenrapporterte diagnoser som deltakerne er i utredning eller behandling for, omfang av utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, og hvordan man opplever sin psykiske helse for tiden.

### ***Helsetjenestebruk ved ulike diagnoser og omfang av utfordringer (kap. 7)***

Hvilke tjenester mottar pasientene, og opplever de at tjenestene dekker deres behov for oppfølging? Kapitlet belyser kontakt med helse- og velferdstjenester og tiltak siste tolv måneder, og ser på tjenestebruk i forhold til omfang av utfordringer og ulike diagnoser.

### ***Videokonsultasjon i behandlingen (kap. 8)***

Hvor mange, og hvem har fått videokonsultasjon, og hvor fornøyd er de med det? Kapitlet belyser omfang og fornøydhet med videokonsultasjon, og analyserer hva som karakteriserer pasienter som har fått videokonsultasjon - og som er fornøyd med behandling på skjerm.

### ***Kvalitetsmål i nasjonale pasientforløp (kap. 9)***

I hvilken grad opplever pasientene at de får tilstrekkelig informasjon, brukermedvirkning, koordinering i forhold til andre tjenester involvert og oppfølging av somatisk helse? Dette er sentrale kvalitetsmål i nasjonale pasientforløp. Kapitlet gir en deskriptiv framstilling av i pasientenes erfaringer, og analyserer sannsynlighet for å ha en behandlingsplan, for at behandlingen tilpasses behov hos pasienten, og for å ha koordineringstiltak i form av ett eller flere av tiltakene Individuell plan (IP), ansvarsgruppe, koordinator.

### **Behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon (kap. 10)**

I hvilken grad opplever pasientene at de har en god relasjon til behandler (behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon)? Kapitlet belyser pasientenes behandlerrelasjon, og analyserer hva som karakteriserer forløp der pasienter opplever at de har en god behandlerrelasjon.

### **Kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet (kap. 11)**

I hvilken grad opplever pasientene kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet siste tolv måneder? Kapitlet belyser pasientenes opplevelse av kontinuitet, og hva som karakteriserer forløp der pasienter opplever god kontinuitet.

### **Tilfredshet og utbytte av behandlingen (kap. 12)**

I hvilken grad opplever pasientene at behandlingen hjelper, gir dem tro på et bedre liv og hvor tilfredse er de med behandlingen. Kapitlet belyser tilfredshet og utbytte av behandlingen, og hvilke faktorer som påvirker grad av tilfredshet med behandling.

## **1.1 Prosjektets kobling til evalueringen av pakkeforløp**

Helsedirektoratets utlysning av pasient- og brukerundersøkelsen<sup>1</sup> i september 2021 gikk det fram at man ønsket en bred brukerundersøkelse rettet mot alle pasienter i psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling som hadde mottatt poliklinisk behandling. Dette for å undersøke hva brukerne erfarte av endringer relatert til innføring av pakkeforløp knyttet til målsettingene for pakkeforløp: økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, bedre sammenheng og koordinering, ivaretagelse av somatisk helse og levevaner. Evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus pågikk fremdeles (av SINTEF for Helsedirektoratet), og to rapporter var publisert (Ådnanes et al., 2021; Ådnanes et al., 2020). Senere, høsten 2021 - etter regjeringsskifte, ble imidlertid pakkeforløp for psykisk helse og rus endret til nasjonalt pasientforløp (Helsedirektoratet, 2022a). For pakkeforløpet innebar dette i hovedsak at det skulle utarbeides et mer autonomt system med reduserte krav til rapportering, og større tillit til behandlerne. De overordnede målene som omhandlet kvalitet i behandlingstilbudet var de samme og innebar generelt sett et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp uten unødvendig ventetid der pasienten får medvirke i egen behandling og at behandlingen evalueres underveis (Helsedirektoratet, 2022b, 2023a).

## **1.2 Utarbeidelse av en digital brukerundersøkelse**

Det ble tidlig klart at det var ønskelig med en digital brukerundersøkelse, med invitasjon som gikk direkte til pasientene, og ikke via klinikk eller behandler. SINTEF og Helsedirektoratet samarbeidet om å undersøke mulighetene og utfordringene ved gjennomføring av bruker- og pasientundersøkelse via Helsenorge.no. Det hadde ikke tidligere vært gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse for poliklinikkpasienter i psykisk helsevern og TSB der pasienten har fått skjemaet direkte tilsendt via Helsenorge.no. Arbeidet med rekrutteringsmetoden ble sånn sett et "prosjekt i prosjektet", med tilrettelegging i forhold til etisk og praktisk gjennomføring. For pasienter som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB gjennomfører Folkehelseinstituttet løpende "PasOpp"-undersøkelser via TSD Nettskjema (Universitetet i Oslo), og i samarbeid med døgninstitusjonene<sup>2</sup>. Helsenorge.no og andre digitale løsninger har tidligere blitt brukt for inneliggende somatikk-pasienter (PasOppIS), for å måle pasienters erfaringer med fastlegen, samt for foresatte i psykisk helsevern for barn og unge (Holmboe & Sjetne, 2022; Norman et al., 2022; Skudal & Holmboe, 2019).

Som vi skriver mer om i metodekapitlet, var det flere grunner til ønsket om å benytte Helsenorge.no som rekrutteringsplattform. Det ville spare klinikker og behandlere for merarbeid med å sende ut undersøkelsen på vegne av forskerne, og vi ville unngå de skjevheter i utvalget som følger av at det blir opp til klinikker/behandlere å velge å bruke tid på å sende ut undersøkelsen. Her var det et ønske om at alle

<sup>1</sup> Tittel på utlysning: Bruker- og pasientundersøkelse, pakkeforløp psykisk helse og rus – HDIR (21/01845)

<sup>2</sup> <https://www.fhi.no/publ/2023/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-i-psykisk-helsevern-3.-kvartal-2023>



som hadde vært i behandling skulle få mulighet til å avgjøre om de ønsket å dele sine erfaringer gjennom undersøkelsen. Det var likevel usikkert hvordan en henvendelse på SMS/e-post gjennom Helsenorge ville tas imot av brukergruppen. Rekrutteringsprosedyren var gjennom flere runder med vurdering i Helsedirektoratets brukerråd (BrukerROP). Den elektroniske spørreskjemaundersøkelsen ble også pilotert av personer i kontakt med Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling, KBT, som selv var, eller har vært, pasienter i psykisk helsevern eller TSB. Den generelle tilbakemeldingen fra alle involverte brukerorganisasjoner var overveiende positiv.

Etter en prosess med vurdering av ulike alternativ, besluttet SINTEF og Helsedirektoratet å benytte Klinisk forskningsenhet Midt-Norge (Klinforsk), ved Helse Midt-Norge, sin eFORSK-løsning. Prosjektgruppen i SINTEF har samarbeidet tett med dette miljøet for tilpasninger og utsending av spørreundersøkelsen. Helsedirektoratet (som dataansvarlig) søkte og fikk innvilget dispensasjon fra taushetsplikten hos Helse- og omsorgsdepartementet, slik at Norsk pasientregister kunne brukes til å identifisere populasjonen. Dette muliggjorde at invitasjonen kunne gå ut til omtrent samtlige pasienter i kontakt med tjenestene i perioden februar-april 2023. De som ikke fikk undersøkelsen tilsendt, var de som ikke kunne identifisere seg med Bank-ID, og logge inn elektronisk på Helsenorge.no. Dette innebærer en skjevhet å være oppmerksom på i tolkningen av resultater, da det ikke er tilfeldig hvem som ikke har Bank-ID (særlig sårbare grupper). Gitt undersøkelsens økonomiske ramme, ble det vurdert som for kostnadskrevenende å skulle identifisere og tilby en postal undersøkelse som alternativ til de som ikke var registrert på Helsenorge.no. Det samme gjaldt muligheten for å tilby undersøkelsen på flere språk enn norsk. Vi skriver mer om rekrutteringen i metodekapitlet.

SINTEF har tidligere gjort jevnlig kartlegginger av pasienter i psykisk helsevern og TSB i samarbeid med klinikk og behandler, der behandler fylte ut kartleggingskjemaet med informasjon om pasientene som var i behandling i en tidsperiode på 14 dager. Kartleggingene ble gjort hvert fjerde år, den siste i 2013/2014. Når det gjelder pasienter i døgnbehandling innen psykisk helsevern for voksne og TSB, gjennomføres det, som nevnt over, kontinuerlige målinger av brukererfaringer, som administreres av Folkehelseinstituttet (FHI, 2023a).

## 2 Utfordringer og mål for spesialisert psykisk helse og rusbehandling

Norge har en godt utviklet helse- og omsorgstjeneste, der polikliniske og ambulante tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling er gitt høy prioritet, og der det samtidig har vært satset betydelig på å bygge ut de kommunale tilbudene innen psykisk helse- og rusarbeid (Ose & Kaspersen, 2023). I St. meld. 23 (2022-2023) står det beskrevet hvordan man etter forrige Opptrappingsplan for psykisk helse (1998–2008) har kjørt en omstilling mot mer åpne og utadrettede tjenester. Disse har blitt videreført i form av styrkede ambulante og polikliniske tjenester i distriktpsikiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Det har blitt flere årsverk i kommunalt psykisk helse og rusarbeid, og samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste har blitt styrket gjennom nye samarbeidsløsninger. Både i Norge og i andre land er det blitt mer vanlig å organisere tilbudet til mennesker med psykisk helse- og rusproblematikk i tverrfaglige (og til dels tverrsektorielle) team. Eksempler på dette er ACT (Assertive Community Treatment)- og FACT (Flexible Assertive Community Treatment)-team, egne FACT-Ung-team, rehabiliteringsteam, tidlig intervensjonsteam, rusteam og habiliteringsteam.

Til tross for relativt mange årsverk og kroner brukt på helsetjenester per pasient i Norge, sammenliknet med de fleste andre land i verden (European Observatory on Health Systems and Policies, 2022), er det mange og store utfordringer i tjenestene per i dag. I det følgende tar vi for oss noen av disse, og refererer til resultater i viktige rapporter på feltet de siste årene.

### 2.1 Pasientforløpene må bli mer helhetlige, koordinerte og pasientsentrerte

Da pakkeforløp for psykisk helse og rus ble lansert i 2019 viste evalueringen, et par år senere, at mye gjensto før pasientforløpene nådde målene innenfor prioriterte områder som brukervedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte forløp og fokus på somatisk helse og levevaner. Under har vi punktvis oppsummert noen av de mest sentrale utfordringene som ble avdekket, og som er beskrevet i Ådnanes et al. (2021).

#### ***Brukermedvirkning og brukertilfredshet***

- Mangel på informasjon om pakkeforløp og behandlingsmetoder preget pasientenes opplevelse.
- Pasientene ønsket mer informasjon og deltagelse i utformingen av behandlingsplaner.
- Feedbackverktøy og systematisk evaluering av behandlingen var lite kjent blant pasientene.
- Pårørende opplevde utfordringer med å få tilstrekkelig informasjon og deltakelse.
- Behandlernes oppfatning varierte mye når det gjaldt informasjon og kommunikasjon med pasientene rundt pakkeforløp og brukerinvolvering.

#### ***Sammenhengende og koordinerte pasientforløp***

- Det var stor variasjon i pasientenes opplevelse av samarbeid og kommunikasjon mellom behandlere og tjenester.
- Det ble vist til store utfordringer med kommunikasjon og koordinering mellom ulike instanser og behandlingenheter.
- Det framkom behov for bedre forutsigbarhet og informasjon om pasientforløpene.
- Noen positive endringer ble rapportert, spesielt knyttet til elektroniske meldingssystemer.

#### ***Somatisk helse og levevaner***

- Fastlegen ble oppfattet som hovedansvarlig for somatisk helse, men kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten var utfordrende. Fagfolk i psykisk helsevern og TSB gav uttrykk for frustrasjon, basert på manglende avklaring av hva som er fastlegene sitt ansvar, og hva som er spesialisthelsetjenesten sitt ansvar når det gjelder utredning og oppfølging av somatisk helse og levevaner.



- Pasientene rapporterte om varierende opplevelser av ivaretagelse av somatisk helse og levevaner under behandlingen.
- Pårørende og tjenestebrukere ønsket generelt økt fokus på samspillet mellom psykisk og fysisk helse i tjenestene.

### **Implementering og tidsbruk i tjenestene**

- Behandlingsenhetene håndterte pakkeforløpene ulikt, noen oppfattet dem som veiledende, mens andre fulgte dem nøye for å unngå fristbrudd. Pandemien påvirket implementeringen av pakkeforløpene negativt, bortsett fra positive erfaringer med digital tilgjengelighet i tjenestene.
- Flere fagfolk uttrykte negative holdninger til implementeringen av pakkeforløpene.
- Mange pasienter hadde ikke fått informasjon om pakkeforløp fra henviser eller spesialisthelsetjenesten. Men de som hadde blitt informert om pakkeforløp, så generelt positivt på dem.
- Noen brukere og pasienter uttrykte opplevd stress og press for å bli friske raskt, på grunn av antatt kost-nytte-fokus. Noen nølte med å gi ærlige tilbakemeldinger til behandler av frykt for å miste tilbudet og på grunn av bekymring for tidsbegrensninger.
- Fagfolk delte lignende erfaringer; tidspress i utredning og rapporteringsarbeid som gikk utover kvalitet og relasjon til pasienten.
- Utredningstiden ble generelt ikke opplevd som for kort av pasientene, men det var kritikk mot overdreven bruk av spørreskjemaer. Noen ønsket et mer effektivt system med kortere utredningstid.
- Implementeringen av pakkeforløp det første året var preget av frustrasjon rundt koding og registrering i datasystemer, som behandlerne mente tok for lang tid.
- Mange kommuner følte seg tilsidesatt i implementeringsarbeidet, og ventet på initiativ fra spesialisthelsetjenesten.

Rapporten konkluderte med at to år etter innføring hadde pakkeforløpene blitt mer etablert, og i større grad fått "satt seg" som system når det gjaldt administrative rutiner og krav knyttet til koding og registrering. Men evalueringen viste en svakere utvikling når det gjaldt praktisering av rutiner og tiltak som var rettet direkte mot brukerne, for eksempel det å involvere pasient og bruker i utarbeidelse av behandlingsplan, å praktisere faste evalueringspunkter mellom fagperson og bruker, og det å ha en forløpskoordinatorrolle som først og fremst var til for brukeren. "Alle" var enige om de overordnede målsettingene i pakkeforløp, som jo nå er videreført i de nasjonale pasientforløpene. Rapportens analyse av brukere og pårørendes erfaringer, koblet med fagfolks erfaringer og praksis, viste at en god del gjensto i 2021 for å oppnå mer brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte forløp og bedre oppfølging av somatisk helse og levevaner (Ådnanes et al., 2021).

Samme år som evalueringen av pakkeforløp kom med sin siste rapport, hadde også Riksrevisjonen undersøkt situasjonen i de psykiske helsetjenestene. I neste delkapittel oppsummerer vi utfordringene de avdekket.

## **2.2 Riksrevisjonen avdekket alvorlige mangler i de psykiske helsetjenestene**

Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester, publisert i juni 2021, kom med alvorlige konklusjoner som vil påvirke det strategiske planarbeidet med tjenestene i årene som kommer (Riksrevisjonen, 2021):

- Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre.
- Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik.
- Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det.
- Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling.

- «Den gyldne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.
- Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser, er ikke godt nok.
- De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte
- Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering.
- Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.

De to siste punktene er av særlig relevans for bruker- og pasientundersøkelsen. Riksrevisjonen påpekte at brukernes kunnskap er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for behandling av pasienter med psykiske plager og lidelser, og at kommuner og helseforetak skal ha systemer for innhenting av pasienters/brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter på flere nivåer, og gjøre bruk av disse erfaringene i forbedringsarbeidet. Deres undersøkelser viste at én av fem kommuner, og én av ti poliklinikker i psykisk helsevern, ikke innhenter noen form for informasjon om hvordan barn og unge med psykiske plager og lidelser og deres pårørende opplever behandlingen de har fått (ibid.).

I kjølvannet av Riksrevisjonens gjennomgang har det kommet flere sentrale dokumenter av betydning for hvordan framtidens psykiske helsevern og tverrfaglig spesialiserte rusbehandling vil rigges. I de neste delkapitlene beskriver vi funnene i tre dokumenter som er relevante å se i sammenheng med bruker- og pasientundersøkelsen; rapporten fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern, den nye opptrappingsplanen for psykisk helse og helsepersonellkommissjonens rapport.

### 2.3 Ekspertutvalg om organiseringen av psykisk helsevern

I Hurdalsplattformen fra oktober 2021 varslet regjeringen Støre en utredning for å styrke den tematiske organiseringen av den psykiske helsetjenesten, med mål om å forbedre kvaliteten og redusere ventetidene. Et ekspertutvalg ble nedsatt høsten 2022, med mandatet å svare på fire sentrale spørsmål angående organiseringen av psykisk helsevern. Rapporten ble lagt fram høsten 2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Utvalget har fokusert på å sikre målrettet behandling med rask tilgang på riktig kompetanse av god kvalitet. Tematisk organisering innebærer å rette helsetjenesten mot pasientgrupper, definert ut fra kriterier som alder, tilstand, behandlingsmetode, eller ramme for behandling. Utvalget understreker viktigheten av å unngå for stram organisering basert kun på diagnoser alene, da dette kan resultere i lite målrettet behandling for pasienter med komplekse tilstander. De anbefaler heller en bred tolkning av tematisk organisering, inkludert ulike behandlingsformater, aldersgrupper eller oppgaver som krever spisset kompetanse.

For å håndtere det brede spekteret av problemstillinger og behandlingsmetoder, argumenterer utvalget for en sterkere faglig teamorganisering. Dette innebærer tverrfaglig samarbeid, investering i fordypning og spisskompetanse, samt kollektivt ansvar for integrert behandling av komplekse tilstander. Utvalget understreker også behovet for god samhandling mellom fagmiljø og behandlere med ulik kompetanse (ibid.).

Utvalget forventer at en sterkere tematisk organisering vil gi pasienter et mer spesialisert tilbud, sikre helhetlig fagkompetanse i helseforetakene, øke mulighetene for fagutvikling og opprettholdelse av spesialkompetanse over tid, samt gjøre tjenesten mer attraktiv for fagfolk. De identifiserer også fire områder der de gir forslag og anbefalinger for å forbedre tjenestene til pasienter med psykiske lidelser: kommunale tilbud og samhandling, inntak og utredning i psykisk helsevern, prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet, og et system for kunnskap og kvalitet.

Ekspertutvalget vurderer at tilbudet til pasienter med psykiske lidelser i kommunene og i psykisk helsevern bør ses i sammenheng med behov for bedre samarbeid mellom nivåene. Helsefelleskap, samhandlingsteam, og øremerkede samhandlingsbudsjett kan bidra til dette, men det krever tydelig

rolleavklaring og tilgjengelig informasjon på begge nivåer. En klarere oppgavedeling, spesielt knyttet til sykehusenes rolle i utredning og behandling, anses som nødvendig for økt tematisk organisering i psykisk helsevern (ibid).

Regjeringen har satt mål om å styrke de kommunale helsetjenestene, og ser dette som avgjørende for et godt tilbud i psykisk helsevern. De understreker behovet for statistikk og dokumentasjon på pasientgrunnlaget i begge nivåer, og ser behov for tydeligere definisjoner av hvilke tjenester som skal leveres på hvert nivå, samt hvilke samarbeidsområder som er de viktigste. I analysen av inntak og utredning i poliklinisk psykisk helsevern, påpeker utvalget at ressursene ofte rettes mot omfattende vurderinger av henvisninger, med usikker merverdi. De anbefaler organisering av dedikerte team med spesialiserte fagfolk for å effektivisere inntaksprosessen og redusere ventetider. Dette skal bidra til raskere avklaring av behov for spesialisthelsetjenester, og deretter optimal fordeling av pasientene til riktig tjenestetilbud.

Utvalget introduserer også prinsipper for en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern, fokusert på lærende fagteam med kunnskapsbasert behandling. De foreslår nettverksbasert tilgang på fagkompetanse og identifiserer fire pasientgrupper – spiseforstyrrelser, ADHD, psykoselidelser, og stemningslidelser – som kan dra nytte av mer spesialiserte tilbud basert på forekomst, kunnskapsbasert behandling, og ressursbruk (ibid.).

## 2.4 Opptappingsplanen for psykisk helse

Den nye Opptappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) (Meld. St. 23 (2022–2023)) har som mål å forbedre den psykiske helsen i Norge, og videreutvikle det samlede tjenestetilbudet. Regjeringen peker ut tre hovedinnsatsområder: helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, gode og tilgjengelige tjenester der folk bor, og tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov. Regjeringen understreker behovet for å styrke innsatsen for å forebygge psykiske plager og lidelser, senke terskelen for å få hjelp, og gi mer helhetlig behandling for de med alvorlige psykiske lidelser. Det legges vekt på bedre fordeling av oppgaver, og organisering av tjenester mellom sektorer for å optimalisere bruk av personell og skape gode arbeidsplasser. Det foreslås en økning på 3 milliarder kroner til psykisk helse i perioden 2023–2033. I budsjettet for 2023 ble det øremerket 150 millioner kroner til tiltak knyttet til opptappingsplanen for psykisk helse, samt styrking av døgnbehandling innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne.

De åtte resultatmålene i Opptappingsplanen inkluderer blant annet reduksjon av psykiske helseplager blant barn og unge, redusert ventetid til psykisk helsevern, og økt levealder for personer med alvorlige psykiske lidelser. Planen vektlegger også pasient- og brukermedvirkning samt bedre arbeidsforhold for helsepersonell.

Regjeringen planlegger å følge opp planen gjennom årlige budsjettforslag med oppdaterte vurderinger og konkrete tiltak. Sentralt i planperioden er tverrsektoriell forebygging og tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene. Innsatsen skal bidra til å redusere forekomsten av psykiske plager og lidelser og sikre god psykisk helse for befolkningen (Meld St. 23 (2022-2023) Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)).

## 2.5 Mangel på personell

Personellmangel er en av de viktigste faktorene som truer kapasiteten framover, og Helsepersonellkomisjonens framskrivninger innenfor psykisk helse og rus estimerte at det vil være behov for en styrking av årsverkene i denne sektoren med 15 % innen 2040. Framskrivningene viser en økning i poliklinisk aktivitet for alle områdene. Den fremskrevne økningen i poliklinisk aktivitet er stor innen TSB (+37 %), mens den også er betydelig innen psykisk helsevern for voksne (+18 %) og barn og unge (+20 %). (Finnsson, 2021; NOU, 2023). Hvis man ikke klarer å rekruttere de nødvendige årsverkene (gitt den estimerte økningen i poliklinisk aktivitet), eller hvis ikke behovet for helsetjenester innenfor psykisk helse- og rus reduseres, vil det kunne bli vanskelig å nå målene i opptappingsplanen om reduserte ventetider.

## 2.6 Utvikling i poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern for voksne og TSB

For å få et bilde av utvikling i poliklinisk aktivitet i psykisk helsevern for voksne og TSB over tid har vi undersøkt hva Helsedirektoratets tall fra SAMDATA (Helsedirektoratet, 2022c) viser. Store deler av teksten i dette delkapitlet er hentet direkte fra kommentarer til tabellverket i SAMDATA (ibid.).

Ifølge Helsedirektoratet var i overkant av 213 500 voksne (18 år og eldre) i kontakt med psykisk helsevern i løpet av 2022. Nasjonalt utgjorde befolkningens bruk av denne spesialisthelsetjenesten 48 pasienter per 1000 innbyggere dette året. Det var tre prosent flere pasienter sammenlignet med 2021, men når man tok hensyn til befolkningsendringen utgjorde økningen én prosent på landsbasis. Sammenlignet med 2019 var veksten på fire prosent. Veksten var knyttet til pasienter som kun mottok behandling i poliklinikk og pasientraten i 2022 lå over nivået før pandemien. Når det gjaldt døgnbehandling var pasientraten lavere sammenlignet med før pandemien til tross for flere døgnpasienter de siste årene.

Det var en nedgang i antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne fra 2021 til 2022. Nedgangen var knyttet til telefon- og videokontakter, men nivået lå fremdeles høyere enn før pandemien. Ser man bort fra telefon- og videokontakter var det en vekst på 9 prosent i poliklinisk aktivitet fra 2021 til 2022. I TSB var det også en nedgang i antall polikliniske kontakter fra 2021 til 2022, og på samme måte som for psykisk helsevern var nedgangen særlig knyttet til telefon- og videokontakter. Ser man bort fra denne type henvendelser var det en vekst på 6 prosent i poliklinisk aktivitet fra 2021 til 2022. Veksten var altså knyttet til pasienter som kun mottok behandling i poliklinikken og pasientraten i 2022 lå over nivået før pandemien. Når det gjaldt døgnbehandling var pasientraten lavere sammenlignet med før pandemien til tross for flere døgnpasienter de siste årene.

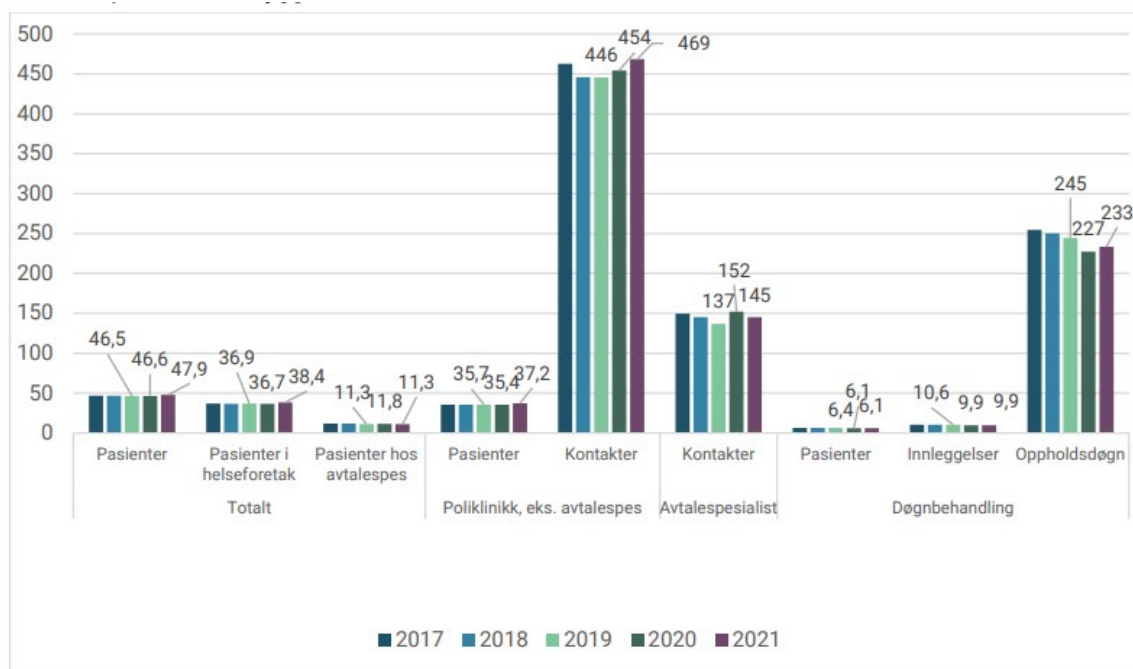
### 2.6.1 Geografiske forskjeller

Det var vekst i antall pasienter i alle regioner siste år og den største veksten hadde Vest og Nord. Veksten var primært knyttet til pasienter i poliklinisk behandling i foretakene, men i Nord var det også vekst for pasienter i døgnbehandling. I tillegg var det vekst hos avtalespesialistene både i Midt-Norge og i Nord. Sammenlignet med 2019 var veksten knyttet til pasienter i poliklinisk behandling i alle regionene og særlig gjaldt disse pasienter som ikke var i døgnbehandling samme år. Det var også vekst på bostedsområdenivå med unntak av Diakonhjemmet og Helgeland som hadde lavere pasientrate i 2022 sammenlignet med før pandemien.

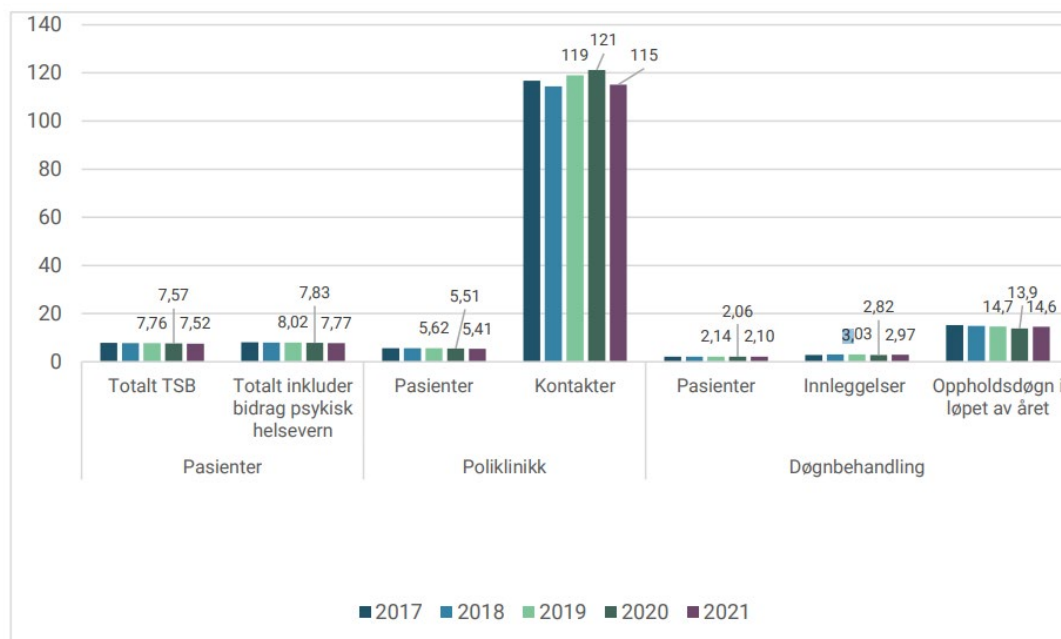
I Midt-Norge hadde Møre- og Romsdal en nedgang i døgnpasientraten, mens St.Olavs-området hadde en vekst i pasientraten for pasienter med kun poliklinisk tilbud. I Nord var det en nedgang i døgnpasientraten i Finnmark, mens pasientraten økte når det gjaldt pasienter som kun mottok poliklinisk behandling. I Helgeland var nedgangen samlet sett knyttet til både døgnpasienter og poliklinisk pasienter.

Områdene i Vest, med unntak av Førde-området, hadde en nedgang i døgnpasientrate, mens pasienter som kun mottok poliklinisk tilbud økte i alle områdene.

I figurene under presenteres utviklingen i både poliklinikk og døgnbehandling for perioden 2017-2021 i begge sektorer. Som vi ser av figurene var ratene relativt stabile i perioden, men med en økning i poliklinisk kontakt i psykisk helsevern for voksne fra 2018 til 2021. TSB hadde en liten nedgang i polikliniske kontakter fra pandemiårene 2020 til 2021. Det er en gradvis nedgang i døgnplasser i begge sektorer.



Figur 2-1 Pasienter, innleggelseser og polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne over 18 år. Rater per 1000 innbyggere over 18 år. Kilde: Helsedirektoratets SAMDATA-rapport for 2021



Figur 2-2 Pasienter, innleggelseser, og polikliniske kontakter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), 2017-2021. Rater per 1 000 innbyggere over 18 år. Kilde: Helsedirektoratets SAMDATA-rapport for 2021

## 2.7 Hvorfor bruker- og pasientundersøkelser?

I bruker- og pasientundersøkelsen er det brukt en kombinasjon av såkalte PROMS (Patient-reported outcome measures) og PREMS (Patient-reported experience measures). PROMs måler hvordan pasientene opplever forhold knyttet til helse, sykdom og effekt av behandlingen, og inkluderer typisk mål på symptom, funksjon, helse og livskvalitet (Black et al., 2016; Krogsgaard et al., 2021). PREMs handler i stor grad om pasienten sine erfaringer i møte med helsetjenesten. Her kartlegger man de områdene pasientene opplever at helsetjenesten ikke fungerer tilfredsstillende, man kan følge utvikling over tid, og bidra til at pasientenes erfaringer og innsikt i større grad kan brukes til å og forbedre helsetjenesten.

Bruker- og pasientundersøkelser innen psykisk helsevern og rusbehandling kan spille en viktig rolle for å vurdere og forbedre kvaliteten på tilbudet som gis. Generelt kan slike undersøkelser gi verdifull innsikt i pasienters opplevelser, tilfredshet og oppfatning av tjenestene de mottar, og bidra med brukerinnsikt og et kunnskapsgrunnlag til å forbedre psykisk helsetjenester (AHRQ, 2022).

### 2.7.1 Kvalitetsforbedring og ansvarlighet

Pasientundersøkelser gjør det mulig å identifisere områder for forbedring og overvåking av kvaliteten i tilbudet som gis. Tilbakemeldingene fra disse undersøkelsene kan fungere som et verktøy for å evaluere effektiviteten av psykiske helsetjenester og rustjenester, samt inspirere og ansvarliggjøre helsepersonell til å levere tjenester av høy kvalitet (Fernandes et al., 2020; Ishaque et al., 2019). Data samlet inn fra denne type bruker- og pasientundersøkelser kan også bidra til en mer evidensbasert politikkutforming og ressursallokering til disse tjenestene (ibid.)

### 2.7.2 Benchmarking og komparativ analyse

Bruker- og pasientundersøkelser kan også lette benchmarking og komparativ analyse på tvers av tjenester og institusjoner. Ved å sammenligne pasienttilfredshet og erfaringer på tvers av ulike tjenesteleverandører, kan organisasjoner identifisere beste praksis og forbedringsområder, og til slutt heve den generelle tjenestestandarden innen psykiske helsetjenester. De siste ti årene har FHI jobbet med utvikling av PROMS som nasjonale kvalitetsindikatorer (FHI, 2023b).

#### Støtte forskning og utvikling

Kunnskapen som oppnås fra bruker- og pasientundersøkelser kan også være grunnlag for forsknings- og utviklingsinnsats i helsetjenestene. Ved å forstå pasientenes erfaringer og preferanser bedre, kan forskere og tjenestedesignere utvikle og implementere nye tilnærminger for å møte de framtidige behovene hos pasienter i psykisk helsevern og TSB.



## 3 Design og metode

### 3.1 Utsendelsesprosedyre

En tradisjonell måte å rekruttere pasienter og brukere til å besvare elektroniske spørreskjema har vært å bruke ansatte i helsetjenestene til å videreformidle informasjon om survey-lenke, eller å dele ut "flyers" med lenke til undersøkelsen på venterom, direkte fra behandler etc. Undersøkelser av denne typen har også typisk blitt annonsert via brukerorganisasjoner og sosiale medier. Slike rekrutteringsmetoder avhenger av at tjenestene, behandlerne, og brukerorganisasjonene tar seg tid til å bistå forskerne med å videreformidle informasjonen. Noen gjør det, andre ikke. Det er dessuten en viss seleksjon i hvilke pasienter som er medlem av, eller følger, brukerorganisasjonene, og man når langt fra alle. Dette gjør tradisjonelle rekrutteringsmetoder sårbare for skjevheter, og det er vanskelig å ha kontroll på hvor mange som har fått undersøkelsen – slik at man ikke kan si så mye om representativitet. Det er heller ikke nødvendigvis heldig for behandler-pasientforholdet at behandler/administrativt personell på poliklinikken sender ut spørsmål til pasientene på vegne av andre. Ikke alle leser informasjonsskrivene som følger forskningsforespørselen, og enkelte pasienter vil tro at det er behandleren som spør om tilbakemelding på sitt tilbud.

Allerede før pandemien erfarte forskerne i SINTEF at det var vanskeligere å rekruttere både til survey og intervju i tjenestene enn tidligere; tjenestene rapporterer at de opplever et stort trykk om å bidra i forskning fra flere hold (og driver kanskje selv også egne studier i tjenestene), samtidig som antall henvisninger og behandlede pasienter har økt (særlig i sektorene psykisk helsevern og TSB). Det er også en utfordring at tjenestene ikke sitter med e-postadresse til alle sine pasienter, og tjenestene har heller ikke gode systemer for å drive storstilt utsendelse av SMS eller e-post på vegne av forskere.

Vi hadde derfor behov for å finne en ny måte å rekruttere pasienter på som ikke er avhengig av innsats fra helsetjenestene, som ivaretar pasientenes personvern, som gir flest mulig pasienter en lik mulighet til å delta, og dermed også reduserer potensialet for skjevhet i utvalg. Vi ønsket å gi tilbud om deltakelse til alle pasienter som har mottatt poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne, eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor et visst tidsrom, og fikk innvilget dispensasjon fra taushetsplikten fra Helse- og omsorgsdepartementet til å benytte Norsk pasientregister til å trekke populasjonen for oss. Videre inngikk vi et samarbeid med Klinisk forskningsenhet Midt-Norge (Klinforsk) om å benytte Helsenorge.no til utsending av lenke til spørreskjema. Prosedyren for utsendelse, formuleringer i henvendelsen om deltakelse og selve spørreskjemaet ble grundig vurdert og pilotert underveis i prosessen av en rekke brukerorganisasjoner som sitter i Helsedirektoratets brukerråd<sup>3</sup> (BrukeROP), samt Kompetansesenter for brukermedvirkning og tjenesteutvikling, KBT. Brukerorganisasjonene var overveiende positive til denne måten å henvende seg til pasientene på, til tross for at det vil bety at de som av ulike grunner ikke har tilgang til Helsenorge.no, ikke fikk anledning til å delta.

På grunn av kapasitetshensyn hos Helsenorge.no, ble utsendelsen spredt over flere dager og pågikk i perioden 7. – 16. juni 2023 for pasienter i PHV voksne og TSB, og 6.-30. september 2023 for pasienter som hadde vært hos avtalespesialist. Pasientene ble kontaktet på den måten de selv hadde valgt å bli kontaktet på via Helsenorge.no (SMS/e-post/app). De fikk 14 dagers frist til å besvare undersøkelsen, og en påminnelse 5 dager før utløpsfristen hvis de ikke hadde vært inne og tatt stilling til om de ønsket å delta i undersøkelsen (dvs. lest informasjonsskriv og fylt ut samtykke).

### 3.2 Deltakere i studien

Populasjonen ble trukket fra Norsk pasientregister og defineres som alle pasienter (18 år og eldre) som har mottatt poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i månedene februar, mars og april 2023. I tilfeller der en person har mottatt tjenester i både psykisk

---

<sup>3</sup> Brukerrådet skal fremme brukerperspektivet i strategisk viktige saker og prosesser for Helsedirektoratet.

helsevern og TSB, ble personen "lagt" til den sektoren der siste polikliniske konsultasjon var registrert. Dette utgjorde 87 424 pasienter i psykisk helsevern, 17 257 pasienter i spesialisert rusbehandling og 26 227 pasienter hos private avtalespesialister innen psykologiske/psykiatriske fagområder. Totalt utgjorde pasientpopulasjonen 130 908 pasienter.

Undersøkelsen er bredt anlagt, og inkluderer alle typer diagnoser. Vi ønsket å nå både pasienter som var under utredning, i aktiv poliklinisk behandling, og pasienter som hadde avsluttet et poliklinisk pasientforløp i løpet av de siste 90 dager. Dette for å sikre oss erfaringer både fra nyoppstartede forløp, og fra pasienter som har gjennomført hele forløpet og eventuelt mottar oppfølging av fastlege og andre kommunale tjenester. Pasienter i alle typer pasientforløp for psykisk helse og rus, også de i diagnosespesifikke forløp, inkluderes. Som vi skriver om i kapittel 5 (tabell 5-2) var det få pasienter som hadde vært i behandling i mindre enn 1 måned eller hadde hatt bare én konsultasjon (hhv. 2, 3 og 1 prosent i PHV voksne, TSB og hos avtalespesialist når det gjelder begge disse målene). Siden deltakerne som ble trukket av NPR minst hadde hatt én konsultasjon innen utgangen av april 2023, hadde de fleste rukket å få flere konsultasjoner innen skjemaet ble besvart i juni for PHV voksne og TSB-pasienter. Godt over halvparten av pasientene hadde hatt kontakt med behandler mer enn fem ganger på utfyllingstidspunktet.

Pasientene fikk muligheten (i spørreskjemaet) til å svare for behandling i annen sektor enn den sektoren som var identifisert i NPRs uttrekk. Resultatet viste at en prosent av pasientene NPR-registrert i psykisk helsevern valgte å svare vedrørende rusbehandling, mens så mye som 38 prosent av pasienter NPR-registrert i TSB (1222 pasienter) ønsket å svare vedrørende behandling i psykisk helsevern. Andelen polikliniske pasienter i TSB som har kontakt med psykisk helsevern i løpet av hele året er vesentlig lavere, om lag 20 prosent (basert på upublisert tallmateriale i tidligere prosjekter hvor vi har brukt data for psykisk helsevern og TSB fra NPR). Den høye andelen pasienter i TSB som ønsker å svare for psykisk helsevern kan dreie seg om at pasientene har knyttet spørsmålet til behandling av sin psykiske helse (som også skjer i regi av TSB) mer enn til å dreie seg om behandling i sektoren psykisk helsevern.

Vi har gått systematisk gjennom svarene til de 1222 pasientene i TSB som krysset av for at de ville svare for psykisk helsevern, og sammenliknet dem med de øvrige pasientene i TSB. En større andel av disse har krysset av på psykiatriske diagnoser (særlig depresjon og angstlidelse) sammenliknet med de øvrige i TSB-gruppen. På holdninger til tjenestene er disse 1222 pasientene litt mindre positive på en rekke spørsmål enn de øvrige pasientene i TSB, og litt mer positive enn gjennomsnittet blant pasienter i psykisk helsevern. Forskjellene dreier seg om andeler på et par prosentpoeng. Etter en samlet vurdering valgte vi å beholde sektor-inndelingen fra NPR i analysene.

### 3.3 Representativitet

For å undersøke representativitet har SINTEF samarbeidet med Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister (NPR) og Klinforsk for å få tilgang til (aggregerte) tall på totalpopulasjon, hvor mange pasienter undersøkelsen endte med å bli sendt ut til og hvor mange pasienter fra populasjonen undersøkelsen *ikke* kunne sendes ut til (f.eks. pga. manglende BankID/Helsenorge.no-tilgang) – sett opp mot utvalget som samtykket og fylte ut spørreskjema. Tall for disse populasjonene og utvalgene har vi tilgjengelig for variablene kjønn, alder og helseforetak/helseregion for de tre sektorområdene PHV, TSB og Avtalespesialister.

I tillegg har NPR tatt ut aggregerte tall på antall pasienter etter kjønn, alder, helseregion og diagnosegrupper, som:

- 1) Inngikk i totalpopulasjonen, dvs. alle polikliniske pasienter i PHV-V, TSB og Avtalespesialister i perioden februar til april 2023,
- 2) var polikliniske pasienter i PHV, TSB eller Avtalespesialister i perioden februar til april 2022, eller
- 3) var poliklinisk pasienter i PHV, TSB eller hos Avtalespesialist i hele 2022.



Punkt 2 og 3 har vi bedt om for å undersøke om det var store forskjeller mellom populasjonene fra 2022 til 2023.

Allerede da vi bestemte oss for å velge en digital undersøkelse med to-trinns-innlogging via Helsenorge.no visste vi at dette vil gå ut over de som ikke har tilgang til Bank-ID, og at dette vil være et ikke tilfeldig utvalg sårbare individer – flere av dem med innvandrerbakgrunn og/eller flyktningstatus. Dette vil ligge som en klar begrensning med våre data, og må tas høyde for ved tolkninger av funn. Det kan generelt være krevende å oppnå representativitet når det gjelder personer med innvandrerbakgrunn, først og fremst på grunn av språk. Dette gjelder flere språkgrupper. Gitt den økonomiske rammen i vårt prosjekt var det ikke mulig å inkludere skjema på flere språk, selv om det var et uttrykt ønske fra brukerorganisasjonene. Kartlegging av pasienter i poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne med fødested utenfor Norge utgjorde 12 prosent i 2013, med ni prosent av pasientene født i den ikke-vestlige delen av verden. Ca. 5 prosent var asylsøkere i offentlige poliklinikker, ca. 4 prosent hos private avtalespesialister (Ose et al., 2014b). I TSB var 7 prosent av de polikliniske pasientene i psykisk helsevern for voksne født i et annet land enn Norge (og 44 prosent kom fra den vestlige delen av verden), men her var det langt færre asylsøkere (0,1 prosent) og flyktninger (1,4 prosent) enn i psykisk helsevern.

Vi vet fra tidligere forskning at respons på denne type spørreundersøkelser kan variere med både kjønn, alder, diagnoser og sosioøkonomisk status. En non-respons-studie fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viste at blant ikke-deltakerne var prevalensene av kardiovaskulære sykdommer, diabetes og psykiatriske lidelser høyere både i ikke-deltakerdata og i data hentet fra allmennpraksis, sammenlignet med det som var rapportert av deltakerne. Registerdata viste at ikke-deltakerne hadde lavere sosioøkonomisk status og høyere dødelighet enn deltakerne (Langhammer et al., 2012). Vi vet altså fra HUNT-undersøkelsene at personer med psykiske lidelser svarer i mindre grad enn øvrig befolkning, og dette kan bety at vi ikke kan forvente like høy svarprosent i et utvalg pasienter i psykisk helsevern og TSB som vi ville hatt til en generell befolkningsundersøkelse. Dette er igjen et argument for å gå bredt ut med denne type undersøkelser – og gi så mange som mulig, muligheten til å delta.

### 3.4 Utvikling og innhold i spørreskjema

Spørreskjemaet utgjøres av både egendefinerte spørsmål og validerte instrumenter som er brukt i forskning tidligere. Vi har hatt høy bevissthet om å ha et klart språk i skjemaet, og har samarbeidet tett med oppdragsgiver Helsedirektoratet (inkl. ansatte med klinikerkompetanse i psykologi og forskningserfaring), og med Helsedirektoratets brukerråd (Brukerrop), om skjema utviklingen. Skjemaet ble pilotert ved Kompetansesenter for brukermedvirkning og tjenesteutvikling, KBT. Her deltok ni pasienter som har mottatt poliklinisk behandling i psykisk helsevern eller TSB.

Tabellen under gir en oversikt over tema inkludert i spørreskjema. Oversikt over spørsmål i skjemaet fins i vedlegg bak i rapporten (vi har kun inkludert skjema til pasienter i offentlig poliklinikk. Skjemaet til pasienter hos private avtalespesialister avviker litt fra dette).

**Tabell 3-1 Variabler og spørsmålsbatteri inkludert i spørreskjema**

|  |
|--|
| <p><b>Nåværende eller tidligere behandlingsperiode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Er i behandling psykisk helse eller/og TSB</li> <li>-Hvor lenge har behandlingen pågått</li> <li>-Nylig avsluttet behandling</li> <li>-En eller flere behandlere (i sist behandlingsperiode)</li> </ul>  |
| <p><b>Kontakt med andre tjenester siste 12 måneder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fastlege</li> <li>-Psykolog eller psykiater som du betaler fullt selv</li> <li>-Psykolog i kommunen</li> <li>-Oppsøkende team (ACT, FACT eller lignende)</li> <li>-Andre kommunale psykiske helsetjenester</li> <li>-Kommunale rustjenester</li> <li>-Hjemmesykepleie</li> </ul> |



|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>-Dagsenter eller annet lavterskeltiltak</li><li>-Støttekontakt</li><li>-Fysioterapeut, ergoterapi eller lignende</li><li>-Arbeids eller opplæringstiltak NAV – økonomi / bolig</li><li>-Hjelpetelefon, nettpat/chat eller liknende Innleggelse i sykehus</li><li>-Har ikke kontakt med andre helsetjenester</li></ul>  |
| <b>Informasjon i start av behandling:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Informasjon om behandlingsopplegget</li><li>-Informasjon om tidsplan</li><li>-Informasjon om plager/diagnose</li><li>-Informasjon om behandlingsmuligheter</li><li>-Informasjon om pakke-/pasientforløp</li></ul>   |
| <b>Medvirkning i behandling:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Har du behandlingsplan</li><li>-Tilpasses behandlingen til behov</li><li>-Snakk om behov for endringer underveis</li><li>-Medbestemmelse medisiner</li><li>-Tilbakemeldinger på behandlingen underveis</li></ul>   |
| <b>Familie, venner, pårørende:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Forhold til familie og venner</li><li>-Informere eller involvere pårørende</li><li>-Samarbeid med pårørende ønskelig eller ikke</li></ul>  |
| <b>Behandler-pasient-relasjon (STAR)</b><br><b>-Se beskrivelse i pkt. 3.4.1</b>  |
| <b>Samarbeid og koordinering med andre tjenester:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Involvering fastlege</li><li>-Spørsmål om fysisk helse i behandlingen</li><li>-Spørsmål om levevaner i behandlingen</li><li>-Kontakt med andre tjenester</li><li>-Fornøydhet andre tjenester</li><li>-Behandlers samarbeid med andre tjenester</li><li>-Individuell Plan (IP) / Ansvarsgruppe / Koordinator</li><li>-Kriseplan</li></ul>  |
| <b>Opplevelse av kontinuitet (CONTINU-UM)/ tjenestetilbud siste 12 månedene (jf beskrivelse av skalaen i 3.4.1):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Enkel tilgang til tjenestetilbud ved behov</li><li>-Tilgang til alle tjenestene som trengs</li><li>-Muligheten til å velge mellom ulike typer behandling</li><li>-Ventet lenge på å motta tjenestetilbud</li><li>-Tilgang til støtte og hjelp fra tjenestetilbud på kveldstid og helg</li><li>-Hyppig bytte av helsepersonell</li><li>-Fått informasjonen som trengs</li><li>-Tjenestetilbudet endret seg for å tilpasses behov</li><li>-Tjenestetilbudet hjulpet deg å gjøre framskritt</li><li>-Helsepersonell involvert kommuniserer med hverandre</li><li>-Støtte fra personer som har opplevd lignende helseutfordringer</li><li>-Nødt til å fortelle "livshistorien" til nytt helsepersonell</li></ul> |
| <b>Livskvalitet og helse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Alt i alt fornøydhet med livet for tiden</li><li>-Alt i alt, livet meningsfylt</li><li>-Psykisk helse for tiden</li><li>-Fysisk helse for tiden</li><li>-Helseproblemer går utover daglige aktiviteter</li><li>-Diagnose (i utredning eller behandling for)</li><li>-Egen beskrivelse av utfordringer mht psykisk helse og rus</li></ul>   |
| <b>Utbytte av behandlingen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Hjelper behandlingen med plagene</li><li>-Gir behandlingen tro på bedre liv</li><li>-Alt i alt tilfreds med behandlingen</li></ul>   |

### 3.4.1 Beskrivelse av standardiserte skalaer

Vi har brukt to standardiserte skalaer, henholdsvis for å måle terapeutisk relasjon og opplevelse av kontinuitet i behandlingen.

#### **Skala for å måle terapeutisk relasjon (STAR)**

STAR ble brukt til å vurdere forholdet mellom pasient og behandler – eventuelt den personen av flere i behandlingsapparatet (evt behandlingsteam) som pasienten vurderer som viktigst for dem. STAR har gode psykometriske egenskaper og god test-retest reliabilitet. De psykometriske egenskaper i en tysk versjon av STAR-P har blitt testet og funnet akseptabel (McGuire-Snieckus et al., 2007).

Vi brukte en oversettelse av STAR-P fra engelsk til norsk, som ble utformet etter avtale med den nordiske medforfatteren av skalaen. STAR-P har 12 elementer som består av tre delskalaer: positivt samarbeid, positive innspill fra behandler og ikke-støttende innspill fra behandler. Spørsmålene har en fempunktskala 0–4, der 0=aldri, 1=sjelden, 2=av og til, 3=ofte, 4=alltid. I statistiske analyser er svarene på de negativt ladede spørsmålene snudd, slik at høyere skåre indikerer bedre terapeutisk relasjon på samtlige spørsmål. Den interne konsistensen i skalaen ble målt ved Cronbachs alpha, som viste 0,90 for svarene fra pasienter hos avtalespesialist, og 0,92 for pasientene i poliklinikk sine svar.

#### **Skala for å måle opplevelse av kontinuitet (CONTINU-UM)**

Vi brukte skalaen CONTINU-UM (CoC) for å måle pasientenes oppfatning av kontinuitet i tjenestetilbudet de siste 12 måneder. Skalaen er utviklet av Rose m.fl. i England (2009). I samråd med Rose har forskere i SINTEF oversatt skalaen fra engelsk til norsk i forbindelse med et tidligere arbeid (Ådnanes et al., 2019). Vi inkluderte 12 av de 17 domeneene i analysen vår. Vi ekskluderte spørsmål som vi visste fra tidligere studie at var irrelevant for et stort flertall av pasienter i poliklinikk (gjaldt utskrivning fra sykehus, bruk av dagsenter, bruk av kriseplan). Et fjerde spørsmål ble fjernet fordi det er vanskelig å tolke ("i stand til å unngå tjenester").

Følgende spørsmål er inkludert i skjema. Har du de siste 12 månedene:

- hatt enkel tilgang til tjenestetilbud når du har hatt behov for det?
- fått alle de tjenestene du føler at du trenger?
- hatt muligheten til å velge mellom ulike typer behandling?
- måttet vente lenge på å motta tjenestetilbud?
- hatt tilgang til støtte og hjelp fra tjenestetilbud på kveldstid og helg?
- vært hyppig bytte av helsepersonell involvert i oppfølging av deg?
- fått den informasjonen du trenger fra behandler eller annet helsepersonell?
- tjenestetilbudet endret seg for å tilpasses dine behov?
- tjenestetilbudet hjulpet deg å gjøre framskritt?
- inntrykk av at helsepersonell som er involvert i oppfølging og behandling av deg kommuniserer med hverandre (om din sak)?
- støtte fra andre personer som har opplevd lignende helseutfordringer som deg;
- vært nødt til å fortelle "livshistorien" din til nytt helsepersonell.

Dette er en fempunkts Likert-skala (1–5), der svarkategoriene er: helt klart, stort sett, noen ganger, delvis, helt klart ikke. Vi la til en sjettede kategori i vår norske versjon. Pasienten kunne velge «ikke relevant/ikke behov» dersom tilgang til spørsmålet opplevdes som irrelevant.

I statistiske analyser av kontinuitet har vi snudd svarene slik at høyere skår indikerer bedre kontinuitet på samtlige spørsmål. Konsistens mellom spørsmålene i skalaen ble målt ved Cronbachs alpha, som viste 0,85 for både pasienter i poliklinikk og for pasienter hos avtalespesialist. I beregning av gjennomsnittskår ble kategori 6 ekskludert.

I regresjonsanalyse i kapittel 11 om pasientenes opplevelse av kontinuitet laget vi sumskår av ni av de 12 kontinuitetsspørsmålene. Tre spørsmål ble tatt ut på grunn av at mange svarte at spørsmålet var irrelevant for dem. Dette gjaldt spørsmål om tilgang til støtte og hjelp fra tjenester på kveldstid og helg (52 prosent

missing for hele utvalget); hyppig bytte av helsepersonell (25 prosent missing); kommunikasjon mellom involvert helsepersonell (23 prosent missing).

### **Livskvalitet og opplevd helse**

Når det gjelder spørsmål om subjektiv livskvalitet har vi inkludert to spørsmål fra såkalt minimumsliste av subjektiv livskvalitet (Nes et al., 2018) a) Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden? b) Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?

Når det gjelder spørsmål om helse inkluderer spørreskjemaet tre spørsmål: a) Hvordan er din psykiske helse for tiden? b) Hvordan er din fysiske helse for tiden? c) Opplever du at helseproblemene dine går ut over daglige aktiviteter?

## **3.5 Analyser**

I presentasjon av resultater (kap. 5-12) starter hvert kapittel med deskriptive analyser med frekvensfordeling på det enkelte spørsmål fordelt på de tre gruppene – pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist. For noen av spørsmålene ser vi også deskriptivt på hvordan svarene fordeler seg for det totale utvalget i undersøkelsen når det gjelder alder, egenrapportert diagnose og omfang av psykiske utfordringer og/eller rusutfordringer (lettere eller moderate utfordringer eller store/svært store utfordringer). Deretter gjøres logistiske og lineære regresjonsanalyser av utvalgte spørsmål for å se på sammenhenger/korrelasjoner mellom avhengig variabel – det som undersøkes, og en rekke andre variabler knyttet til pasientens bakgrunn, utfordringer med psykisk helse/rus, kontakt med tjenesteapparatet, behandlingsforløp, behandlerrelasjon og regiontilknytning.

Alle regresjonsanalysene er basert på samme modell, som kontrollerer for følgende uavhengige variabler:

#### *Demografiske variabler:*

- Kjønn, aldersgrupper, utdanning, inntekt (hovedinntekt fra arbeid, trygdeytelse eller annet), og bosituasjon (bor alene eller sammen med andre)

#### *Utfordringer psykisk helse/rus:*

- Omfang av utfordringer (små/moderate versus store/svært store), mer eller mindre enn fem år med utfordringer, antall diagnoser (en, to, tre eller mer enn tre)

#### *Kontakt med helsetjenester og tiltak siste tolv måneder:*

- Kommunale helsetjenester (sum psykisk helse/- rustjenester, hjemmesykepleie og fysioterapi), oppsøkende team (ACT, FACT el.l), dagsenter/lavterskeltiltak, arbeidstiltak, innleggelse, koordineringstiltak (enten/eller Individuell plan (IP), ansvarsgruppe, koordinator)

#### *Behandlingsforløp:*

- Er i behandling versus nylig avslutta, lengde på behandlingstid (mindre enn to måneder, 3-6 måneder, mer enn 6 måneder)

#### *Relasjon til behandler:*

- Behandlerrelasjon/terapeutisk relasjon (standardisert skala STAR, jf. 3.4.1)

#### *Regiontilknytning:*

- Region Sør-Øst, Midt-Norge og Region Nord sammenlignet med Region Vest

### **3.5.1 Formålet med regresjonsanalysene**

Generelt er formålet med regresjonsanalyser å teste hypoteser om sammenhenger mellom en avhengig variabel og flere uavhengige variabler for å identifisere faktorer som bidrar til å forklare variasjon i den avhengige variabelen (Gordon, 2015). Vårt formål med regresjonsanalyse i denne rapporten har ikke vært å teste hypoteser om årsakssammenhenger (til det egner surveybaserte tverrsnittsdata seg dårlig), men å undersøke samvariasjon/korrelasjon mellom variabler samtidig som man kontrollerer for svarverdier på

andre sentrale variabler. Når vi sier at vi kontrollerer for variabler, mener vi at vi inkluderer disse faktorene i analysen for å se om sammenhengen mellom avhengig og uavhengige variabler fortsatt er signifikant når de andre variablene er tatt i betraktning. Regresjonsanalysene fungerer her som en såkalt multivariat korrelasjonsanalyse (multivariat fordi den inkluderer mer enn én uavhengig variabel) og bidrar til å beskrive datamaterialet og sammenhengene på en mer grundig måte enn hva enkle bivarierte korrelasjonsanalyser gjør. Regresjonsanalysene gir oss dermed kunnskap om ulike forhold som har sammenheng med den avhengige variabelen som vi studerer. Dette kalles gjerne et eksplorerende design (Braun & Oswald, 2011). Det gir ingen kausale svar, men analysen tar hensyn til samvariasjon mellom flere variabler. Videre har prosjektets rammer (tidsmessig og økonomisk) gjort at vi har måttet prioritere hvilke analyser som skulle gjøres i forbindelse med rapporten. Datamaterialet er svært omfangsrikt, og mulighetene for analyser av flere forskningsspørsmål, med mer sofistikerte metoder og flere sensitivitetsanalyser, er mange.

Det ble gjort separate regresjonsanalyser for de tre pasientutvalgene. Grunnen til dette valget var at utvalgene er ulike på en rekke sentrale variabler både når det gjelder demografisk bakgrunn, helseutfordringer og også lengde på behandling. Videre er utvalgene svært ulike når det gjelder antall pasienter. En felles analyse for alle tre sektorene pålegger en antakelse om at sammenhengene mellom avhengig og uavhengig variabel er lik for alle sektorer. Ved å gjøre separate regresjoner tar vi høyde for disse vesentlige forskjellene og tillater at sammenhengene varierer med sektor.

I tillegg til separate regresjonsanalyser, har vi kjørt regresjonsanalyser for hele utvalget samlet i det siste resultatkapitlet, som omhandler tilfredshet og utbytte av behandlingen (kap. 12). Dette for å sammenligne pasientenes svar i de tre sektorene kontrollert for andre variabler. Regresjonsmodellen for samlet utvalg inneholder hvilken sektor pasienten mottar behandling i, i tillegg til variablene beskrevet over.

## 4 Respons og representativitet

I dette kapitlet presenterer vi først omfanget pasienter i de ulike populasjonene og definerer forskjellen på totalpopulasjon, mottakpopulasjon og utvalg. Basert på dette har vi beregnet responsrate, og vi har undersøkt noen bakenforliggende variabler som kjønn og alder for den delen av populasjonen som ikke kunne kontaktes via Helsenorge.no. For å undersøke på hvilken måte vår populasjon fra februar/mars/april 2023 eventuelt skilte seg fra populasjonen som mottok polikliniske tjenester i samme tre-månedersperiode i 2022, og fra populasjonen i hele 2022, har NPR levert aggregerte tall på noen utvalgte variabler som kjønn, alder, helseregion og diagnose. Merk at kjønnsvariabelen i dette kapitlet er basert på registerdata, og at det dermed kun skilles mellom menn og kvinner. I spørreundersøkelsen så vi at i overkant av to prosent av utvalget definerte seg som noe annet enn mann/kvinne, svarte "vet ikke" eller ikke ønsket å svare på spørsmålet om kjønn.

### 4.1 Totalpopulasjon, mottakpopulasjon og utvalg

Uttrekket fra NPR viste at det i perioden februar, mars og april 2023 var til sammen 130 908 pasienter (18+) som mottok en poliklinisk konsultasjon (inkl. telefon/videokonsultasjon) enten i psykisk helsevern for voksne (n=87 424), i TSB (n=17 257) eller hos private avtalespesialister (n=26 227). Da populasjonen ble oversendt Klinforsk for å koble til skjemautesendelse via Helsenorge.no, var det en del av personnumrene i totalpopulasjonen som fikk feilmelding. Årsakene til dette kan for eksempel være at personen mangler Bank-ID, feil i fødselsnummer, duplikater, eller at vedkommende har registrert at man ikke ønsker å kontaktes via Helsenorge.no osv. Dette utgjorde 7 274 personer, som vi kaller feilmeldingspopulasjonen. Dette gjorde at Klinforsk sto igjen med en "mottakpopulasjon" på totalt N = 123 634 pasienter som kunne motta skjema via Helsenorge.no. Disse fordelte seg på n = 82 050 i PHV, n = 15 667 i TSB og n = 25 917 hos avtalespesialister. Vi endte med å få samtykke til deltakelse fra totalt n= 33 458 personer. Disse utgjøres av n = 21 346 i PHV, n = 3 199 i TSB og n = 8 913 avtalespesialistpasienter. Disse omtaler vi som *utvalget*. Det var også noen pasienter som gjorde en vurdering av om de ville delta i undersøkelsen, men takket nei på spørsmål om samtykke til deltakelse og dermed ikke fylte ut skjemaet. Disse utgjorde 5242 i PHV, 793 i TSB og 1202 avtalespesialistpasienter.

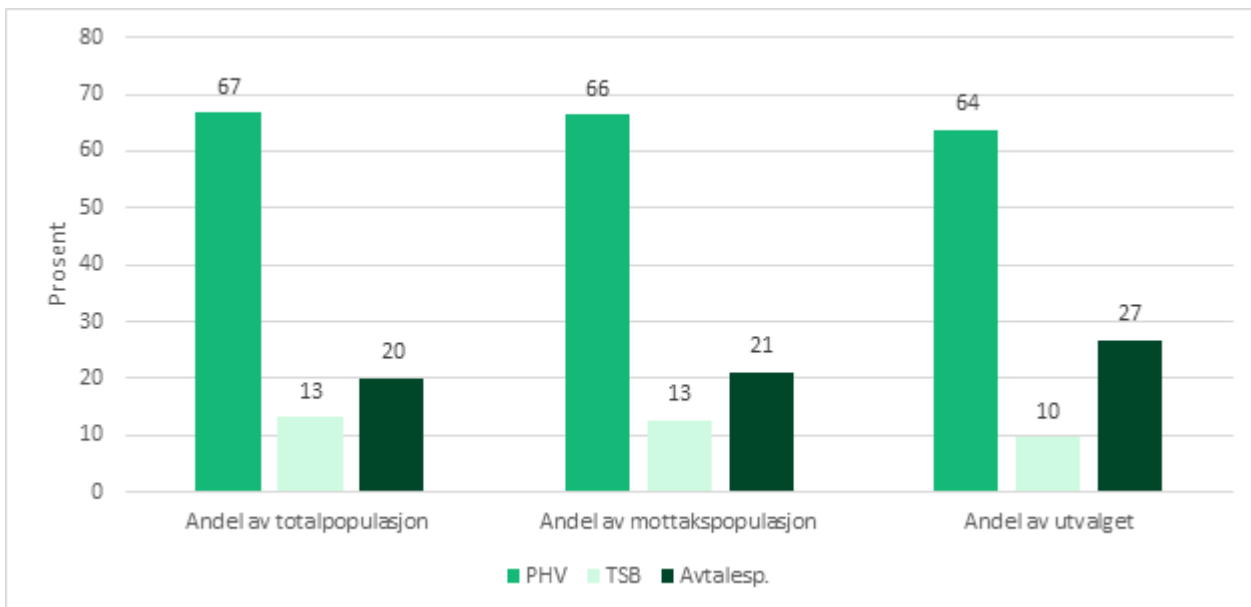
Avhengig av hvilken populasjon vi tar utgangspunkt i, lå den totale responsraten på undersøkelsen på 26-27 prosent. Den var høyest blant avtalespesialistpasientene og lavest i TSB:

**Tabell 4-1 Populasjon, utvalg og responsrate fordelt på sektorene psykisk helsevern for voksne (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og avtalespesialister (Avtalesp.)**

|                  | Totalpopulasjon (NPR) | Mottakpopulasjon (fikk skjema) | Differanse totalpop. minus mottaks-pop. = feilmeldingspop. | Utvalg (besvarte skjema) | Svarprosent totalpop. | Svarprosent mottakpop. |
|------------------|-----------------------|--------------------------------|--|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>PHV</b>       | 87424                 | 82050                          | -5374  | 21346                    | 24                    | 26                     |
| <b>TSB</b>       | 17257                 | 15667                          | -1590  | 3199                     | 19                    | 20                     |
| <b>Avtalesp.</b> | 26227                 | 25917                          | -310   | 8913                     | 34                    | 34                     |
| <b>Totalt</b>    | 130908                | 123634                         | -7274  | 33458                    | 26                    | 27                     |

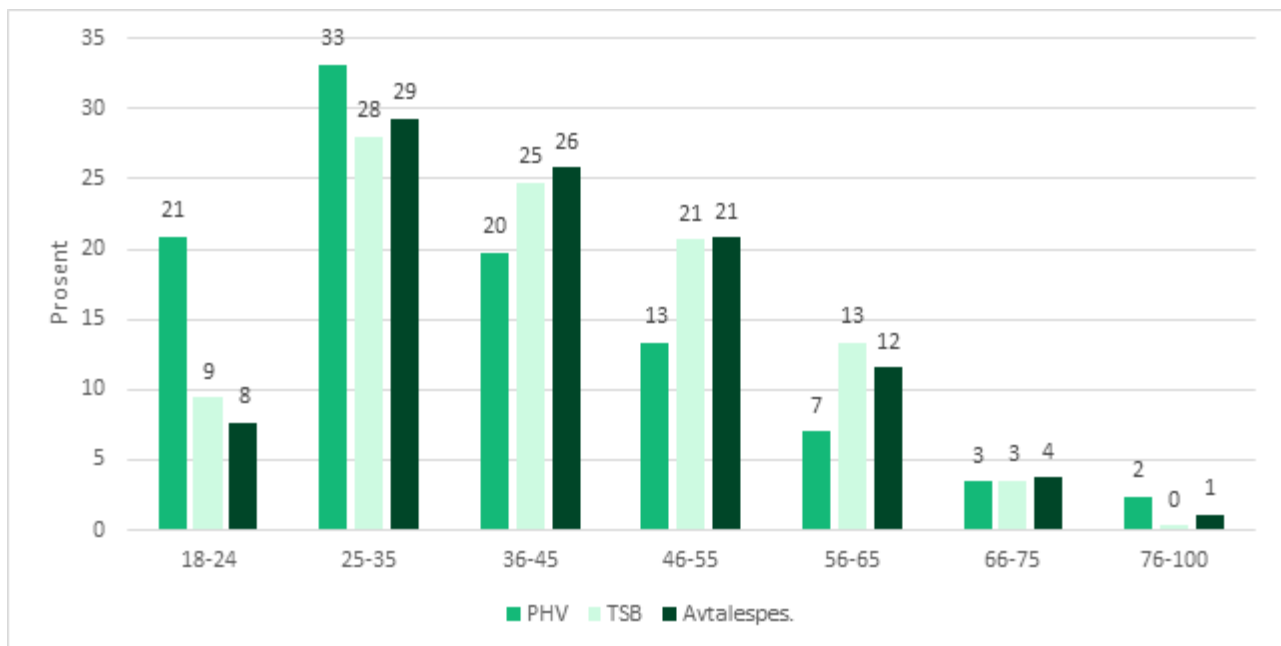
Av totalpopulasjonen på 130 908, utgjorde pasienter i poliklinikker i psykisk helsevern for voksne 67 prosent, pasienter i poliklinikker i TSB 13 prosent og pasienter hos avtalespesialister 20 prosent. I figuren under presenterer vi andelene de ulike sektorene utgjorde i de to populasjonene og i utvalget som besvarte skjemaet (vi bruker begrepet sektor også om avtalespesialistene, selv om de ikke er en egen sektor, men del av psykisk helsevern). Vi ser at det er en noe lavere andel som svarte i TSB sammenliknet

med totalpopulasjon/mottakpopulasjon, og en noe høyere andel som svarte blant avtalespesialistpatientene. I psykisk helsevern for voksne var andelen omtrent den samme.



**Figur 4-1 Andel (%) av totalpopulasjon, mottakpopulasjon og utvalget (de som svarte) som utgjøres av de tre ulike sektorer psykisk helsevern for voksne (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og avtalespesialister. Antall i hver sektor: N=130 908, N=123 634 og n=33 458**

I neste figur har vi beregnet hvor stor andel (prosent) av totalpopulasjonen som befant seg i hver aldersgruppe innenfor hver av sektorene. Som vi ser av figuren har psykisk helsevern for voksne relativt sett flere i de yngste aldersgruppene (54 prosent var 35 år eller yngre), sammenliknet med de to øvrige sektorene. I de eldste aldersgruppene er det relativt likt (bortsett fra svært få av de eldste i TSB). Avtalespesialistene har relativt mange middelaldrende pasienter (55 prosent var mellom 25 og 45 år). En figur som viser kjønnsfordeling for totalpopulasjonen, finnes i neste delkapittel.



**Figur 4-2 Andelsmessig (%) fordeling på aldersgrupper av totalpopulasjonen (N=130 908) for hver av sektorene PHV (N=87 424), TSB (N=17 257) og Avtalespesialister (N=26 227). Stolpene for hver sektor summerer seg til 100 % horisontalt**

Vi har også informasjon om hvilket helseforetak (HF) pasientene i totalpopulasjonen og utvalget tilhørte for de offentlige poliklinikkene i PHV og TSB. I de to neste tabellene presenteres totalt antall pasienter for totalpopulasjon og utvalg, samt hvor mye disse pasientene andelsmessig utgjorde innenfor hvert helseforetak eller institusjon. Hvis vi sammenlikner andelene mellom totalpopulasjon og utvalg, ser vi at det er små forskjeller. Oslo universitetssykehus og St. Olavs hospital er de eneste HF-ene der forskjellene utgjør mer enn ett prosentpoengs forskjell, og i begge tilfellene er den en litt lavere andel av pasientene som har svart på undersøkelsen.

**Tabell 4-2 Antall og andel (%) av totalpopulasjonen i PHV (N =87 424) og av utvalget som besvarte undersøkelsen (n=21346), fordelt på helseforetak/institusjon**

| Helseforetak (HF)                | Totalpopulasjon PHV |                    | Utvalget (som svarte) |                |
|----------------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|----------------|
|                                  | Totalpop. (antall)  | Andel av Totalpop. | Utvalget (antall)     | Andel besvarte |
| Akershus universitetssykehus HF  | 8140                | 9,3                | 2102                  | 9,8            |
| Betania Malvik                   | 116                 | 0,1                | 32                    | 0,1            |
| Betanien Sykehus AS              | 810                 | 0,9                | 204                   | 1,0            |
| Coperiosenteret                  | 387                 | 0,4                | 78                    | 0,4            |
| Crux Bergfløtt behandlingssenter | 108                 | 0,1                | 18                    | 0,1            |
| Diakonhjemmet sykehus A/S        | 2140                | 2,4                | 465                   | 2,2            |
| Fekjær psykiatriske senter AS    | 59                  | 0,1                | 15                    | 0,1            |
| Finnmarkssykehuset HF            | 1617                | 1,8                | 403                   | 1,9            |
| Helgelandssykehuset HF           | 1215                | 1,4                | 303                   | 1,4            |



|   |       |     |       |     |
|---|-------|-----|-------|-----|
| Helse Bergen HF                                   | 5275  | 6,0 | 1281  | 6,0 |
| Helse Førde HF                                    | 1791  | 2,0 | 406   | 1,9 |
| Helse Fonna HF                                    | 2531  | 2,9 | 600   | 2,8 |
| Helse Møre og Romsdal HF                          | 3712  | 4,2 | 904   | 4,2 |
| Helse Nord Trøndelag HF                           | 1954  | 2,2 | 479   | 2,2 |
| Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus | 3992  | 4,6 | 1054  | 4,9 |
| Lovisenberg diakonale sykehus AS                  | 3750  | 4,3 | 861   | 4,0 |
| Medi 3 Ålesund avdeling PHV for voksne            | 176   | 0,2 | 46    | 0,2 |
| Modum Bad   | 327   | 0,4 | 99    | 0,5 |
| N.K.S. Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter | 116   | 0,1 | *     | 0,0 |
| NKS Jæren Distrikpsykiatriske Senter AS           | 766   | 0,9 | 191   | 0,9 |
| NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus           | 226   | 0,3 | 23    | 0,1 |
| Nordlandssykehuset HF                             | 1804  | 2,1 | 470   | 2,2 |
| Norsk Arbeidshelse AS avd Innlandet               | 135   | 0,2 | 30    | 0,1 |
| Norsk Arbeidshelse AS avd Kristiansand            | 283   | 0,3 | 99    | 0,5 |
| Norsk Arbeidshelse AS avd Oslo                    | 308   | 0,4 | 87    | 0,4 |
| Norsk Arbeidshelse AS avd Porsgrunn               | 166   | 0,2 | 46    | 0,2 |
| Norsk Arbeidshelse AS Avd Sarpsborg               | 327   | 0,4 | 112   | 0,5 |
| Oppfølgingsenheten Frisk Sør-Øst                  | 134   | 0,2 | 37    | 0,2 |
| Oslo universitetssykehus HF                       | 5062  | 5,8 | 1011  | 4,7 |
| Psykologsenteret DA                               | 222   | 0,3 | 77    | 0,4 |
| Sørlandet Sykehus HF                              | 4526  | 5,2 | 1069  | 5,0 |
| Solli DPS   | 1219  | 1,4 | 317   | 1,5 |
| Speare AS   | 454   | 0,5 | 128   | 0,6 |
| Spesialistlege AS                                 | 547   | 0,6 | 178   | 0,8 |
| St. Olavs Hospital HF                             | 6340  | 7,3 | 1293  | 6,1 |
| Sykehuset Østfold HF                              | 4375  | 5,0 | 1137  | 5,3 |
| Sykehuset i Vestfold HF                           | 3799  | 4,3 | 902   | 4,2 |
| Sykehuset Innlandet HF                            | 5159  | 5,9 | 1379  | 6,5 |
| Sykehuset Telemark HF                             | 2617  | 3,0 | 633   | 3,0 |
| Universitetssykehuset Nord-Norge HF               | 2929  | 3,4 | 770   | 3,6 |
| Vestre Viken HF                                   | 7317  | 8,4 | 1871  | 8,8 |
| Viken senter for psykiatri og sjelesorg           | *     | 0,0 | *     | 0,0 |
| Voss DPS NKS Bjørkeli AS                          | 487   | 0,6 | 126   | 0,6 |
| Total   | 87424 | 100 | 21346 | 100 |

\*Antall under 10 er prikket/anonymisert.

I tabellen under presenterer vi de samme variablene for TSB. Jevnt over viser tabellen små forskjeller mellom totalpopulasjon og utvalg, men med noen flere HF/institusjoner med over ett prosentpoengs forskjell. F.eks. er det lavere andeler i Utvalget i HF-ene tilknyttet både Oslo, Bergen og Trondheim.

**Tabell 4-3 Antall og andel (%) av totalpopulasjonen i TSB (N=17 257) og av utvalget som besvarte undersøkelsen (n=3 199), fordelt på helseforetak/institusjon**

| Helseforetak (HF)                                 | Totalpopulasjon TSB |                    | Utvalget (som svarte) |                |
|---|---------------------|--------------------|-----------------------|----------------|
|   | Totalpop. (antall)  | Andel av Totalpop. | Utvalget (antall)     | Andel besvarte |
| A-senteret  | 263                 | 1,5                | 85                    | 2,7            |
| Akershus universitetssykehus HF                   | 1554                | 9,0                | 292                   | 9,1            |
| Blå Kors Poliklinikk Oslo                         | 178                 | 1,0                | 49                    | 1,5            |
| Borgestadklinikken Blå Kors                       | 263                 | 1,5                | 62                    | 1,9            |
| CRUX Kalfaret Behandlingssenter                   | 33                  | 0,2                | *                     | 0,3            |
| Crux TSB Stavanger                                | 23                  | 0,1                | *                     | 0,1            |
| Diakonhjemmet sykehus A/S                         | 288                 | 1,7                | 52                    | 1,6            |
| Finnmarkssykehuset HF                             | 97                  | 0,6                | 19                    | 0,6            |
| Frelsesarmeens Bo- og Behandlingssenter           | 30                  | 0,2                | *                     | 0,3            |
| Haugaland A-senter                                | 399                 | 2,3                | 95                    | 3,0            |
| Helgelandssykehuset HF                            | 185                 | 1,1                | 31                    | 1,0            |
| Helse Bergen HF                                   | 1953                | 11,3               | 294                   | 9,2            |
| Helse Førde HF                                    | 64                  | 0,4                | 10                    | 0,3            |
| Helse Fonna HF                                    | 85                  | 0,5                | 16                    | 0,5            |
| Helse Møre og Romsdal HF                          | 469                 | 2,7                | 81                    | 2,5            |
| Helse Nord Trøndelag HF                           | 284                 | 1,6                | 56                    | 1,8            |
| Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssykehus | 836                 | 4,8                | 150                   | 4,7            |
| Incognito klinikk                                 | 115                 | 0,7                | 37                    | 1,2            |
| Lade Behandlingssenter                            | 116                 | 0,7                | 31                    | 1,0            |
| Lovisenberg diakonale sykehus AS                  | 387                 | 2,2                | 66                    | 2,1            |
| Nordlandssykehuset HF                             | 307                 | 1,8                | 55                    | 1,7            |
| Oslo universitetssykehus HF                       | 1339                | 7,8                | 210                   | 6,6            |
| Rogaland A-senter                                 | 127                 | 0,7                | 40                    | 1,3            |
| Sørlandet Sykehus HF                              | 1202                | 7,0                | 190                   | 5,9            |
| St. Olavs Hospital HF                             | 899                 | 5,2                | 118                   | 3,7            |
| Stiftelsen Trasoppklinikken                       | 102                 | 0,6                | 30                    | 0,9            |
| Sykehuset Østfold HF                              | 1343                | 7,8                | 254                   | 7,9            |
| Sykehuset i Vestfold HF                           | 1039                | 6,0                | 188                   | 5,9            |
| Sykehuset Innlandet HF                            | 842                 | 4,9                | 166                   | 5,2            |
| Sykehuset Telemark HF                             | *                   | 0,0                | *                     | 0,0            |
| Tyrilistiftelsen                                  | 156                 | 0,9                | 24                    | 0,8            |
| Universitetssykehuset Nord-Norge HF               | 479                 | 2,8                | 99                    | 3,1            |
| Veslelien   | 23                  | 0,1                | *                     | 0,1            |
| Vestre Viken HF                                   | 1775                | 10,3               | 376                   | 11,8           |
| Total   | 17257               | 100                | 3199                  | 100            |

\*Antall under 10 er prikket/anonymisert.

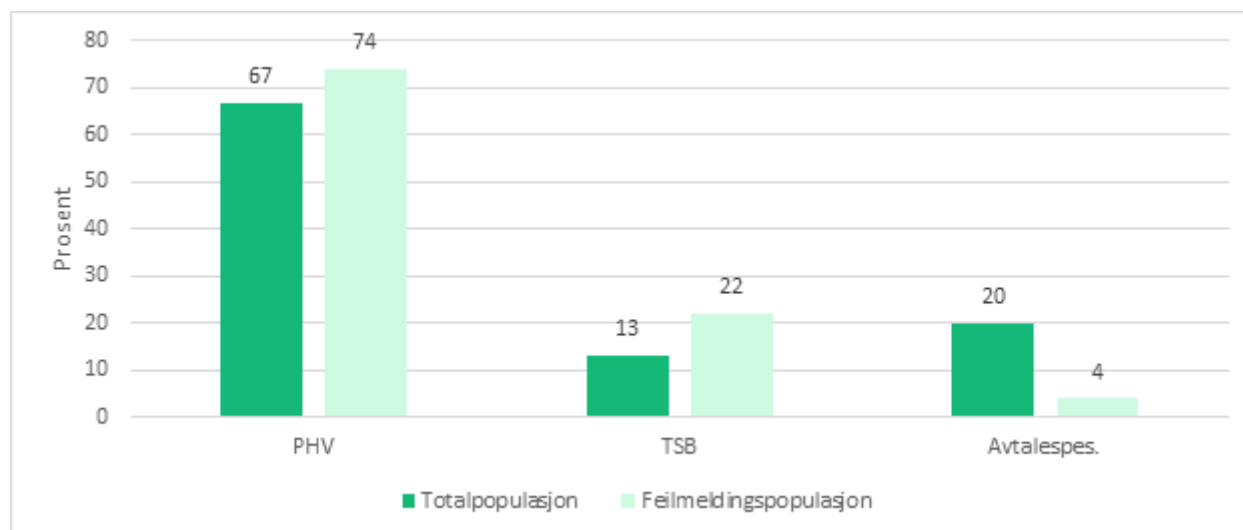
Når det gjelder pasienter som fikk behandling hos avtalespesialister i psykisk helsevern for voksne har vi ikke samme informasjon om HF, men vi har informasjon om hvilket regionalt helseforetak pasientene i totalpopulasjonen var tilknyttet (ikke for Utvalget). Som vi ser av tabellen var 64 prosent av populasjonen tilknyttet Helse Sør-Øst, 21 prosent Helse Vest, mens de to øvrige regionene har et begrenset tilbud om avtalespesialister, noe som vises på populasjonene i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Som tidligere vist var kjønnsandelen 71 prosent kvinner totalt i avtalespesialistpopulasjonen – med noe høyere andel i Helse vest (73 prosent).

**Tabell 4-4 Totalpopulasjon (fordelt på kjønn) og utvalget som svarte oss av pasienter hos avtalespesialister i psykisk helsevern for voksne. Antall og andel (%) av total**

| Helseregion      | Mann | Kvinne | Totalpop. | Andel av totalpop. | Antall i utvalget | Andel av utvalget |
|------------------|------|--------|-----------|--------------------|-------------------|-------------------|
| Helse Midt-Norge | 703  | 1699   | 2402      | 9,2                | 810               | 9,1               |
| Helse Nord       | 460  | 1090   | 1550      | 5,9                | 581               | 6,5               |
| Helse Sør-Øst    | 4978 | 11748  | 16726     | 63,8               | 5596              | 62,8              |
| Helse Vest       | 1518 | 4008   | 5526      | 21,1               | 1913              | 21,5              |
| Ukjent           | 4    | 19     | 23        | 0,1                | 13                | 0,1               |
| Total            | 7663 | 18564  | 26227     | 100                | 8913              | 100               |

## 4.2 Pasientene i populasjonen som ikke kunne motta undersøkelsen via Helsenorge.no

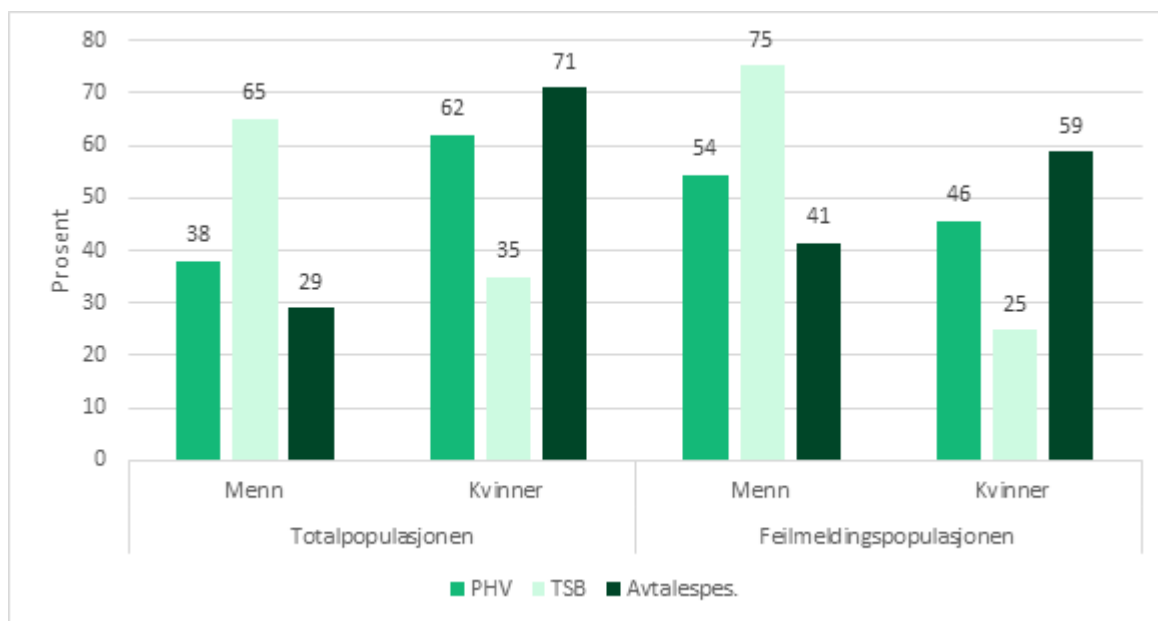
Siden dette er den første spørreskjemaundersøkelsen som er sendt ut via Helsenorge.no rettet mot alle polikliniske pasienter i PHV, TSB og Avtalespesialister innenfor et gitt tidsrom, vet vi fra tidligere lite om hva som kjennetegner de som ikke kan motta slike undersøkelser via denne plattformen. Vi har derfor sett litt nærmere på kjønn og alder i populasjonene. I figuren under presenteres andelen av hhv. totalpopulasjonen og feilmeldingspopulasjonen i de ulike sektorene. Feilmeldinger var relativt sett et større problem blant TSB-pasientene enn avtalespesialistpasientene.



**Figur 4-3 Andel (%) av hhv. totalpopulasjonen (N=130 908) og feilmeldingspopulasjonen (N=7 274) som tilhørte hver av sektorene. Stolpene for hver sektor summerer seg til 100 % horisontalt**

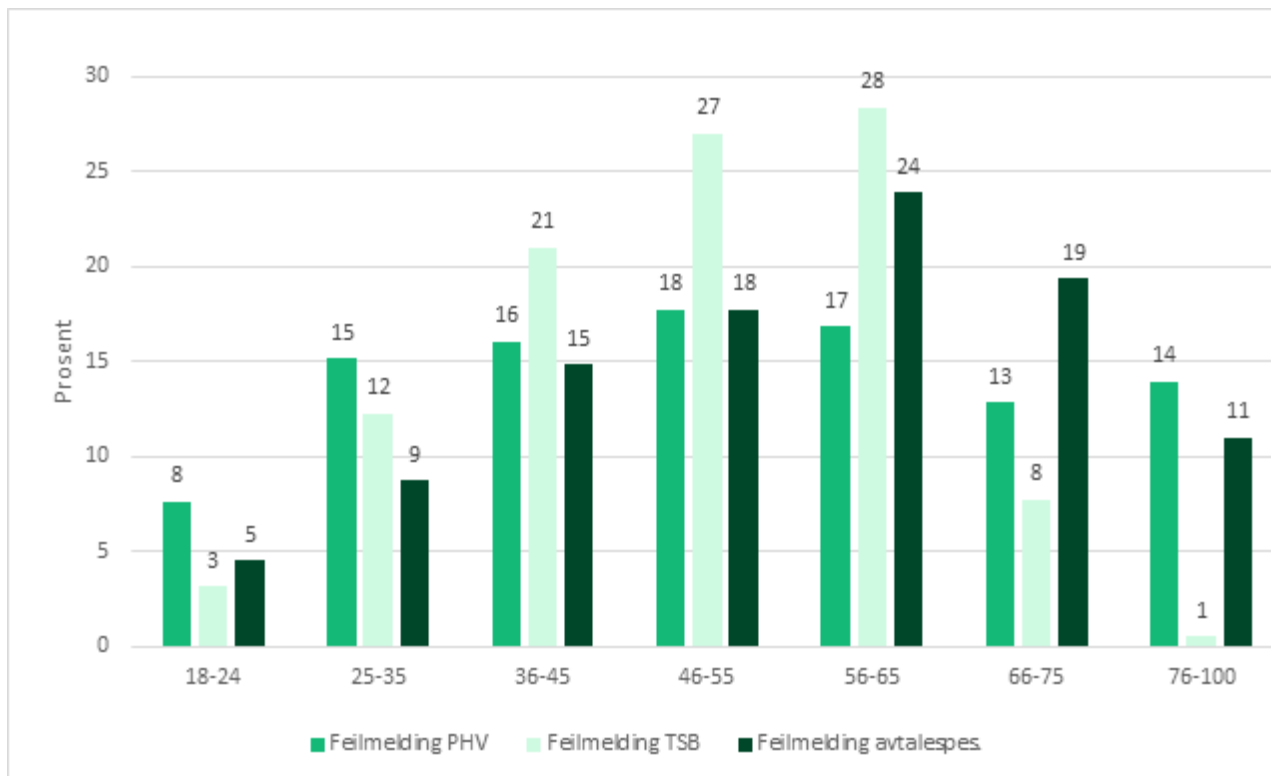
I figuren under fremstiller vi andeler fordelt på kjønn i hver sektor, fordelt på totalpopulasjonen som NPR trakk, og feilmeldingspopulasjonen som ikke mottok skjema fordi man ikke fikk "match" i fødselsnummeret mellom NPR og Helsenorge.no. Vi ser at det er relativt store kjønnsforskjeller i hvem som mottok polikliniske tjenester i hhv. PHV, TSB og hos avtalespesialister i de aktuelle månedene i 2023. I PHV var det 38 prosent menn, i TSB 65 prosent menn og hos avtalespesialister 29 prosent menn (resten var altså definert som kvinner, siden vi baserer oss på registerbasert kjønnsinformasjon).

I feilmeldingspopulasjonen var det noe mindre forskjeller i PHV (54 prosent menn) og blant avtalespesialistpasientene (41 prosent menn) mens det var noe større forskjell i TSB, der 75 prosent av den populasjonen som ikke fikk tilsendt undersøkelsen var menn.



**Figur 4-4 Andel (%) kvinner og menn i hver sektor for hhv. totalpopulasjonen (N=130 908) og feilmeldingspopulasjonen (N=7274) som ikke kunne motta skjema via Helsenorge.no. Stolpene for hver sektor summerer seg til 100 % horisontalt innad i populasjonene**

Vi har også beregnet andel av populasjonen innenfor aldersgrupper i hver sektor. Figuren under viser at det relativt sett var en noe høyere andel med feilmelding blant de yngste aldersgruppene i psykisk helsevern, TSB hadde de høyeste andelene mellom 36 og 65 år, mens det hos avtalespesialistene var relativt høy andel i de eldste aldersgruppene.



**Figur 4-5 Feilmeldingspopulasjonens (N=7274) andelsmessige aldersfordeling innad i hhv. PHV (n=5374), TSB (n=1590) og Avtalespes. (n=310). Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt**

### 4.3 Vårt utvalg vs. populasjonstall fra NPR

Fra NPR hadde vi tilgang til aggregerte tall på antall pasienter etter kjønn, alder, helseforetak/helseregion og diagnosegrupper, som:

- 1) Inngikk i totalpopulasjonen, dvs. alle polikliniske pasienter i PHV, TSB og Avtalespesialister i perioden februar til april 2023,
- 2) var polikliniske pasienter i PHV, TSB eller Avtalespesialister i perioden februar til april 2022, eller
- 3) var poliklinisk pasienter i PHV, TSB eller hos Avtalespesialist i løpet av hele 2022.

Det er mange måter å sammenstille disse dataene på deskriptivt. I det følgende presenterer vi et utvalg tabeller med absolutte tall på antall pasienter, og figurer som viser andel (prosent) av totaltall.

#### 4.3.1 Kjønn

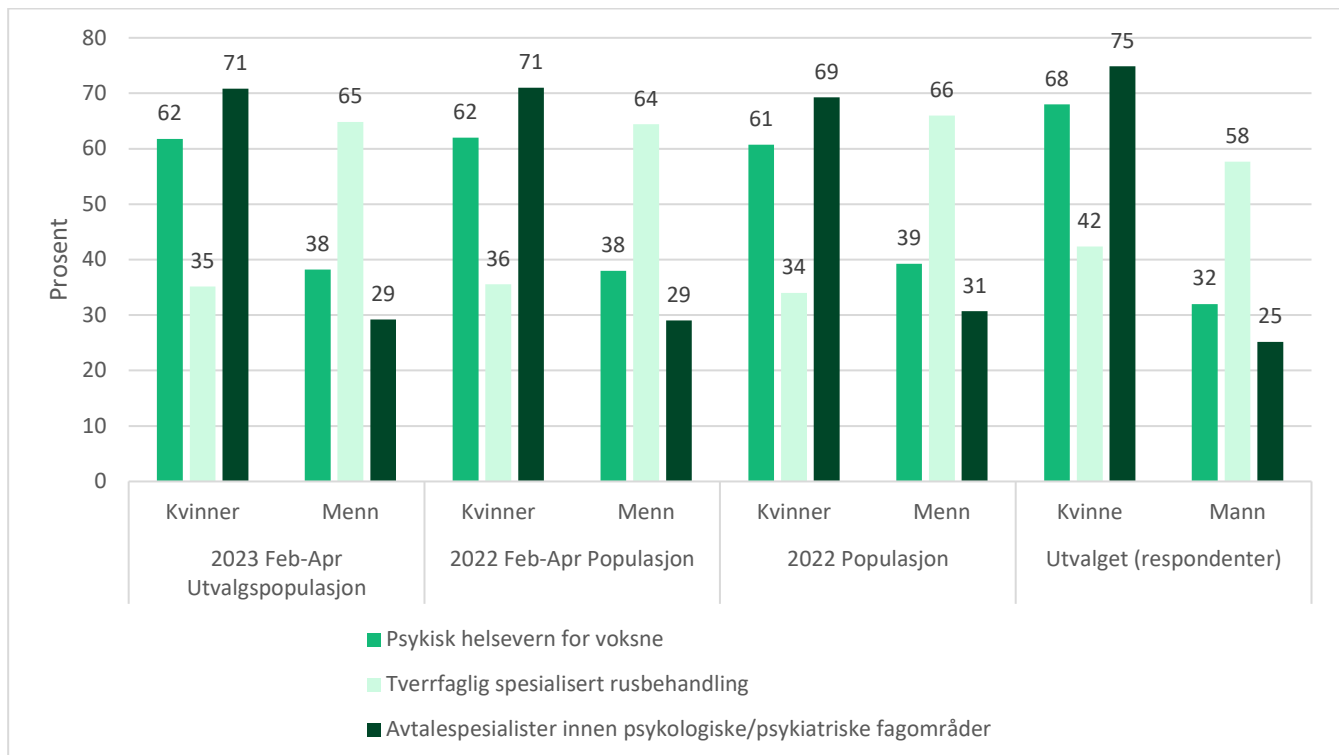
Vi starter med en tabell med antall pasienter innen hver sektor for de tre ulike totalpopulasjonene trukket hos NPR, samt vårt utvalg med de som samtykket til deltakelse og fylte ut spørreskjema (Utvalget). Det var overraskende likt antall pasienter i perioden februar til april 2022 og 2023; i PHV var det 301 færre pasienter i 2023, mens det i TSB var 360 flere pasienter i 2023. Det var 836 færre pasienter hos avtalespesialister i det samme tidsrommet i 2023, sammenliknet med 2022.

**Tabell 4-5      Antall pasienter som inngår i de ulike populasjonene. Kun polikliniske kontakter. Kilde: NPR og SINTEF**

|   | 2023 Feb-Apr Utvalgspopulasjon |       |        | 2022 Feb-Apr Populasjon |       |        |
|---|--------------------------------|-------|--------|-------------------------|-------|--------|
|   | Kvinne                         | Mann  | Total  | Kvinne                  | Mann  | Total* |
| Psykisk helsevern for voksne                                  | 53847                          | 33317 | 87164  | 54221                   | 33244 | 87465  |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling                        | 6129                           | 11310 | 17439  | 6077                    | 11002 | 17079  |
| Avtalespesialister innen psykologiske/psykiatriske fagområder | 18497                          | 7628  | 26125  | 19140                   | 7821  | 26961  |
|   |                                |       |        |                         |       |        |
|   | 2022 Populasjon                |       |        | Utvalget (respondenter) |       |        |
|   | Kvinne                         | Mann  | Total* | Kvinne                  | Mann  | Total  |
| Psykisk helsevern for voksne                                  | 89847                          | 58107 | 147954 | 14573                   | 6773  | 21346  |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling                        | 9085                           | 17637 | 26722  | 1355                    | 1844  | 3199   |
| Avtalespesialister innen psykologiske/psykiatriske fagområder | 27694                          | 12273 | 39967  | 6671                    | 2241  | 8912   |

\*Merk at antallet pasienter i månedene februar – mars – april 2022 utgjorde hhv. 59 prosent (PHV), 64 prosent (TSB) og 67 prosent (Avtalespesialist) av alle pasienter med poliklinisk konsultasjon i hele 2022.

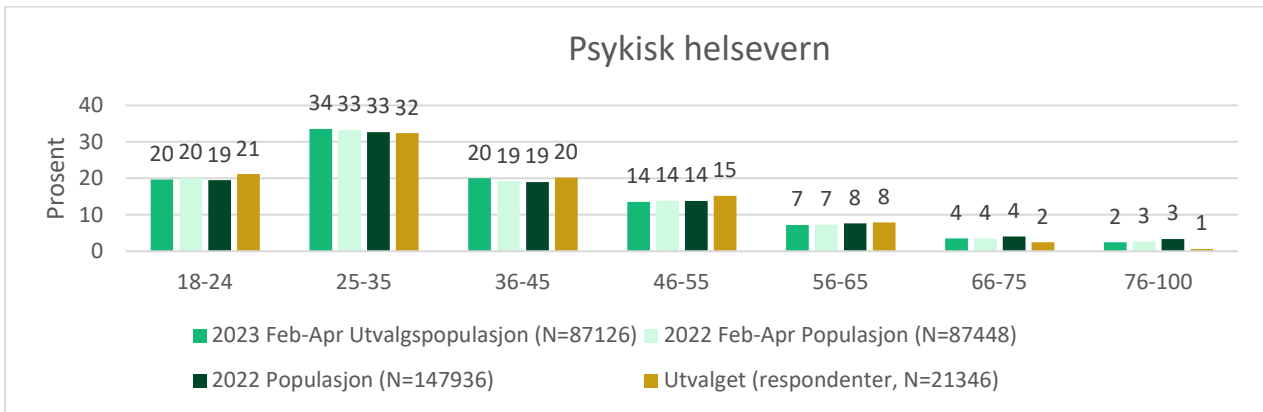
I figuren under har vi framstilt kjønnsfordelingen innad i de ulike populasjonene i hver sektor. I psykisk helsevern (både offentlige poliklinikker, hos avtalespesialister og i utvalget) er det en overvekt av kvinner, mens det i TSB er en overvekt av menn. Forskjellen mellom kjønnene er størst blant avtalespesialistpasientene, der 71 prosent var kvinner i populasjonstallene, mens hele 74 prosent av avtalespesialistpasient-utvalget som svarte på vårt skjema var kvinner. Det var generelt en tendens til høyere kvinneandel i utvalget som svarte på undersøkelsen, noe som kan skyldes selvseleksjon av kvinner til denne type undersøkelser (Smith, 2008). Vi ser også at i TSB, som har en lavere andel kvinner i populasjonen, var det sju prosentpoeng flere kvinner i utvalget enn i totalpopulasjonen (feb.-april) i 2023.



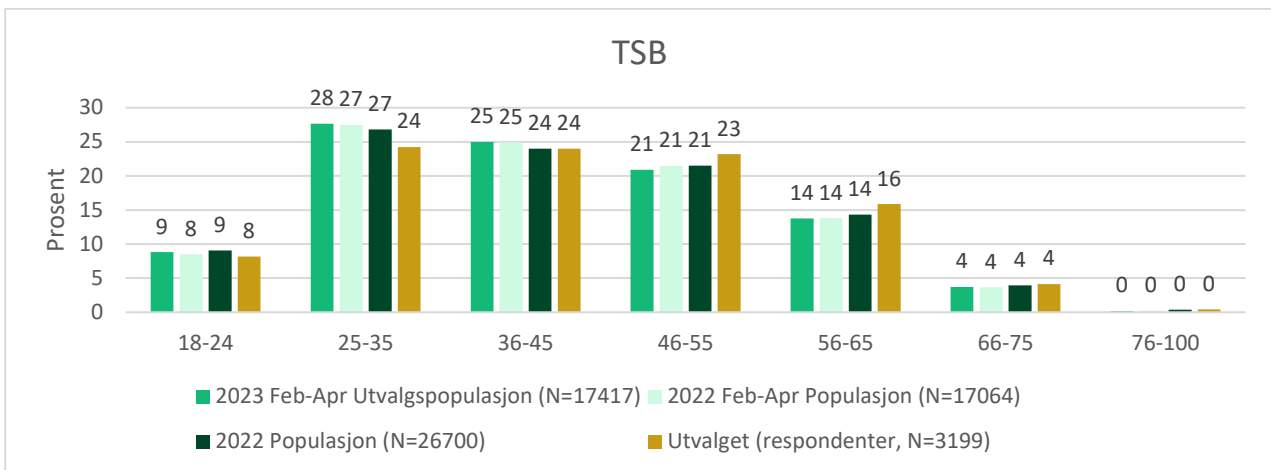
**Figur 4-6 Kjønnfordeling innad i hver pasientpopulasjon fordelt på sektor. Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Kilde: NPR og SINTEF**

### 4.3.2 Alder

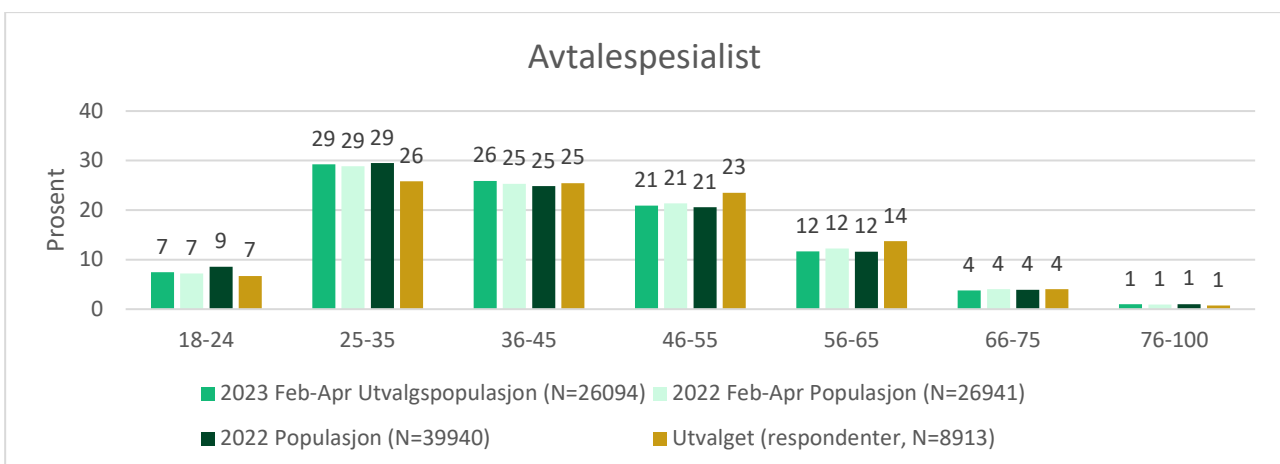
Når det gjelder aldersfordeling, hadde vi tilgang til ettårig alder (18 år og eldre) fra registrene, men da med prikking/anonymisering av antall under 5. Dette gjør at totaltallene ikke er fullt like høye som de aggregerte tallene vist over. Vi har laget alderskategorier av pedagogiske hensyn i framstillingen, og viser i figurene under hvordan populasjonene og utvalget fordelte seg aldersmessig i hhv. PHV, TSB og blant avtalespesialistpasienter. Vi ser av figurene at psykisk helsevern-populasjonene (PHV + avtalespesialist) gjennomgående har en yngre profil enn TSB, med høyere andeler av populasjonene i de yngste aldersgruppene. Hvis vi ser på den gule søylen som viser vårt utvalg av respondenter i spørreundersøkelsen, ser vi at det jevnt over er små forskjeller mellom populasjonene og Utvalget her, og utvalget må kunne sies å representere aldergruppene godt.



**Figur 4-7 Andel (%) av populasjonene og Utvalget fordelt på alderskategorier i psykisk helsevern for voksne (PHV). Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Kilde: NPR og SINTEF**



**Figur 4-8 Andel (prosent) av populasjonene og Utvalget fordelt på alderskategorier i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Kilde: NPR og SINTEF**



**Figur 4-9 Andel (prosent) av populasjonene og Utvalget fordelt på alderskategorier blant pasienter hos avtalespesialist. Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Kilde: NPR og SINTEF**



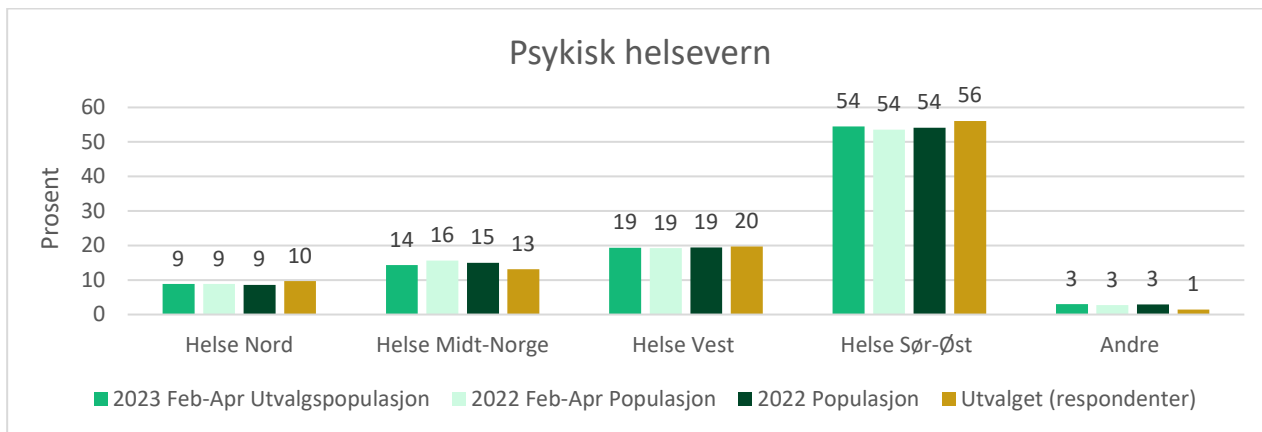
### 4.3.3 Helseregion

I tabellen under presenterer vi totaltall for populasjonene og Utvalget fordelt på hvilken helseregion pasientene tilhører. Ca. 2 prosent ved psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hadde siste kontakt ved behandlingssenheter som ikke har kjøps- eller driftsavtale med noen av de regionale helseforetakene. Disse pasientene er kategorisert under "Andre". Vi viser andelsmessig fordeling mellom regioner i hver sektor i tre figurer under tabellen.

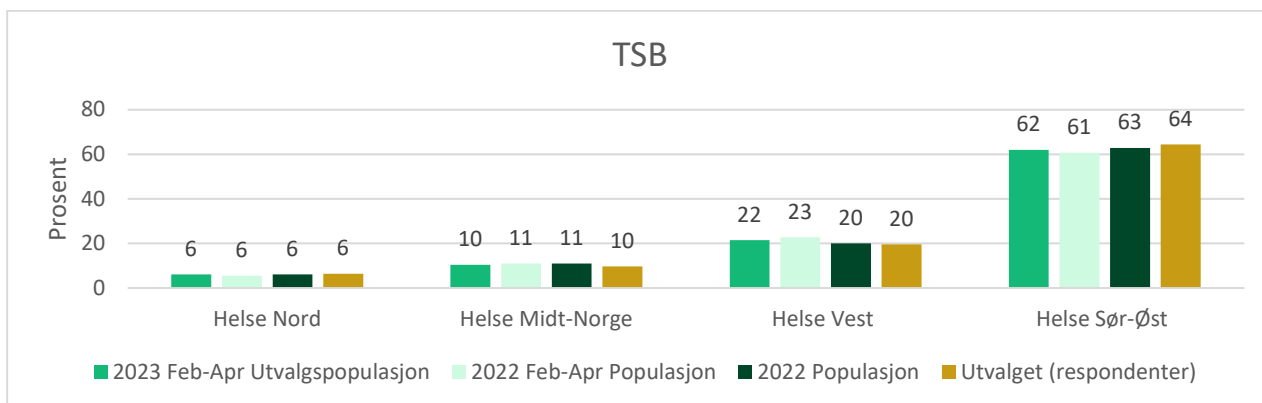
Hvis vi sammenlikner vårt utvalg av respondenter på spørreundersøkelsen med hele utvalgspopulasjonen i 2023, ser vi svært små forskjeller i andeler som har svart fra de ulike helseregionene. I et tenkt scenario der vi hadde vært avhengige av behandleres velvilje og system for å sende ut lenker til spørreskjema for å rekruttere pasienter til å svare, er det lett å tenke seg at systemforskjeller i måter å nå ut til pasientene på ville ført til mer svar i noen regioner enn andre. Ved å ha brukt Helsenorge.no ser vi ut til å ha nådd ut likt på tvers av helseregionsgrensene, og andelen svar reflekterer godt andel pasienter fra de ulike regionene.

**Tabell 4-6 Antall pasienter i hver helseregion (og "Andre" behandlingssenheter uten kjøps- eller driftsavtale) fordelt på ulike populasjoner, utvalg og sektorer. Kun polikliniske kontakter.**  
**Kilde: NPR og SINTEF**

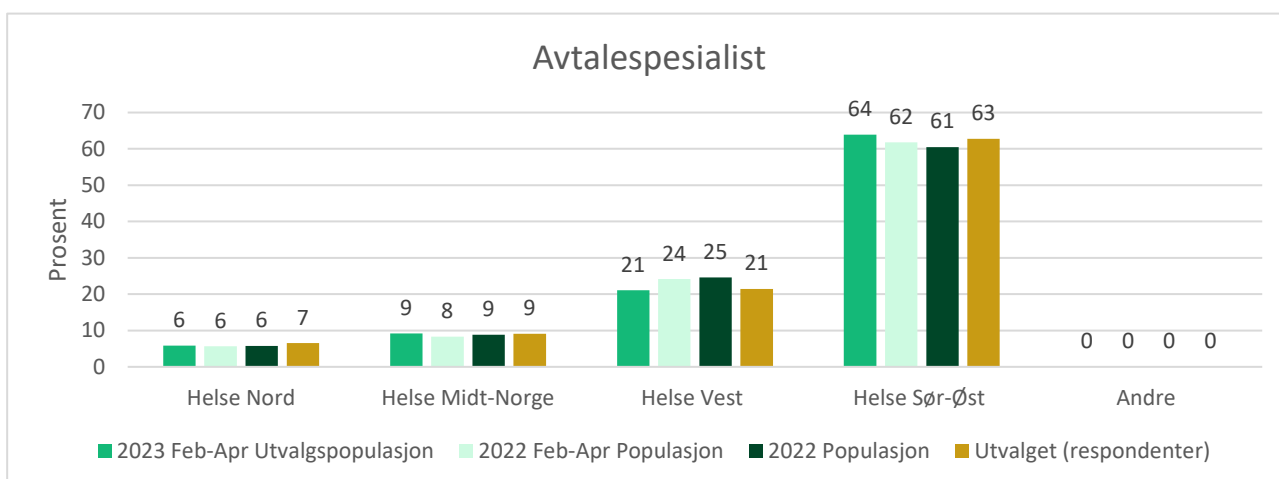
| <b>PHV</b>              | <b>2023 Feb-Apr<br/>Utvalgspopulasjon</b> | <b>2022 Feb-Apr<br/>Populasjon</b> | <b>2022<br/>Populasjon</b> | <b>Utvalget<br/>(respondenter)</b> |
|-------------------------|---|------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Helse Nord              | 7685                                      | 7715                               | 12684                      | 2061                               |
| Helse Midt-Norge        | 12472                                     | 13692                              | 22151                      | 2800                               |
| Helse Vest              | 16887                                     | 16829                              | 28805                      | 4202                               |
| Helse Sør-Øst           | 47502                                     | 46852                              | 80012                      | 11976                              |
| Andre                   | 2618                                      | 2377                               | 4302                       | 307                                |
| <b>Landet</b>           | <b>87164</b>                              | <b>87465</b>                       | <b>147954</b>              | <b>21346</b>                       |
|                         |   |                                    |                            |                                    |
| <b>TSB</b>              | <b>2023 Feb-Apr<br/>Utvalgspopulasjon</b> | <b>2022 Feb-Apr<br/>Populasjon</b> | <b>2022<br/>Populasjon</b> | <b>Utvalget<br/>(respondenter)</b> |
| Helse Nord              | 1063                                      | 947                                | 1636                       | 204                                |
| Helse Midt-Norge        | 1812                                      | 1873                               | 2922                       | 310                                |
| Helse Vest              | 3752                                      | 3887                               | 5351                       | 626                                |
| Helse Sør-Øst           | 10812                                     | 10369                              | 16812                      | 2059                               |
| Andre                   | 0   | 0                                  | 0                          | 0                                  |
| <b>Landet</b>           | <b>17439</b>                              | <b>17076</b>                       | <b>26721</b>               | <b>3199</b>                        |
|                         |   |                                    |                            |                                    |
| <b>Avtalespesialist</b> | <b>2023 Feb-Apr<br/>Utvalgspopulasjon</b> | <b>2022 Feb-Apr<br/>Populasjon</b> | <b>2022<br/>Populasjon</b> | <b>Utvalget<br/>(respondenter)</b> |
| Helse Nord              | 1525                                      | 1524                               | 2315                       | 581                                |
| Helse Midt-Norge        | 2402                                      | 2244                               | 3535                       | 810                                |
| Helse Vest              | 5507                                      | 6510                               | 9847                       | 1913                               |
| Helse Sør-Øst           | 16691                                     | 16663                              | 24185                      | 5598                               |
| Andre                   | 0   | 17                                 | 85                         | 11                                 |
| <b>Landet</b>           | <b>26125</b>                              | <b>26958</b>                       | <b>39967</b>               | <b>8913</b>                        |



**Figur 4-10** Andel (%) av populasjonene og Utvalget (se N i tabell over) fordelt på helseregion og private aktører uten avtale ("Andre"). Psykisk helsevern for voksne (PHV). Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Kilde: NPR og SINTEF



**Figur 4-11** Andel (%) av populasjonene og Utvalget (se N i tabell over) fordelt på helseregion. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Kilde: NPR og SINTEF



**Figur 4-12** Andel (%) av populasjonene og Utvalget (se N i tabellen over) fordelt på helseregion. Avtalespesialistpasienter og private aktører uten avtale ("Andre"). Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Kilde: NPR og SINTEF

#### 4.3.4 Diagnoser

I spørreskjemaet hadde vi spørsmål til pasientene om hvilke(n) diagnose(r) de var i utredning eller behandling for. Vi hadde listet en rekke generelle diagnosebetegnelse inspirert av ICD-10-klassifiseringen, der pasientene kunne krysse av for flere diagnoser ved behov (se tabell under). Siden pasientene var i ulike stadier i forløpet hadde ikke alle fått en diagnose. Likevel var det kun ca. 2 prosent av de som svarte på spørsmålet som svarte "Vet ikke" på spørsmålet om diagnose, noe som kan implisere at de fleste som er under utredning og behandling, har et bevisst forhold diagnoser. For å kunne sammenlikne vårt utvalg med pasientpopulasjonene i NPR, laget vi en "oversettelse" av vår diagnosekategorisering til ICD-10 koder. Oversettelsen ble kvalitetskontrollert av klinikere og erfarne fagfolk i Helsedirektoratet/NPR, men kategoriseringen er neppe perfekt. Blant annet fikk vi innspill på at F62 (Vedvarende personlighetsforandringer som ikke skyldes skade eller sykdom i hjernen) ikke er en personlighetsforstyrrelse i tradisjonell forstand, men i denne sammenhengen ble vi enige om at den kunne brukes der den står.

NPR gjorde to trekninger av populasjoner når det gjaldt diagnoser; én med kun første hovedtilstand, og én med både første og andre hovedtilstand. Hovedtilstanden er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet eller konsultasjonen, bedømt ved slutten av oppholdet eller konsultasjonen. Våre respondenter kunne sette flere kryss, og vi presenterer figurer der begge typene inklusjon er gjort (kun første hovedtilstand, og både første og andre hovedtilstand).

**Tabell 4-7      Diagnosekategorier i spørreskjema med tilhørende ICD-10-koder. Kilde: NPR og SINTEF**

| Hva er du i utredning eller behandling for? (du kan sette flere kryss) | ICD-10 (1. eller 2. hoveddiagnose, tilstand 1.1 og 1.2) |
|--|---|
| Depresjon  | F32, F33  |
| Angstlidelse   | F41   |
| Bipolar lidelse/Mani/Hypomani (Bipolar lidelse)                        | F30, F31  |
| Schizofreni/Schizotyp lidelse/Paranoide lidelser                       | F20, F21, F22,  |
| Psykose  | F23, F24, F25, F28, F29                                 |
| Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)                                    | F43.1   |
| Spiseforstyrrelser   | F50   |
| Tvangslidelser/fobier  | F40, F42  |
| Personlighetsforstyrrelse  | F60, F61, F62   |
| Skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet                     | F10-F19   |
| Avhengighet (ikke rusrelatert)   | F63   |
| Autisme  | F84   |
| Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD/ADD)                                | F90   |

I tabellen under viser vi antall pasienter registrert med polikliniske konsultasjoner i februar, mars og april 2023 fordelt på sektor og diagnosegrupper etter hoveddiagnose. Tallene skiller seg svært lite fra antall pasienter innenfor hver diagnosegruppe i samme periode for 2022 (ikke vist i egen tabell). I tabellen på neste side viser vi tilsvarende tall for alle pasienter i hele 2022.

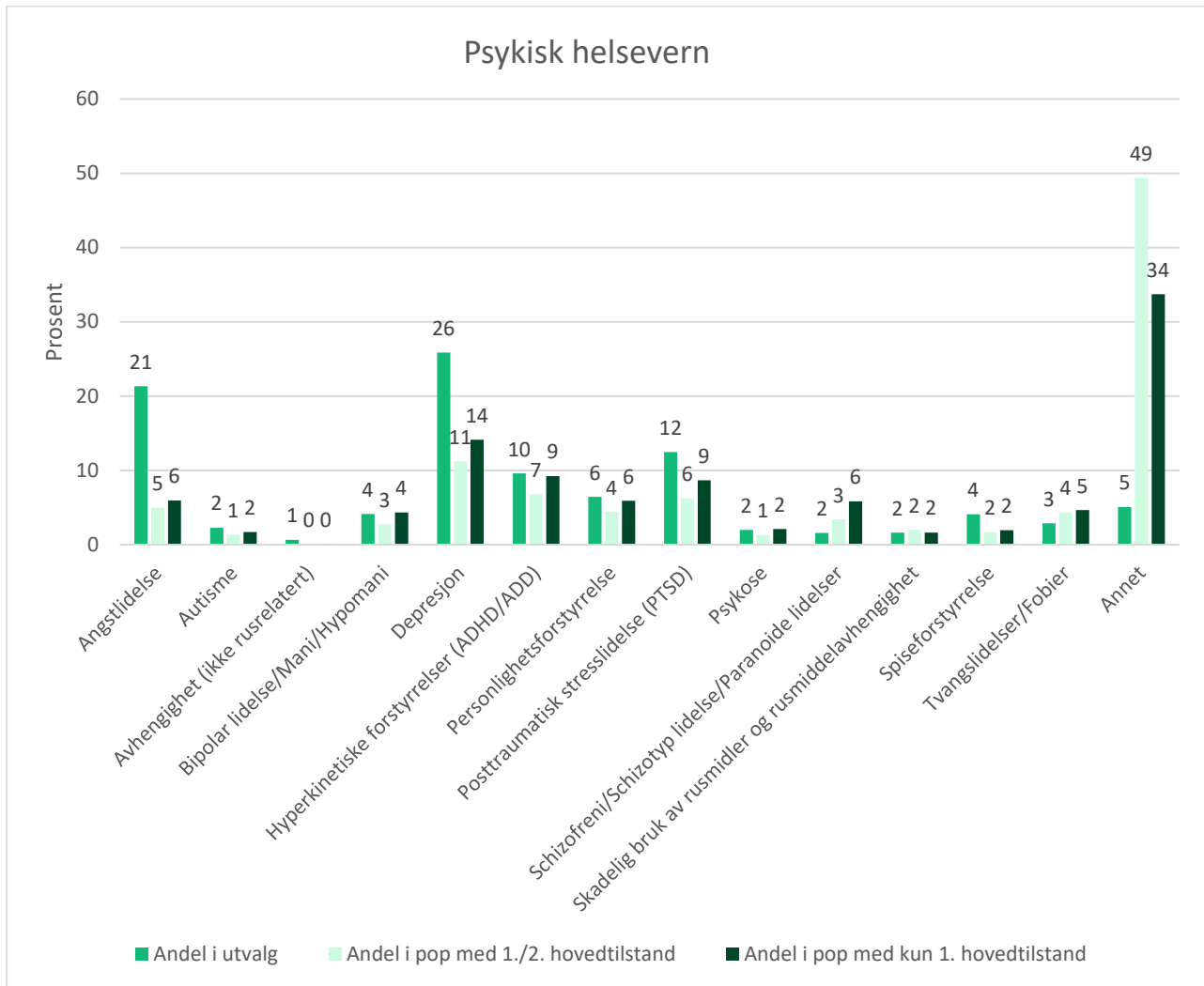
**Tabell 4-8 Antall pasienter i hver sektor fordelt på diagnosegrupper etter 1. hovedtilstand. Totalpopulasjonen i februar til april 2023. Kun polikliniske kontakter. Kilde: NPR**

| Diagnosegrupper                                    | PHV          |              |              | TSB          |             |              | Avtalespesialist |              |              |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|------------------|--------------|--------------|
|  | Mann         | Kvinne       | Total        | Mann         | Kvinne      | Total        | Mann             | Kvinne       | Total        |
| Angstlidelse                                       | 1778         | 4055         | 5833         | 74           | 107         | 181          | 1012             | 2753         | 3765         |
| Autisme  | 851          | 808          | 1659         | 34           | 25          | 59           | 96               | 121          | 217          |
| Avhengighet (ikke rusrelatert)                     | 29           | 76           | 105          | 494          | 84          | 578          | 11               | *            | 11           |
| Bipolar lidelse                                    | 1657         | 2560         | 4217         | 78           | 54          | 132          | 330              | 705          | 1035         |
| Depresjon  | 5430         | 8377         | 13807        | 229          | 195         | 424          | 1786             | 4043         | 5829         |
| Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD/ADD)            | 3604         | 5410         | 9014         | 336          | 185         | 521          | 1055             | 1876         | 2931         |
| Personlighetsforstyrrelse                          | 1515         | 4251         | 5766         | 92           | 146         | 238          | 365              | 792          | 1157         |
| Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)                | 2003         | 6473         | 8476         | 151          | 252         | 403          | 437              | 2009         | 2446         |
| Psykose  | 1003         | 1053         | 2056         | 17           | 12          | 29           | 15               | 34           | 49           |
| Schizofreni/Schizotyp lidelse/Paranoide lidelser   | 3705         | 1998         | 5703         | 70           | 31          | 101          | 62               | 50           | 112          |
| Skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet | 1125         | 480          | 1605         | 9144         | 4277        | 13421        | 73               | 58           | 131          |
| Spiseforstyrrelse                                  | 93           | 1814         | 1907         | *            | 16          | 16           | 23               | 321          | 344          |
| Tvangslidelser/Fobier                              | 1726         | 2827         | 4553         | 57           | 38          | 95           | 434              | 801          | 1235         |
| Annet  | 12492        | 20436        | 32928        | 1839         | 1323        | 3162         | 2070             | 5537         | 7607         |
| <b>Sum</b>   | <b>37011</b> | <b>60618</b> | <b>97629</b> | <b>12615</b> | <b>6745</b> | <b>19360</b> | <b>7769</b>      | <b>19100</b> | <b>26869</b> |

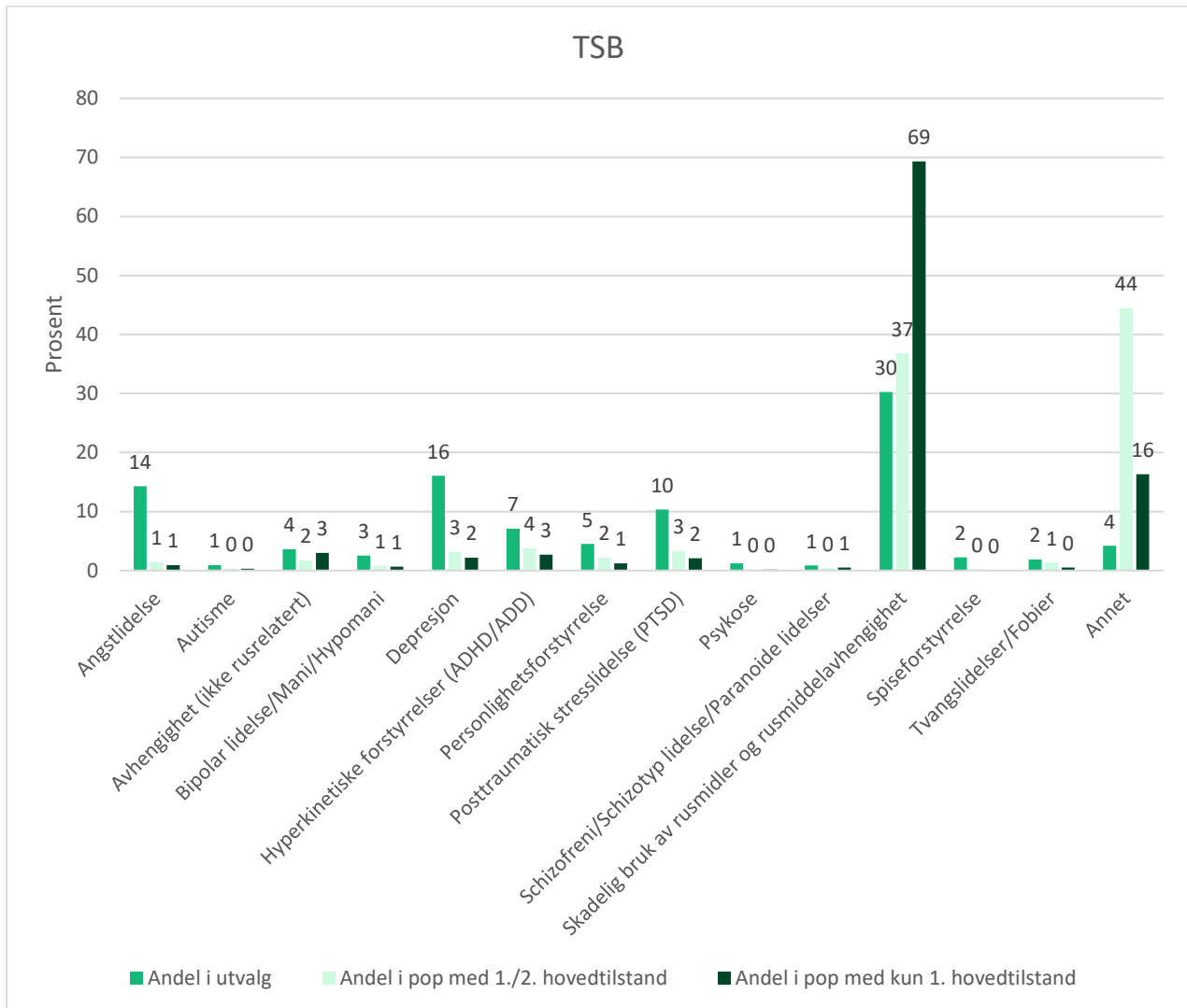
**Tabell 4-9 Antall pasienter i hver sektor fordelt på diagnosegrupper etter 1. hovedtilstand. Totalpopulasjonen i 2022. Kun polikliniske kontakter. Kilde: NPR**

| Diagnosegrupper                                    | PHV   |        |        | TSB   |        |       | Avtalespesialist |        |       |
|--|-------|--------|--------|-------|--------|-------|------------------|--------|-------|
|  | Mann  | Kvinne | Total  | Mann  | Kvinne | Total | Mann             | Kvinne | Total |
| Angstlidelse                                       | 3708  | 8443   | 12151  | 132   | 175    | 307   | 1631             | 4328   | 5959  |
| Autisme  | 1525  | 1198   | 2723   | 38    | 30     | 68    | 141              | 153    | 294   |
| Avhengighet (ikke rusrelatert)                     | 83    | 144    | 227    | 818   | 148    | 966   | 12               | 8      | 20    |
| Bipolar lidelse/Mani/Hypomani                      | 2810  | 4388   | 7198   | 115   | 83     | 198   | 462              | 885    | 1347  |
| Depresjon  | 10804 | 16577  | 27381  | 415   | 325    | 740   | 2743             | 5937   | 8680  |
| Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD/ADD)            | 6648  | 8706   | 15354  | 525   | 243    | 768   | 1753             | 2491   | 4244  |
| Personlighetsforstyrrelse                          | 2632  | 6564   | 9196   | 195   | 194    | 389   | 464              | 955    | 1419  |
| Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)                | 3370  | 10194  | 13564  | 248   | 396    | 644   | 592              | 2420   | 3012  |
| Psykose  | 1506  | 1521   | 3027   | 23    | 16     | 39    | 16               | 39     | 55    |
| Schizofreni/Schizotyp lidelse/Paranoide lidelser   | 4810  | 2726   | 7536   | 91    | 51     | 142   | 69               | 59     | 128   |
| Skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet | 2152  | 840    | 2992   | 14675 | 6511   | 21186 | 104              | 63     | 167   |
| Spiseforstyrrelse                                  | 173   | 2962   | 3135   | *     | 17     | 17    | 29               | 406    | 435   |
| Tvangslidelser/Fobier                              | 3342  | 5544   | 8886   | 109   | 80     | 189   | 637              | 1173   | 1810  |
| Annet  | 30251 | 46954  | 77205  | 3358  | 2321   | 5679  | 3969             | 9765   | 13734 |
| Sum  | 73814 | 116761 | 190575 | 20742 | 10590  | 31332 | 12622            | 28682  | 41304 |

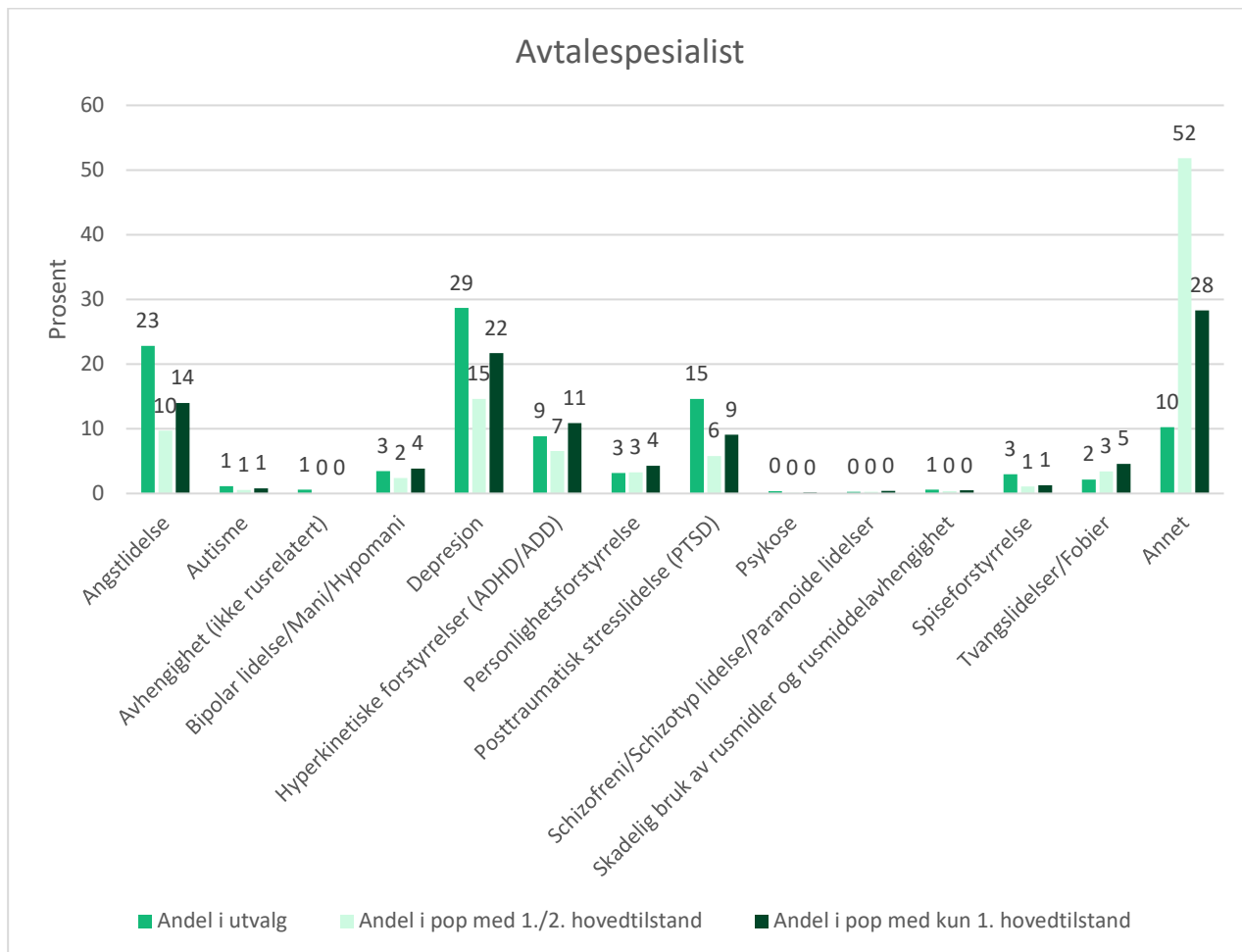
I figurene under presenterer vi hvordan diagnosene fordelte seg i de ulike populasjonene og sektorene, slik at vi visuelt kan sammenlikne totalpopulasjonene med utvalget som svarte på vår spørreundersøkelse. Det som utmerket seg var at en høyere andel av Utvalget, sammenliknet med totalpopulasjonen i samme periode (feb.-april 2023), svarte at de var under utredning/behandling for angstlidelse, depresjon eller PTSD. Dette gjaldt i alle sektorer – både PHV, TSB og for avtalespesialistpasientene. En hypotese kan være at angstlidelse og depresjon er diagnoser pasientene i større grad kjenner til, sammenliknet med benevnningen på de mindre prevalente diagnosene. En annen hypotese kan være at det er mange som får denne type diagnoser midlertidig mens de er under utredning. Da ville vi potensielt kunne observere en systematisk sammenheng mellom å ha vært kort tid i kontakt med poliklinikken (og dermed mer sannsynlig under utredning) og det å svare at man har og/eller depresjon. En slik sammenheng finner vi imidlertid ikke ved bruk av regresjonsanalyser.



**Figur 4-13**    **Andel (%) i utvalget (respondenter) og andel i totalpopulasjonen (NPR-data, feb.-april 2023) for både 1. og 2. hovedtilstand, og kun 1. hovedtilstand, som svarer at de er i utredning eller behandling for de ulike diagnosene. Psykisk helsevern for voksne (PHV). Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Kilde: NPR og SINTEF**



**Figur 4-14** Andel (%) i utvalget (respondenter) og andel i totalpopulasjonen (NPR-data, feb.-april 2023) for både 1. og 2. hovedtilstand, og kun 1. hovedtilstand, som svarer at de er i utredning eller behandling for de ulike diagnosene. Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kun polikliniske kontakter. Kilde: NPR og SINTEF



**Figur 4-15** Andel (%) i utvalget (respondenter) og andel i totalpopulasjonen (NPR-data, feb.-april 2023) for både 1. og 2. hovedtilstand, og kun 1. hovedtilstand, som svarer at de er i utredning eller behandling for de ulike diagnosene. Kun polikliniske kontakter. Stolpene summerer seg til 100 % horisontalt. Avtalespesialistpasienter. Kun polikliniske kontakter. Kilde: NPR og SINTEF

#### 4.4 Oppsummert om seleksjonsmekanismer og konsekvenser for tolkning

I alle spørreundersøkelser der respondentene selv velger å delta på frivillig basis vil det kunne stilles spørsmålsteget ved i hvilken grad respondentene (utvalget) er representative for populasjonen. Konsekvensen av seleksjonsproblematikken er at vi over- eller underestimerer de statistiske sammenhengene i data, og at resultatene kunne sett annerledes ut hvis manglende respondenter hadde deltatt.

I vår undersøkelse er det flere seleksjonsmekanismer som har vært med å påvirke hvilket utvalg vi til slutt endte med å få svar fra. Det overordnede bildet, etter å ha studert hvordan vårt utvalg skiller seg fra populasjonene de springer ut fra, er at utvalget virker å være godt representativt på flere av de viktigste variablene som kjønn, alder og geografisk tilknytning. Seleksjonsproblematikk var en av beveggrunnene for at vi ønsket å bruke Helsenorge.no, og ikke de polikliniske klinikkene/behandlerne, til å sende ut undersøkelsen, og det ser ut til at vi har lyktes godt med å oppnå et representativt utvalg. Det er likevel grunn til å tro at vi har med for få innvandrere som ikke forstår norsk, og personer som mangler bank-ID, ikke har tilgang til digitale verktøy, eller generelt mangler digital kompetanse til å logge seg inn og svare på et digitalt spørreskjema. Dette er grupper som bør studeres gjennom rene registerstudier eller kvalitative



metoder, da underrepresentativitet sannsynligvis vil gjelde i de fleste former for spørreundersøkelse. Spørreskjema på flere språk vil sannsynligvis også bidra til å øke antallet fremmedspråklige som svarer.

#### 4.4.1 Totalpopulasjon vs. mottakspopulasjon

Vi startet med å presentere tall for totalpopulasjonen registrert i NPR, dvs. alle som inngikk i populasjonen ved at de hadde hatt en poliklinisk konsultasjon i psykisk helsevern, TSB eller hos avtalespesialist i psykisk helsevern i månedene februar, mars eller april 2023. En fordel med NPR er at det er et administrativt register som alle sykehus og avtalespesialister er pliktig til å rapportere til, slik at vi kan være trygge på at det ikke er mange personer som mangler i dette registeret. Første seleksjonsprosess i vår kobling skjedde da Klinforsk skulle matche populasjonene (PHV, TSB, Avtalespes.) de fikk fra NPR med personer som har tilgang til Helsenorge.no. Her ble det oppdaget at en del personer ikke fikk match fordi de ikke var registrert på Helsenorge.no. Dette vet vi i stor grad skyldes mangel på Bank-ID, eller at man aktivt har valgt å ikke kunne kontaktes via denne plattformen. Dermed gikk vi fra å ha en totalpopulasjon hos NPR til det vi valgte å kalle en mottakspopulasjon hos Klinforsk, som var de som faktisk mottok henvendelsen om å delta i undersøkelsen.

Ved å sammenlikne andeler av utvalget som svarte oss, opp mot andeler av totalpopulasjon og mottakspopulasjon, så vi at det var en noe lavere andel som svarte i TSB sammenliknet med totalpopulasjon/mottakspopulasjon, og en noe høyere andel som svarte blant avtalespesialistpasientene. I psykisk helsevern for voksne var andelen omtrent den samme. En hypotese her er at det relativt sett var flere i TSB-populasjonen som manglet Bank-ID eller av andre grunner ikke fikk logget seg på undersøkelsen. Flyktninger og andre som mangler fødselsnummer er også overrepresentert ved å mangle Helsenorge.no. Hvis vi ser på digital tilgang og kompetanse som en indikator på ressurssterkhet, er det sannsynlig at vi har fått de mest ressurssterke pasientene som svarer oss. Det var også relativt sett flere unge enn eldre som svarte fra psykisk helsevern; over halvparten av respondentene i PHV var 35 år eller yngre. Hvis disse er systematisk mer eller mindre fornøyd med tjenestene, vil dette være et godt eksempel på et resultat preget av seleksjonsskjevhet. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

#### 4.4.2 Utvalget vårt vs. totalpopulasjonen i feb.-april 2023 og 2022, og i hele 2022

Aggregerte tall fra NPR på noen utvalgte variabler som kjønn, alder, helseforetak/helseregion og diagnoser, gjorde at vi kunne undersøke hvordan utvalget som svarte på vårt spørreskjema eventuelt skilte seg fra totalpopulasjonen de ble trukket fra (feb.-april 2023), fra pasienter som mottok poliklinisk behandling i samme periode i 2022, og alle pasienter som mottok poliklinisk behandling i hele 2022. Vi har dessverre ikke tilgang til informasjon om innvandring fra utvalget eller pasientpopulasjonene, og kan derfor ikke si noe om i hvilken grad disse er underrepresentert. Når det gjelder utdanningsnivå var dette noe vi spurte respondentene våre om, men som vi ikke fikk data fra NPR på (ville krevd annen type kobling). Vi kan imidlertid sammenlikne med tall på utdanningsnivå i SSB for 2022<sup>4</sup>. Tabellen med demografiske karakteristika i kapittel 5 viser fordelingen på utdanning for pasienter som har hatt poliklinisk konsultasjon i de ulike sektorene. En sammenlikning med SSB-tall tyder på at vi i psykisk helsevern har en noe forhøyet andel som besvarer skjemaet og har høyere utdanning, mens vi i TSB har en marginalt lavere andel med høyere utdanning. Dette gir igjen en pekepinn på at det er viktig å kontrollere for utdanning i analysene.

Det var omvendt kjønnsfordeling i psykisk helsevern (både off.pol. og avt.spes.) og TSB; flere kvinner i psykisk helsevern og flere menn i TSB. Vi så imidlertid også at det gjengs over var en høyere andel kvinner som besvarte undersøkelsen enn det var i populasjonen. Dette gjaldt særlig avtalespesialistpasientene. Det betyr at de deskriptive beskrivelsene som ikke tar hensyn til kjønnsforskjeller kan bære preg av at det er færre menn som har svart. I regresjonsanalysene er de fleste analysene kontrollert for kjønn, slik at vi holder denne effekten konstant. Utvalgene våre i den respektive sektor (PHV, TSB, Avtalespesialist) er

<sup>4</sup> <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>

uansett så store, at statistisk styrke ikke er en utfordring i de analysene som er kjørt her. Det var helt marginale forskjeller mellom de ulike aldersgruppene, og vi konkluderte med at vårt utvalg av respondenter i stor grad speiler aldersfordelingen i totalpopulasjonen de utgår fra i 2023. Det samme gjaldt helseregion – her var det også kun marginale forskjeller mellom Utvalget og populasjonene. Bruken av avtalespesialister ser vi følger den faktiske tilgangen til avtalespesialister i de ulike helseregionene,

Det er sjeldent man har mulighet til å sammenlikne hva respondenter selv oppgir å være ens diagnose med diagnoser satt i spesialisthelsetjenesten. Her ville det vært optimalt om vi hadde hatt registerkobling på individnivå, slik at vi kunne sammenlikne direkte for den enkelte pasient, men vi fikk altså tilgang til aggregerte tall på antall pasienter i hver diagnosegruppe. Det som særlig utmerket seg var at en høyere andel av respondentene, sammenliknet med totalpopulasjonen i samme periode (feb.-april 2023), svarte at de var under utredning/behandling for angstlidelse, depresjon eller PTSD. Dette gjaldt i alle sektorer – både PHV, TSB og for avtalespesialistpasientene. Vi kom med en hypotese om at angstlidelse og depresjon er mer generelle diagnoser pasientene i større grad kjenner til, sammenliknet med benevnningen på de mindre prevalente diagnosene. Samtidig så vi at mens schizofrenidiagnosene kun utgjorde to prosent av vårt utvalg, utgjorde de seks prosent av utvalget totalt. Tilsvarende var det færre som selv rapporterte at de hadde tvangslidelser/fobier, enn det populasjonstallene tilsa. Dette kan gi skjevheter i analysene, og tyde på at de med mer alvorlige diagnoser i mindre grad er representert.

## 5 Demografi og behandling

I dette første resultatkapitlet ser vi på demografiske og sosioøkonomiske karakteristika hos undersøkelsens deltakere av pasienter som mottar behandling i poliklinikk psykisk helsevern, TSB eller hos avtalespesialist. Videre ser vi på karakteristika ved siste eller pågående behandlingsperiode hos de tre gruppene. Kapitlet beskriver resultater knyttet til følgende spørsmål:

- Hvordan er fordelingen når det gjelder kjønn og alder hos deltakerne? (se også delkap. 4.3)
- Hvor mange bor alene versus sammen med andre?
- Hvor mange har inntekt fra arbeid versus trygdeytelse eller annen type ytelse?
- Hvor mange har høyere utdanning, og hvor mange er under utdanning?
- Hvordan er fordelingen av deltakere i brukerundersøkelsen fordelt på region?

### 5.1 Demografiske kjennetegn hos pasientene i de tre gruppene

Tabell 5-1 Demografiske kjennetegn hos utvalget pasienter i poliklinikk psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist

|                                | Psykisk helsevern<br>(n=21346) |            | TSB<br>(n=3199) |            | Avtalespesialist<br>(n=8913) |            |
|--------------------------------|--------------------------------|------------|-----------------|------------|------------------------------|------------|
|                                | Antall                         | %          | Antall          | Prosent    | Antall                       | Prosent    |
| <b>Kjønn</b>                   |                                |            |                 |            |                              |            |
| Kvinne                         | 14174                          | 66         | 1335            | 42         | 6564                         | 74         |
| Mann                           | 6435                           | 30         | 1781            | 56         | 2170                         | 24         |
| Annet                          | 275                            | 1          | 15              | 1          | 52                           | 1          |
| Vet ikke                       | 50                             | 0          | 6               | 0          | 9                            | 0          |
| Ønsker ikke å svare            | 199                            | 1          | 28              | 1          | 63                           | 1          |
| Missing                        | 213                            | 9          | 34              | 1          | 55                           | 0,6        |
| <b>Totalt</b>                  | <b>21346</b>                   | <b>100</b> | <b>3199</b>     | <b>100</b> | <b>8913</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Alder<sup>1</sup></b>       |                                |            |                 |            |                              |            |
| 18-24 år                       | 4774                           | 21         | 262             | 8          | 598                          | 7          |
| 25-35 år                       | 7687                           | 32         | 775             | 24         | 2299                         | 26         |
| 36-45 år                       | 5088                           | 20         | 767             | 24         | 2269                         | 26         |
| 46-55 år                       | 3984                           | 15         | 742             | 23         | 2095                         | 24         |
| 56-65 år                       | 2193                           | 8          | 507             | 16         | 1224                         | 14         |
| 66-75 år                       | 664                            | 3          | 132             | 4          | 360                          | 4          |
| 76-99 år                       | 155                            | 1          | 14              | 0,4        | 68                           | 1          |
| <b>Totalt</b>                  | <b>21346</b>                   | <b>100</b> | <b>3199</b>     | <b>100</b> | <b>8913</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Boform</b>                  |                                |            |                 |            |                              |            |
| Alene                          | 6326                           | 30         | 1554            | 49         | 2387                         | 27         |
| Med barn u/ektefelle/samboer   | 1675                           | 8          | 197             | 6          | 961                          | 11         |
| Med ektefelle/samboer u/barn   | 4237                           | 20         | 566             | 18         | 2161                         | 24         |
| Med ektefelle/samboer og barn  | 4882                           | 23         | 405             | 13         | 2630                         | 30         |
| Med foreldre                   | 2461                           | 12         | 181             | 6          | 284                          | 3          |
| Med venner/kollektiv           | 1116                           | 5          | 135             | 4          | 342                          | 4          |
| Annet                          | 468                            | 2          | 134             | 4          | 101                          | 1          |
| Missing                        | 181                            | 1          | 27              | 0,8        | 47                           | 0,5        |
| <b>Totalt</b>                  | <b>21346</b>                   | <b>100</b> | <b>3199</b>     | <b>100</b> | <b>8913</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Hovedinntektskilde</b>      |                                |            |                 |            |                              |            |
| Inntekt av eget arbeid         | 8528                           | 40         | 995             | 31         | 4838                         | 54         |
| Alderspensjon eller uføretrygd | 3858                           | 18         | 947             | 30         | 1796                         | 20         |

|  |              |            |             |            |             |            |
|--|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| Annen trygd, sykepenger eller stønad                   | 6509         | 31         | 1068        | 33         | 1591        | 18         |
| Studielån/stipend                                      | 1230         | 6          | 31          | 1          | 411         | 5          |
| Annet  | 1007         | 5          | 130         | 4          | 224         | 3          |
| Missing  | 214          | 1          | 28          | 1          | 53          | 0,6        |
| <b>Totalt</b>  | <b>21346</b> | <b>100</b> | <b>3199</b> | <b>100</b> | <b>8913</b> | <b>100</b> |
| <b>Høyeste fullførte utdanning</b>                     |              |            |             |            |             |            |
| Grunnskole   | 2670         | 13         | 663         | 21         | 414         | 5          |
| Videregående skole                                     | 9342         | 44         | 1417        | 44         | 2326        | 26         |
| Høyere utdanning                                       | 9113         | 43         | 1089        | 34         | 6121        | 69         |
| Missing  | 221          | 1          | 30          | 1          | 52          | 1          |
| <b>Totalt</b>  | <b>21346</b> | <b>100</b> | <b>3199</b> | <b>100</b> | <b>8913</b> | <b>100</b> |
| <b>Under utdanning</b>                                 |              |            |             |            |             |            |
| Er under utdanning nå                                  | 3521         | 17         | 252         | 8          | 1315        | 15         |
| Ikke under utdanning                                   | 17581        | 82         | 2912        | 91         | 7541        | 85         |
| Missing  | 244          | 1          | 35          | 1          | 57          | 1          |
| <b>Totalt</b>  | <b>21346</b> | <b>100</b> | <b>3199</b> | <b>100</b> | <b>8913</b> | <b>100</b> |
| <b>Region</b>  |              |            |             |            |             |            |
| Sør-Øst  | 11976        | 56         | 2059        | 64         | 5596        | 63         |
| Vest   | 4202         | 20         | 626         | 20         | 1913        | 22         |
| Midt   | 2800         | 13         | 310         | 10         | 810         | 9          |
| Nord   | 2443         | 11         | 204         | 6          | 581         | 7          |
| Privat foretak m klinikker i fl. regioner <sup>2</sup> | 129          | 0,6        | 0           | 0          | -           | -          |
| Missing  |              |            |             |            | 13          | 0          |
| <b>Totalt</b>  | <b>21346</b> | <b>100</b> | <b>3199</b> | <b>100</b> | <b>8913</b> | <b>100</b> |

<sup>1</sup> Basert på tall fra Norsk Pasientregister, NPR

<sup>2</sup> Gjelder ett privat foretak (Speare AS)

Når det gjelder kjønn, alder og helseregion hos pasienter i utvalget vurdert i forhold til totalpopulasjonen gjennomgås dette i delkapittel 4.3 i kapittel 4 om respons og representativitet.

Andelen kvinner som har svart på undersøkelsen er vesentlig høyere hos pasienter i poliklinikk psykisk helse og hos avtalespesialister, mens andelen menn er litt større enn kvinner som har svart i TSB. Dette er også realiteten i tjenestene, der det er en overvekt av kvinner i psykisk helsevern og hos avtalespesialist, mens det i TSB er en overvekt av menn. Forskjellen mellom kjønnene er størst blant avtalespesialistpasientene, der rundt 70 prosent var kvinner i populasjonstallene, mens så mye som 75 prosent av deltakere i undersøkelsen fra avtalespesialist var kvinner (jf. delkapittel 4.3). Når det gjelder alder, er det størst andel yngre blant pasienter i psykisk helsevern, der over halvparten som har svart er under 35 år. Andelen under 35 år i TSB og hos avtalespesialister er rundt 30 prosent, og halvparten i alderen 36-55 år. Her finner vi også en større andel pasienter i aldersgruppen 56-65 år enn blant pasienter i psykisk helsevern. Det er 3-4 prosent av informantene totalt i hele utvalget som er i alderen 66-75 år, og 0,4 prosent i alderen 76-99 år (n=1393). Gjennomsnittsalderen er 37 år blant deltakere fra psykisk helsevern, 43 år både i TSB og blant deltakere som går til avtalespesialist. Det er små forskjeller mellom populasjonene og utvalget som har svart på undersøkelsen når det gjelder alder.

Andelen som bor alene er høyest blant pasienter i TSB, der nesten halvparten bor alene. Færre, 30 prosent av pasienter i psykisk helsevern bor alene, og 27 prosent blant pasienter hos avtalespesialist. Andelen med ektefelle eller samboer med eller uten barn – og også andel med barn uten ektefelle eller samboer er størst hos avtalespesialistpasienter, og lavest blant pasienter i TSB.

Hovedinntektskilde hos godt over halvparten av pasienter hos avtalespesialister er fra eget arbeid. Dette gjelder færre i de andre gruppene; 40 prosent av pasienter i psykisk helsevern, og 31 prosent av pasienter i TSB. Det er høyest andel av TSB-pasientene, 30 prosent, som har alderspensjon eller uføretrygd. Dette gjelder 18 og 20 prosent av PH-pasientene og pasienter hos avtalespesialist. Rundt 30 prosent, både av

pasienter i psykisk helsevern og TSB, oppgir annen trygd, sykepenger eller stønad, mens litt færre, 18 prosent av pasienter hos avtalespesialister, oppgir dette. Det er 6 prosent både blant pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist som oppgir studielån/stipend som hovedinntektskilde, og 1 prosent blant pasienter i TSB.

Vi finner flest med høyere utdanning blant pasienter hos avtalespesialist - 69 prosent. Andelen med høyere utdanning er 43 prosent blant pasienter i psykisk helsevern og 34 prosent blant pasienter i TSB.

Henholdsvis 17 og 15 prosent av pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist er under utdanning nå, mens dette gjelder 8 prosent av TSB-pasientene.

## 5.2 Om siste/pågående behandlingsperiode

I det følgende ser vi på karakteristika ved pågående behandlingsperiode, som også kan være avsluttet, ettersom vi rekrutterte informanter som var i behandling i perioden februar-april 2023.

**Tabell 5-2 Karakteristika ved siste/pågående behandlingsperiode**

|  | Poliklinikk – PH<br>(n=21346) |            | Poliklinikk – TSB<br>(n=3199) |            | Avtalespesialist<br>(n=8913) |            |
|--|-------------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------------------|------------|
|  | Antall                        | %          | Antall                        | Prosent    | Antall                       | Prosent    |
| <b>Psykisk helseutfordring</b>             |                               |            |                               |            |                              |            |
| Er i behandling                            | 14515                         | 68         | 2028                          | 63         | 6554                         | 74         |
| Nylig avsluttet behandling                 | 6016                          | 28         | 551                           | 17         | 1847                         | 21         |
| 1-2 samtaler, ikke videre tilbud           | -                             | -          | -                             | -          | 229                          | 3          |
| Ikke aktuelt                               | 775                           | 4          | 582                           | 18         | 270                          | 3          |
| Missing                                    | 40                            | 0,2        | 38                            | 1          | 13                           | 0,1        |
| <b>Totalt</b>                              | <b>21346</b>                  | <b>100</b> | <b>3199</b>                   | <b>100</b> | <b>8913</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Rusmiddelproblemer</b>                  |                               |            |                               |            |                              |            |
| Er i behandling                            | 525                           | 3          | 1843                          | 58         | 68                           | 1          |
| Nylig avsluttet behandling                 | 266                           | 1          | 581                           | 18         | 19                           | 0,2        |
| 1-2 samtaler, ikke videre tilbud           | -                             | -          | -                             | -          | 50                           |            |
| Ikke aktuelt                               | 19901                         | 93         | 747                           | 23         | 8396                         | 94         |
| Missing                                    | 654                           | 3          | 28                            | 1          | 380                          | 4          |
| <b>Totalt</b>                              | <b>21346</b>                  | <b>100</b> | <b>3199</b>                   | <b>100</b> | <b>8913</b>                  | <b>100</b> |
| <b>Varighet pågående behandling</b>        |                               |            |                               |            |                              |            |
| Mindre enn 1 måned                         | 475                           | 2          | 91                            | 3          | 61                           | 1          |
| 1-2 måned                                  | 1432                          | 7          | 215                           | 7          | 60                           | 2          |
| 3-6 måned                                  | 3990                          | 19         | 530                           | 17         | 681                          | 8          |
| Mer enn 6 måned                            | 8635                          | 41         | 1606                          | 50         | -                            | -          |
| 7-12 måneder                               | -                             | -          | -                             | -          | 1261                         | 14         |
| 1-2 år                                     | -                             | -          | -                             | -          | 1614                         | 18         |
| Mer enn 2 år                               | -                             | -          | -                             | -          | 2874                         | 32         |
| <b>Varighet nylig avsluttet behandling</b> |                               |            |                               |            |                              |            |
| Mindre enn 1 måned                         | 554                           | 3          | 85                            | 3          | 42                           | 0          |
| 1-2 måned                                  | 840                           | 4          | 95                            | 3          | 151                          | 2          |
| 3-6 måned                                  | 2106                          | 10         | 225                           | 7          | 509                          | 6          |
| Mer enn 6 måned                            | 2614                          | 12         | 396                           | 12         |                              |            |
| 7-12 måneder                               | -                             | -          | -                             | -          | 374                          | 4          |
| 1-2 år                                     | -                             | -          | -                             | -          | 359                          | 4          |
| Mer enn 2 år                               | -                             | -          | -                             | -          | 417                          | 5          |
| Missing på varighet behandling totalt      | 700                           | 3          |                               |            | 510                          | 6          |
| <b>Totalt</b>                              | <b>21346</b>                  | <b>100</b> | <b>3199</b>                   | <b>100</b> | <b>8913</b>                  | <b>100</b> |

| <b>Antall kontakter med behandler</b> |              |            |             |            |             |            |
|---------------------------------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| 1 gang                                | 400          | 2          | 94          | 3          | 68          | 1          |
| 2 ganger                              | 588          | 3          | 111         | 4          | 73          | 1          |
| 3-5 ganger                            | 2236         | 11         | 335         | 11         | 416         | 5          |
| Mer enn 5 ganger                      | 11296        | 53         | 1902        | 60         | -           | -          |
| 6-10 ganger                           | -            | -          | -           | -          | 793         | 9          |
| Mer enn 10 ganger                     | -            | -          | -           | -          | 5197        | 58         |
| Manglende svar pga nylig avsluttet    | 6016         | 32         | 757         | 24         | 2366        | 27         |
| Missing                               | 810          |            |             |            |             |            |
| <b>Totalt</b>                         | <b>21346</b> |            | <b>3199</b> | <b>100</b> | <b>8913</b> | <b>100</b> |
| <b>Avbrutt behandling</b>             |              |            |             |            |             |            |
| Avbrutt psyk behandling før ferdig    | 1177         | 6          | 121         | 4          | 351         | 4          |
| Avbrutt rusbehandling før ferdig      | 59           | 0,3        | 121         | 4          | 4           | 0          |
| <b>En eller flere behandlere</b>      |              |            |             |            |             |            |
| En behandler                          | 11458        | 54         | 1537        | 48         | 7438        | 84         |
| Flere behandlere                      | 9722         | 46         | 1631        | 51         | 1431        | 16         |
| Missing                               | 166          |            | 31          |            | 44          |            |
| <b>Totalt</b>                         | <b>21346</b> | <b>100</b> | <b>3199</b> | <b>100</b> | <b>8913</b> | <b>100</b> |

Tabell 5-2 viser at et stort flertall av respondentene for tiden er i behandling når fyller ut skjema. Blant pasienter i psykisk helsevern gjelder dette 68 prosent mens 28 prosent nylig har avsluttet behandlingen, i TSB 63 prosent, mens 17 prosent har nylig avsluttet. Blant pasientene hos avtalespesialist er 74 prosent for tiden i behandling mens 21 prosent nylig har avsluttet. Vi ser at nesten alle pasientene i TSB svarer at de både er i behandling for psykisk helseutfordring og rusmiddelproblemer.

Blant de som er i pågående behandling er det kun 1-3 prosent som har vært i behandlingen i mindre enn 1 måned, og mellom 1-7 prosent som svarer 1-2 måneder. De fleste poliklinikkpasientene – henholdsvis 41 og 50 prosent for psykisk helsevern og TSB, svarer mer enn 6 måneder (i poliklinikkskjemaet hadde ikke spørsmålet ytterligere svarkategorier, så vi vet dermed ikke hvor lenge de har vært i behandlingen). Blant pasienter i pågående behandling hos avtalespesialister (der vi hadde lagt inn flere svarkategorier) oppgir så mye som 64 prosent at de har vært i behandlingsforholdet i over 6 måneder. Av disse har 37 prosent vært i dette behandlingsforholdet i mer enn to år.

Når det gjelder antall kontakter med behandler svarer de aller fleste av poliklinikkpasientene, mellom 53 og 60 prosent, at de har hatt kontakt mer enn 5 ganger. Blant pasienter hos avtalespesialist (som hadde flere svaralternativer) svarte nesten 60 prosent mer enn 10 ganger. Det er svært få pasienter som kun har en eller to kontakter – henholdsvis 0,02 og 0,03 prosent av de som for tiden er i behandling.

#### *Avbrutt behandling*

Det er 4 prosent av pasienter hos avtalespesialister og i TSB som svarer at de har avbrutt behandlingen før tiden, og 6 prosent blant poliklinikkpasienter i psykisk helsevern. Informantene har her kunnet skrive i åpent felt hvorfor behandlingen ble avbrutt, og det oppgis mange ulike årsaker. I en del tilfeller svarer informanten at det var behandler som avbrøt behandlingen av ulike årsaker - for eksempel at behandler mente vedkommende var frisk eller ferdig behandlet, at det ikke var riktig behandling, eller at de ikke kom videre i behandlingen – eller det var praktiske årsaker som at behandler byttet jobb, flyttet eller sluttet, gikk ut i permisjon eller pensjon. I en god del tilfeller skyldtes avbrudd at det ikke var en god relasjon med behandler, eller at pasienten opplevde tilbudet som for dårlig, og ikke tilpasset behovet hos vedkommende.

#### *Antall behandlere*

Blant pasienter i psykisk helsevern oppgir 54 prosent at de har hatt én behandler, mens de øvrige oppgir flere behandlere i pågående behandlingsforhold. Blant TSB-pasientene oppgir 48 prosent at det har hatt én

behandler, og 51 prosent at de har flere. Blant pasienter hos avtalespesialist oppgir 84 prosent at de har hatt én behandler. Avtalespesialistene fikk også spørsmål om gruppebehandling, og 2,4 prosent oppgir at de kun har fått gruppebehandling mens 89 prosent oppgir at de har fått kun individualbehandling, og 8 prosent både gruppe- og individualbehandling.

### 5.3 Oppsummering - demografi og behandling

- Det er en vesentlig høyere andel kvinner enn menn blant deltakere som er pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist. Blant pasienter i TSB er andelen menn litt høyere enn andelen kvinner. Dette er også realiteten i tjenestene, der det er en overvekt av kvinner i psykisk helsevern og hos avtalespesialist, mens det i TSB er en overvekt av menn. Forskjellen mellom kjønnene er størst blant avtalespesialistpasientene, der rundt 70 prosent var kvinner i populasjonstallene, mens så mye som 75 prosent av deltakere i undersøkelsen fra avtalespesialist var kvinner.
- Gjennomsnittsalderen er vesentlig lavere blant deltakere fra psykisk helsevern – henholdsvis 37 år og 43 år blant deltakerne fra TSB og avtalespesialister. Det er små forskjeller mellom populasjonene og utvalget som har svart på undersøkelsen når det gjelder alder.
- Halvparten av pasientene i TSB bor alene, mens færre – henholdsvis 30 og 27 prosent av pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist bor alene. Godt over halvparten av pasienter hos avtalespesialist bor med ektefelle eller samboer med eller uten barn, mens dette gjelder 43 prosent av pasienter i psykisk helsevern og 31 prosent blant pasienter i TSB.
- Hovedinntektskilde hos godt over halvparten av pasienter hos avtalespesialist er fra eget arbeid. Dette gjelder litt færre i de andre gruppene, der flere har en trygdeytelse.
- Så mye som 69 prosent av pasientene hos avtalespesialist har høyere utdanning mens det samme gjelder henholdsvis 43 prosent av pasienter i psykisk helsevern og 34 prosent av pasienter i TSB.
- Et flertall er i behandling (63-74 prosent), og flest blant pasienter hos avtalespesialist, mens et mindretall har nylig avsluttet behandling (17-28 prosent).
- Et stort flertall oppgir at de har vært i behandling mer enn 6 måneder. I størst grad gjelder dette pasienter hos avtalespesialist – 64 prosent, og henholdsvis 41 og 50 prosent av pasientene i psykisk helsevern og TSB. Når det gjelder pasienter hos avtalespesialist har undersøkelsen informasjon om at 37 prosent har vært i dette behandlingsforholdet i mer enn to år.

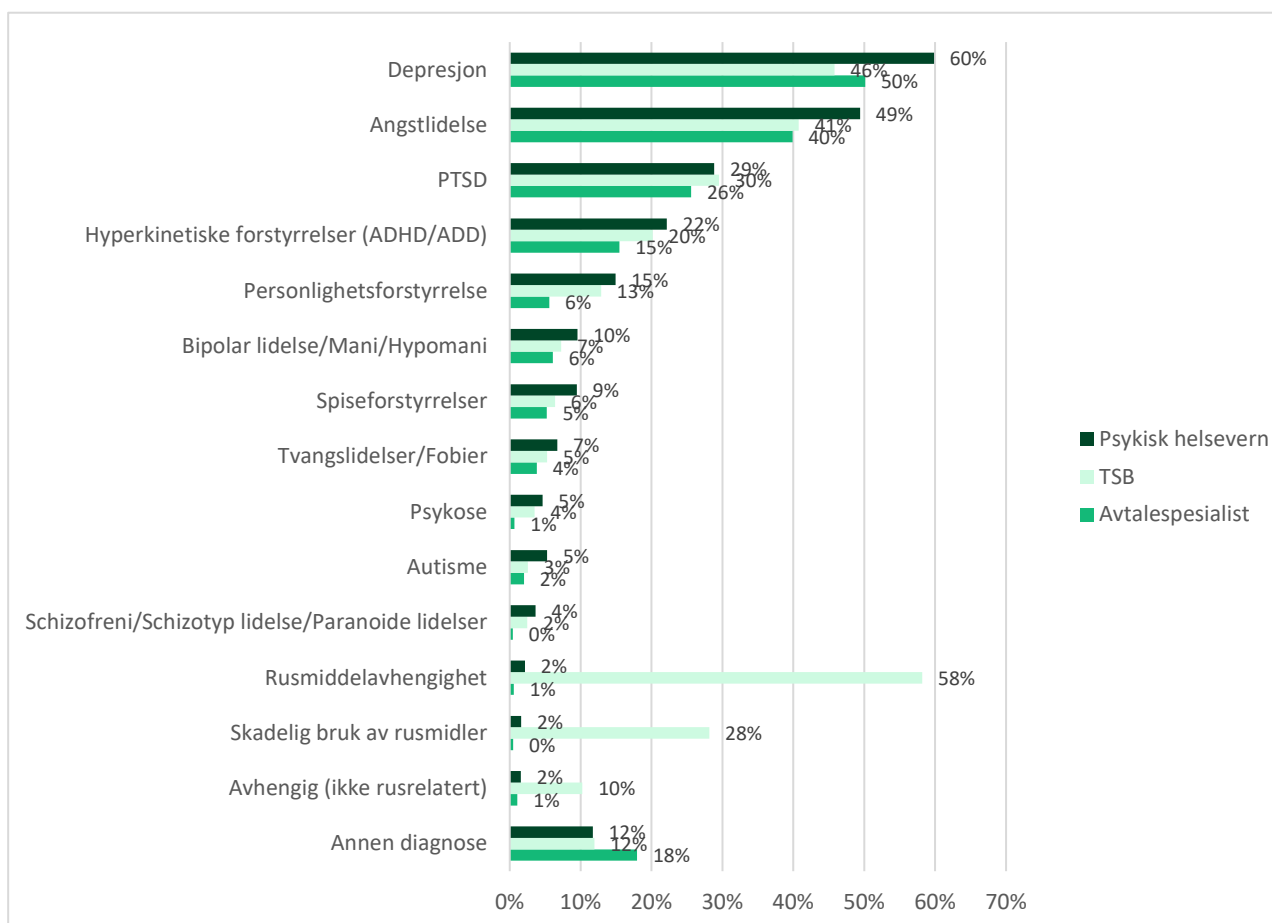
## 6 Diagnoser og opplevd psykisk helse

I dette kapitlet ser vi på hvordan deltakerne i undersøkelsen beskriver sine psykisk helseutfordringer og/eller rusutfordringer – hvilke diagnoser de er i utredning eller behandling for (egenrapporterte diagnoser), omfang av utfordringer (lettere, moderate eller store) og hvor lenge de har hatt psykisk helse-utfordringer samt opplevelse av psykisk helse «for tiden». Kapitlet beskriver resultater knyttet til følgende spørsmål i spørreskjemaet:

- Hva er du i utredning eller behandling for?
- Hvordan vil du beskrive dine utfordringer når det gjelder psykisk helse og/eller rus?
- Hvor mange år har du hatt psykiske utfordringer/ rusmiddelproblemer?
- Hvordan er din psykiske helse for tiden?

### 6.1 Diagnoser

Figur 6-1 under viser respondentenes svar på hvilken, eller hvilke, diagnoser de for tiden er, eller har vært (dersom avsluttet behandling), i utredning eller behandling for. Figuren viser svarfordelingen hos de tre gruppene. Spørreskjemaets diagnosebetegnelser er inspirert av ICD-10-klassifiseringen, der pasientene kunne krysse av for flere diagnoser ved behov (se informasjon i 4.3.4 og i Tabell 4-7).



**Figur 6-1 Diagnoser\* hos pasienter i psykisk helsevern (n=21346), TSB (n=3199) og hos avtalespesialist. n=8913**

\* Prosenten summerer seg til mer enn 100 prosent fordi flere diagnoser er mulig.

Det er depresjon og angstlidelser som oppgis hyppigst blant pasientene i psykisk helsevern og hos avtalespesialist. Henholdsvis 60 og 50 prosent oppgir depresjon, og om lag ti prosent færre i de to



gruppene oppgir angstlidelse. Etter rusmiddelavhengighet som oppgis av 58 prosent av TSB-pasientene, oppgis depresjon og angstlidelse hyppigst også i denne gruppen. Dernest oppgis PTSD blant mellom 26 og 29 prosent i de tre gruppene, færrest blant avtalespesialistpatientene. Hyperkinetiske forstyrrelser oppgis blant henholdsvis 22 og 20 prosent av poliklinikkpasienter i psykisk helsevern og TSB, og noe færre – 15 prosent blant pasienter hos avtalespesialist.

Samme mønster finner vi når det gjelder personlighetsforstyrrelse, som oppgis blant 15 og 13 prosent av poliklinikkpasienter i psykisk helsevern og TSB, og 6 prosent blant pasienter hos avtalespesialist. Likeledes når det gjelder bipolar lidelse/Mani/Hypomani, som oppgis blant 10 prosent av pasienter i psykisk helsevern, og blant henholdsvis 7 og 6 prosent av TSB-pasienter og pasienter hos avtalespesialist. Samme mønster, og om lag samme andeler, finner vi når det gjelder spiseforstyrrelser, og også tvangslidelser/fobier. Litt færre oppgir psykose, henholdsvis 4 og 5 prosent av poliklinikkpasientene og 1 prosent av pasienter hos avtalespesialist. Det samme gjelder autisme. Schizofreni oppgis av henholdsvis 4 og 2 prosent blant pasienter i psykisk helsevern og TSB og 0,4 prosent av pasienter hos avtalespesialist. Bortsett fra pasienter i TSB, er det svært få som oppgir rusmiddelavhengighet, skadelig bruk av rusmidler eller annen avhengighet i de to andre gruppene kun 1-2 prosent.

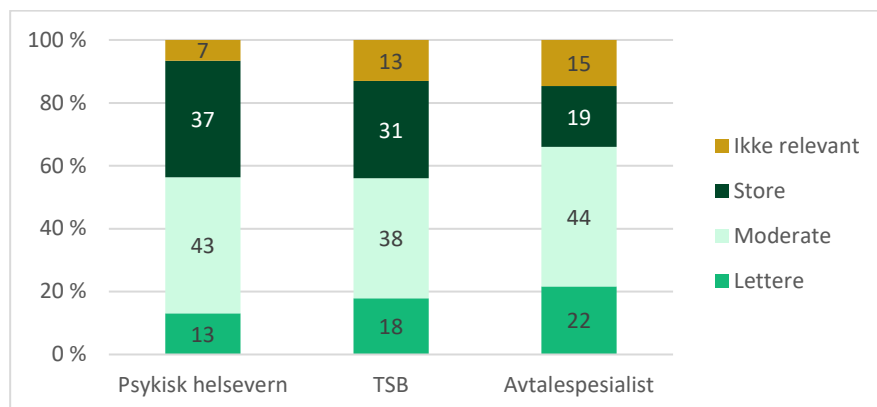
Det er en del som oppgir annen diagnose, 18 prosent blant pasienter hos avtalespesialist og 12 prosent i de to andre gruppene. Det varierer mye hva man har svart i åpent spørsmål om diagnose. Noen skriver en nærmere betegnelse av diagnose, og noen beskriver ulike livsproblemer som gjør at de får behandling.

Det var kun ca. 2 prosent av de som svarte "Vet ikke" på spørsmålet om diagnose, noe som kan tyde på at de fleste som er under utredning og behandling har et bevisst forhold diagnoser.

## 6.2 Omfang og varighet av psykisk helse -og rusutfordringer

Informantene ble bedt om å beskrive sine psykiske utfordringer og rusutfordringer, enten som lettere, moderate eller store, og hvor mange år de hadde hatt psykiske utfordringer eller rusmiddelproblemer.

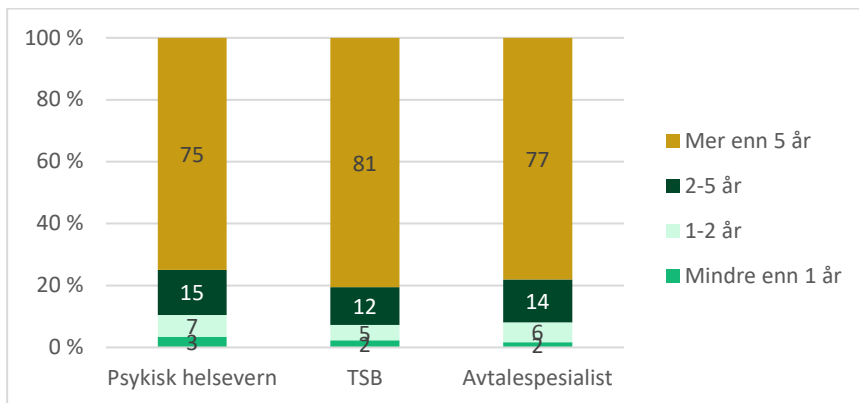
### 6.2.1 Psykisk helse utfordringer



**Figur 6-2 Omfang av psykiske utfordringer. Prosentfordeling innen hver sektor. n=33088.**

Det er størst andel blant pasientene i psykisk helsevern som svarer at de har store psykisk helseutfordringer - 37 prosent, og det er verd å merke seg at nesten en tredjedel av pasienter i TSB også svarer dette. Blant pasienter hos avtalespesialist er andelen som svarer at de har store psykisk helseutfordringer vesentlig lavere - 19 prosent. Det er størst andel i alle tre gruppene som beskriver sine psykiske utfordringer som moderate, mellom 38-44 prosent. Det er flest hos avtalespesialist som beskriver sine problemer som lettere - 22 prosent.

Figur 6-3 under viser antall år med psykiske utfordringer.

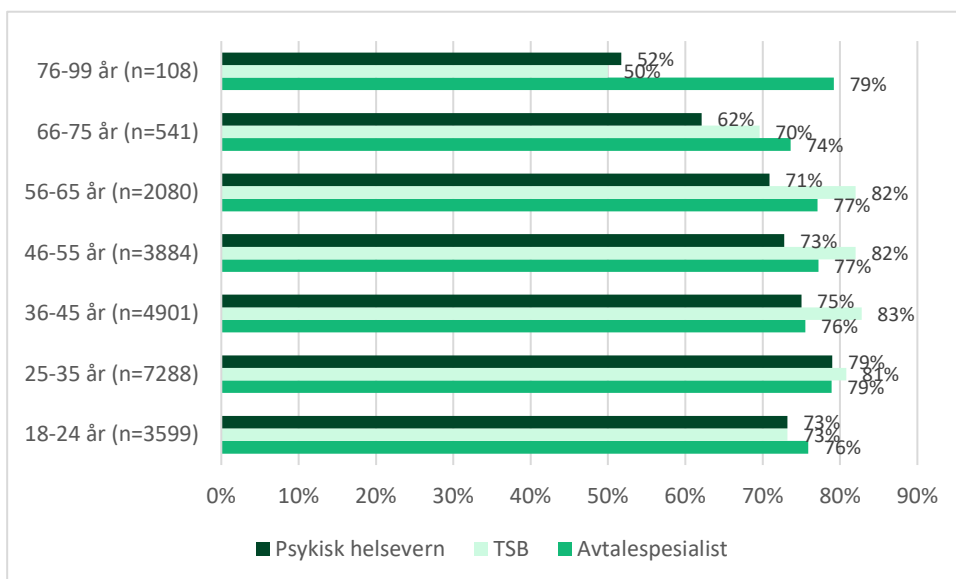


**Figur 6-3 Antall år med psykiske utfordringer. Prosentfordeling innen hver sektor. n=29411\***

\*Spørsmålet går til de som først svarer at de har psykiske utfordringer

De aller fleste oppgir at de har hatt psykiske utfordringer i mer enn fem år, mellom 75 og 81 prosent. 12-15 prosent oppgir at de har hatt utfordringer mellom to og fem år, og 7-10 prosent at de har hatt problemer i mindre enn 2 år.

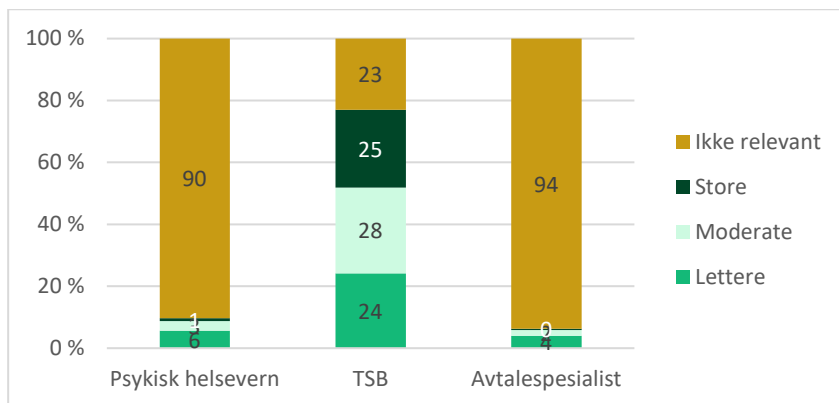
Man kunne forvente en lavere andel med mer enn fem år med psykiske utfordringer blant de unge, sammenlignet med eldre aldersgrupper. Tvert imot viser Figur 6-4 under at det blant poliklinikkpasientene er en lavere andel blant de eldste som oppgir mer enn fem år med psykiske utfordringer.



**Figur 6-4 Psykiske utfordringer i mer enn fem år fordelt på aldersgruppe. Prosent innen hver aldersgruppe og sektor**

Bortsett fra at en lavere andel blant de eldste poliklinikkpasientene oppgir mer enn fem års utfordringer, er det ikke store forskjeller mellom øvrige aldersgruppene.

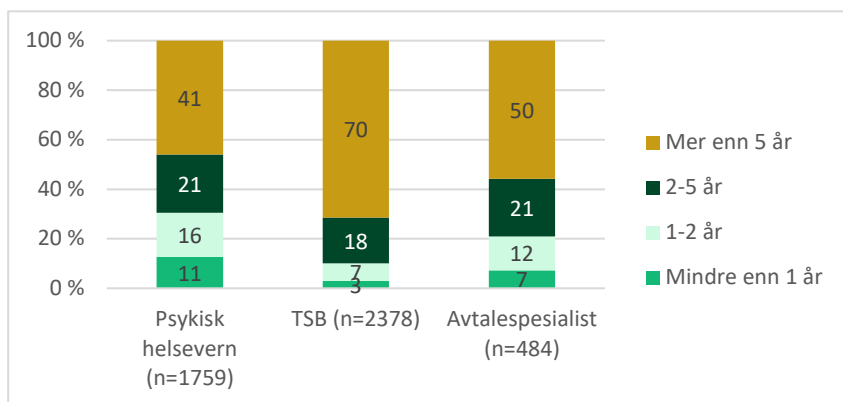
## 6.2.2 Rusmiddelutfordringer



**Figur 6-5 Omfang av rusmiddelutfordringer. Prosentfordeling innen hver sektor. n=32497**

Det er en svært liten andel blant pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialister som oppgir at de har rusmiddelutfordringer, 10 prosent blant pasienter i psykisk helsevern og 6 prosent hos avtalespesialist. De fleste pasienter i TSB, over halvparten, oppgir sine rusmiddelutfordringer som lettere eller moderate, mens 25 prosent oppgir utfordringene som store. Det er uvisst hva som er årsaken til at 23 prosent svarer ikke relevant.

Det er en større andel av pasientene i TSB som oppgir store psykiske utfordringer enn rusmiddelutfordringer. Det kan være vanskeligere å betegne rusmiddelutfordringer som store enn psykiske utfordringer. Et flertall – om lag to av tre i de tre gruppene svarer at de har mer enn fem år med psykiske utfordringer.

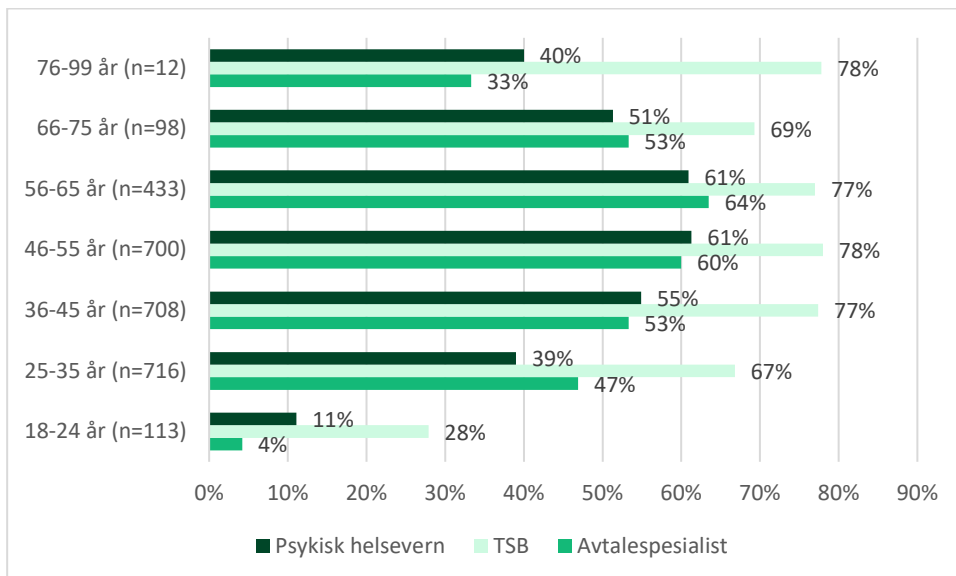


**Figur 6-6 Antall år med rusmiddelutfordringer. Prosentfordeling innen hver sektor. n=4621\***

\*Spørsmålet går til de som først svarer at de har rusmiddelutfordringer. Ikke alle har svart på spørsmålet om antall år selv om de har svart at de har utfordringer.

De fleste pasienter i TSB, 70 prosent, oppgir at de har hatt rusmiddelutfordringer i mer enn fem år. 18 prosent i denne gruppen oppgir utfordringer i 2-5 år, og 10 prosent i mindre enn to år. Blant pasienter i psykisk helsevern med rusmiddelutfordringer svarer 41 prosent at de har hatt utfordringer i mer enn fem år. Blant pasienter hos avtalespesialist som oppgir rusmiddelutfordringer har halvparten hatt dette i mer enn fem år.

Figur 6-7 under viser hvordan de som svarer at de har hatt rusmiddelutfordringer i mer enn fem år fordeler seg på ulike aldersgrupper.

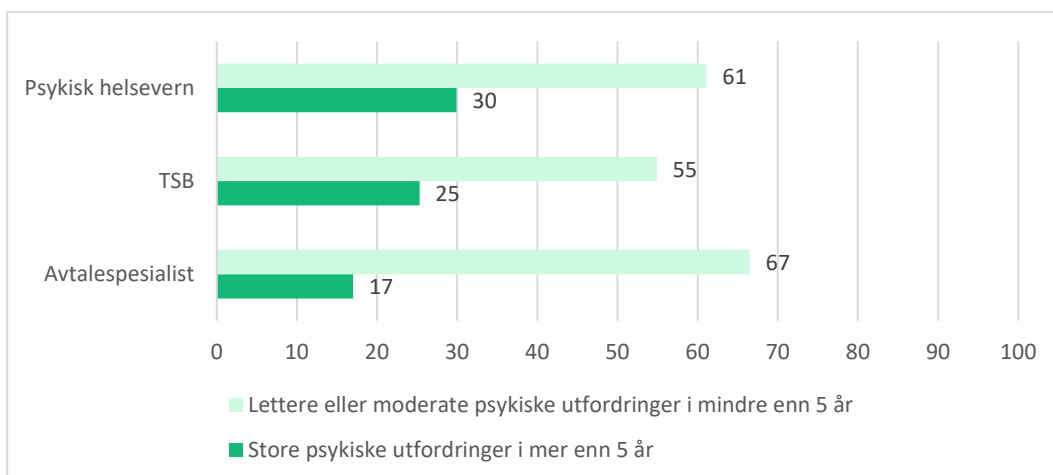


**Figur 6-7 Rusutfordringer i mer enn fem år. Prosent innen hver aldersgruppe og sektor**

Når det gjelder rusutfordringer i mer enn fem år er det store forskjeller mellom pasienter i TSB og øvrige med rusutfordringer. Blant pasienter i TSB oppgir fra 67 prosent og mer fra 25 år og eldre at de har hatt utfordringer i mer enn fem år, mens 28 prosent i aldersgruppen 18-24 år oppgir dette.

### 6.2.3 Store psykiske utfordringer i mer enn fem år

Hvor stor andel av informantene beskriver sine psykiske utfordringer som store og langvarige? Figur 6-8 viser andel pasienter i de tre gruppene som beskriver sine psykiske utfordringer som enten lettere eller moderate, og som har vart i mindre enn fem år, *eller* som store utfordringer som har vart i mer enn fem år.

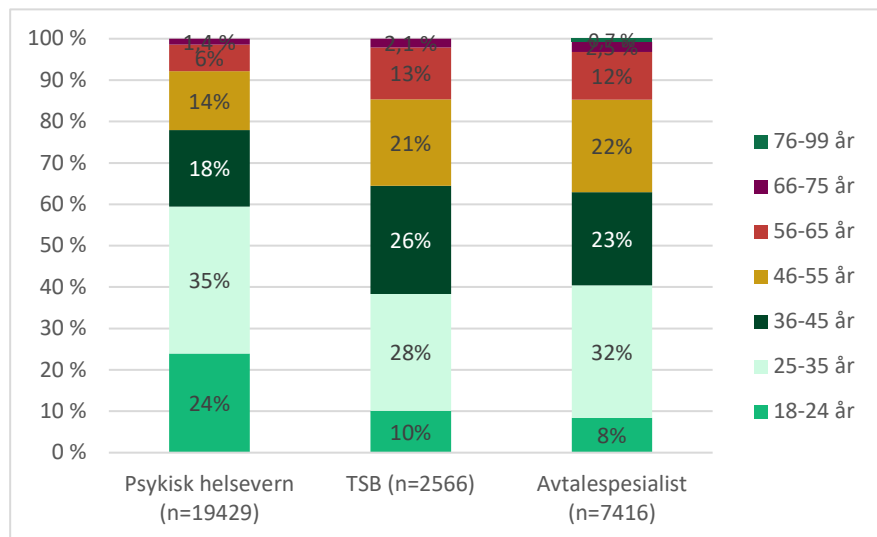


**Figur 6-8 Pasienters beskrivelse av sine psykiske utfordringer. Andel (%) med lettere eller moderate psykiske utfordringer i mindre enn 5 år, eller med store utfordringer i mer enn 5 år. Prosent innen hver setkor. n=29411 (ikke relevant eller missing utgjør 9-20 prosent)**

Andelen som beskriver sine psykiske utfordringer som store og langvarige er størst blant pasienter i psykisk helsevern, der 30 prosent oppgir dette. Blant pasienter i TSB gjelder det en av fire. Andelen er lavest blant pasienter hos avtalespesialist, der 17 prosent oppgir store og langvarige psykiske utfordringer. Det er mellom 9 og 20 prosent som svarer ikke relevant, eller som ikke har svart.

### Store psykiske utfordringer i mer enn fem år hos ulike aldersgrupper

Figur 6-9 viser aldersfordeling blant pasienter med store psykiske utfordringer i mer enn fem år i de tre utvalgene.

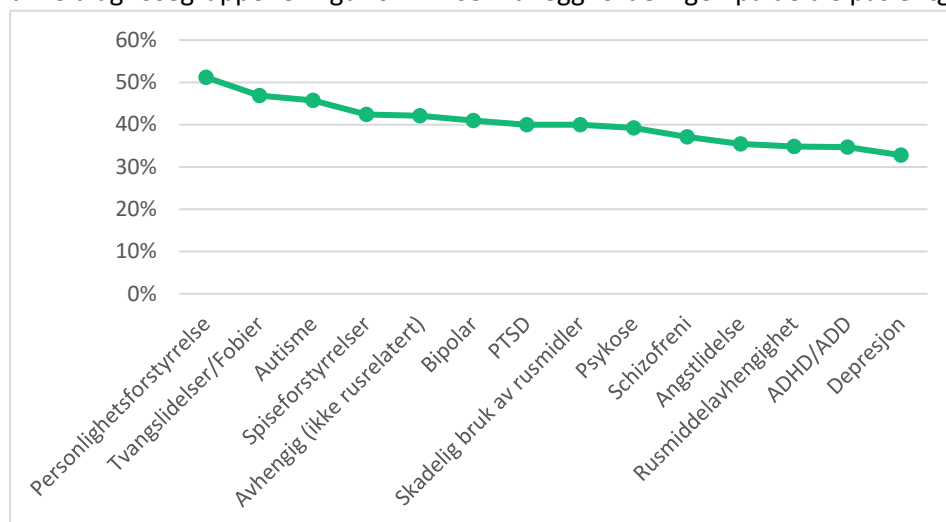


**Figur 6-9 Store psykiske utfordringer i mer enn fem år fordelt på aldersgrupper. Prosentfordeling innen hver sektor. n=29411/missing=4047**

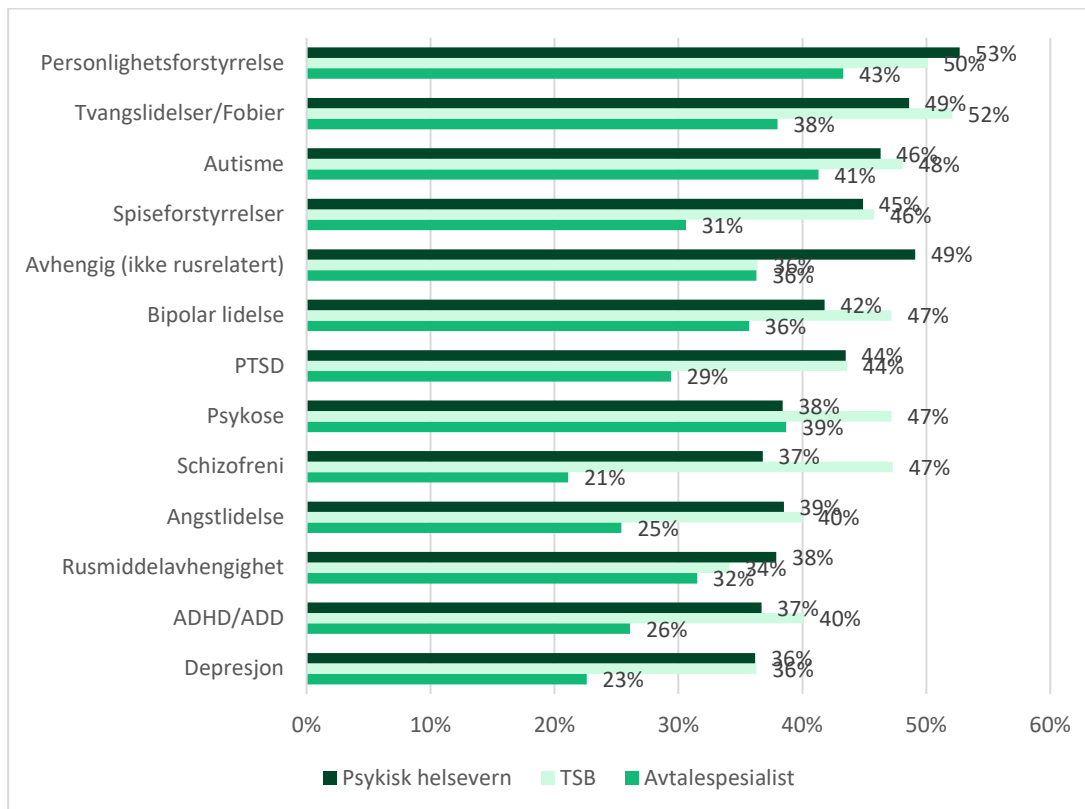
Andel som oppgir store og langvarige psykiske utfordringer, er ganske likt fordelt mellom de ulike aldersgruppene i TSB og hos avtalespesialist. Blant pasienter i psykisk helsevern derimot, er det en vesentlig høyere andel i de yngste aldersgruppene som oppgir store og langvarige utfordringer sammenlignet med pasienter i TSB og hos avtalespesialist. Dette skyldes ulik alderssammensetning, med vesentlig flere i de yngste aldersgruppene i psykisk helsevern.

### Store psykiske utfordringer i mer enn 5 år hos pasienter i ulike diagnosegrupper

Figur 6-9 over viser at (samlet) andel som oppgir at de både har *store og langvarige psykiske* utfordringer varierer betydelig mellom de tre pasientgruppene. Figur 6-10 under viser hvordan svarene fordeler seg i de ulike diagnosegruppene. Figur 6-11 viser i tillegg fordelingen på de tre pasientgruppene.



**Figur 6-10 Andel (%) med store og langvarige psykiske utfordringer blant pasienter i de ulike diagnosegruppene. Hele pasientutvalget (n=29411)**



**Figur 6-11 Andel (%) med store og langvarige psykiske utfordringer blant pasienter i de ulike diagnosegruppene. Prosent innen sektor. n=29411**

Det er gjennomgående vesentlige forskjeller mellom de tre pasientgruppene når det gjelder andel som oppgir store og langvarige psykiske utfordringer i de ulike diagnosegruppene.

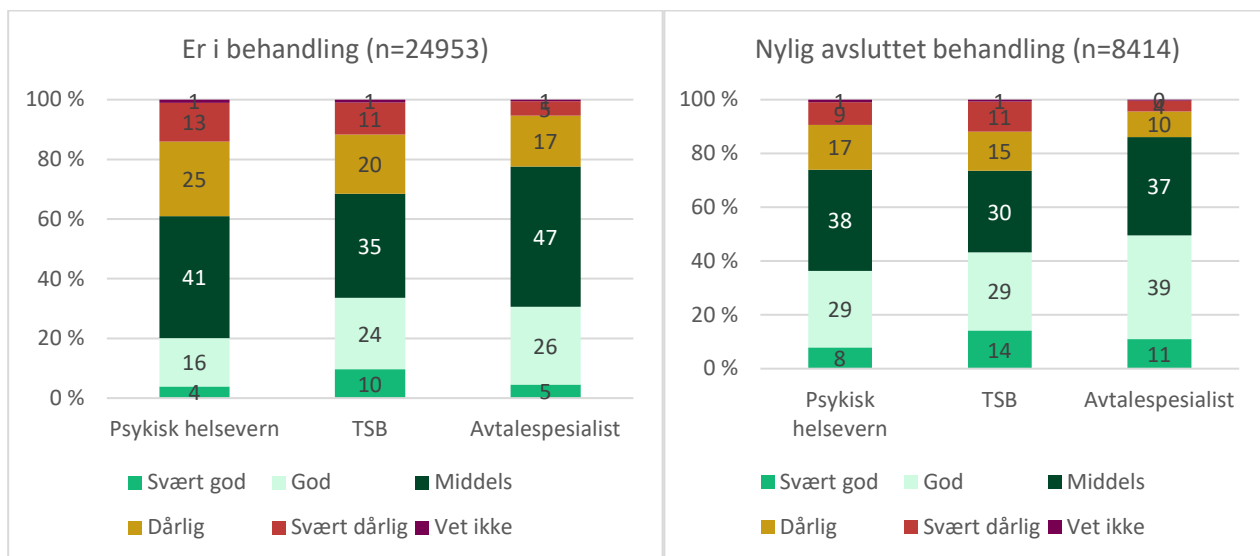
På tvers av de tre gruppene er det pasienter med diagnoser som ikke er særlig utbredt i utvalget som i størst grad rapporterer store og langvarige psykiske utfordringer. Dette gjelder pasienter med personlighetsforstyrrelse (6-15 prosent i de ulike pasientgruppene oppgir denne diagnosen), tvangslidelser/fobier (4-7 prosent i de ulike pasientgruppene oppgir denne diagnosen) og autisme (2-5 prosent i de ulike pasientgruppene oppgir denne diagnosen).

Andel som oppgir at de har store og langvarige utfordringer er i gjennomsnitt (på tvers av de tre gruppene) litt mindre for de som oppgir følgende diagnoser; bipolar lidelse, psykose, spiseforstyrrelser, avhengighet (ikke rusrelatert), PTSD og schizofreni.

Vi finner lavest andel med store og langvarige psykiske utfordringer blant pasienter som oppgir følgende diagnoser: angstlidelse, rusmiddelavhengighet, ADHD/ADD og depresjon (både depresjon og angstlidelse er mest utbredt blant pasientene).

#### 6.2.4 Psykisk helse «for tiden» hos pasienter i de ulike diagnosegruppene

Figur 6-10 i avsnittet over viste at pasienter som oppga personlighetsforstyrrelse som diagnose i størst grad karakteriserte sine utfordringer som store og langvarige, mens pasienter med depresjon - den største diagnosegruppen - i mindre grad oppga store og langvarige utfordringer. Hvordan ser bildet ut når det gjelder opplevelse av psykisk helse «for tiden»? Vi ser først på hvordan de tre pasientgruppene svarer på spørsmålet om nåværende psykisk helse, henholdsvis blant de som er i behandling og blant de som har avsluttet behandlingen. Dernest ser vi på hvordan svarene totalt sett fordeler seg på de ulike diagnosene (uavhengig av om man nylig har avsluttet behandling eller fremdeles er i behandling).

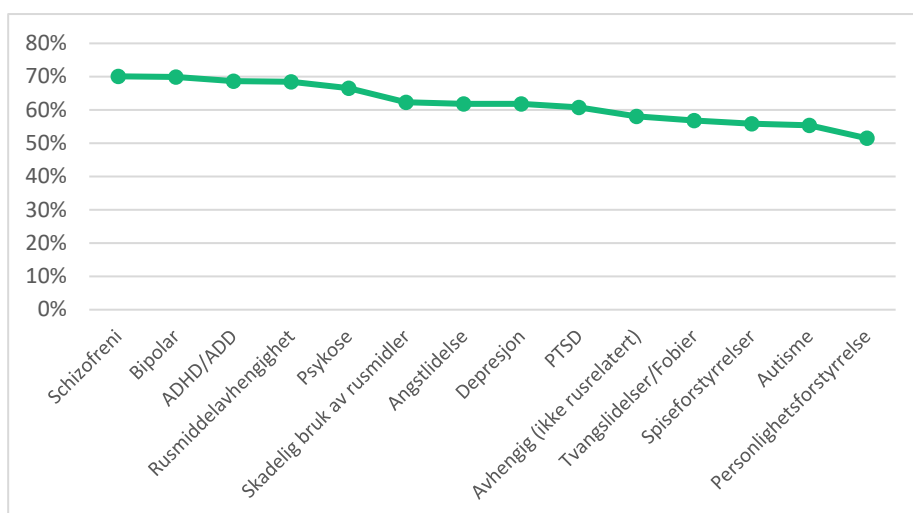


**Figur 6-12 og Figur 6-13 Hvordan er din psykiske helse «for tiden»? Svar fra pasienter som enten er i behandling, eller som nylig har avsluttet behandling. Prosentfordeling innen hver sektor.**

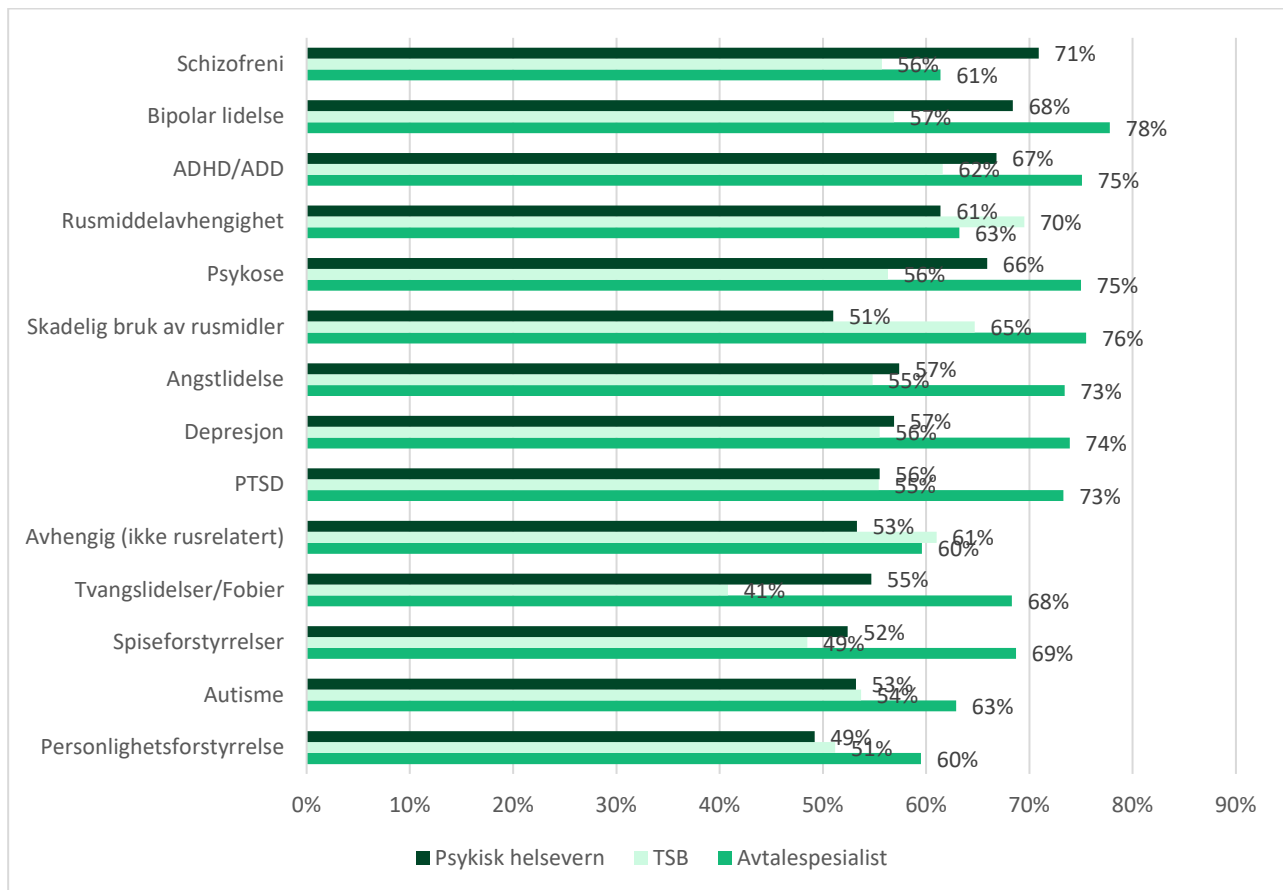
Figurene viser at det er relativt stor forskjell mellom pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialister når det gjelder opplevd psykisk helse for tiden. Mens henholdsvis 38 og 31 prosent av pasienter som er i behandling i psykisk helsevern og TSB oppgir dårlig eller svært dårlig psykisk helse, gjelder dette 22 prosent av pasienter hos avtalespesialist. Tilsvarende tall etter nylig avsluttet behandling er 26 prosent både hos pasienter i psykisk helsevern og i TSB, og 14 prosent blant pasienter hos avtalespesialist.

Vi ser også at det er relativt mange pasienter som er i behandling som svarer at de har god eller svært god psykisk helse, 31 prosent blant pasienter hos avtalespesialist og 20 prosent blant pasienter i psykisk helsevern. Andelen som rapporterer god psykisk helse etter avsluttet behandling øker fra 31 prosent til 50 prosent for pasienter hos avtalespesialist, fra 34 til 43 prosent blant pasienter hos TSB og fra 20 til 37 prosent blant pasienter i psykisk helsevern. Økningen i bedring er altså størst blant pasienter hos avtalespesialist

Figur 6-14 under viser hvordan svarene fordeles seg i de ulike diagnosegruppene. Svarene gjelder for hele utvalget uavhengig av om man er i behandling eller nylig har avsluttet. Figur 6-15 viser i tillegg fordelingen på de tre pasientgruppene.



**Figur 6-14 Andel pasienter med «for tiden» middels, god eller svært god psykisk helse i de ulike diagnosegruppene. Hele pasientutvalget (n=32867). Prosent.**



**Figur 6-15 Andel pasienter med «for tiden» middels, god eller svært god psykisk helse i de ulike diagnosegruppene. Prosent innen hver sektor**

Andel som oppgir middels, god eller svært god psykisk helse «for tiden» er høyest for pasienter hos avtalespesialister for alle diagnosegruppene bortsett fra de rusrelaterte og for schizofreni i denne pasientgruppen (n=44). Vi ser at andelen blant pasienter hos avtalespesialist som oppgir god psykisk helse også er mye høyere enn for poliklinikkpasientene når det gjelder alle de tre største diagnosene; depresjon, Angstlidelser og PTSD.

Videre er det noen interessante forskjeller mellom pasienter i psykisk helsevern og TSB med en mye høyere andel som svarer at de for tiden har god psykisk helse blant pasienter i psykisk helsevern enn i TSB for flere av de tyngre diagnosegruppene; bipolar lidelse, schizofreni og tvangslidelser/fobier. Bildet er omvendt for de rusrelaterte diagnosene der andelen som svarer god psykisk helse er vesentlig høyere for TSB-pasienter enn for de pasientene i psykisk helsevern som sliter med rus.

Lavest andel som skårer sin psykiske helse som god «for tiden» finner vi blant pasienter som oppgir tvangslidelser/fobier, spiseforstyrrelser, autisme og personlighetsforstyrrelse. Dette er for øvrig de samme diagnosegruppene med høyest andel som oppga store og langvarige psykiske utfordringer (jmfør Figur 6-10 og 6-11).

### 6.3 Oppsummering – diagnoser og opplevd psykisk helse

- Flest oppgir at de utredes eller behandles for depresjon og angstlidelse blant pasientene i psykisk helsevern og hos avtalespesialist, dernest PTSD og hyperkinetiske forstyrrelser. Utenom rusmiddelavhengighet oppgir også pasienter i TSB disse diagnosene hyppigst.
- Det er høyest andel blant pasientene i psykisk helsevern som svarer at de har store psykisk helseutfordringer (37 prosent), men nesten en tredjedel av pasienter i TSB også svarer dette mens



andelen er vesentlig lavere blant pasienter hos avtalespesialist - 19 prosent. I alle tre gruppene er det flest som beskriver sine psykiske utfordringer som moderate, mellom 38-44 prosent.

- Mellom 75 og 81 prosent oppgir at de har hatt psykisk helse og/eller rusutfordringer i mer enn fem år. Dette gjelder også de yngste aldersgruppene. Blant de eldste poliklinikkpasientene er det færre som oppgir mer enn fem år med psykiske utfordringer.
- Det er flest som oppgir store psykiske utfordringer i mer enn fem år blant de som utredes eller behandles for personlighetsforstyrrelse, tvangslidelser/fobier og autisme. Lavest andel med store og langvarige psykiske utfordringer finner vi blant pasienter med angstlidelse, rusmiddelavhengighet, ADHD/ADD og depresjon (både depresjon og angstlidelse er mest utbredt blant pasientene).
- Andel som oppgir middels, god eller svært god psykisk helse «for tiden» er høyest for pasienter hos avtalespesialister for alle diagnosegruppene bortsett fra de rusrelaterte og for schizofreni i denne pasientgruppen. Lavest andel som skårer sin psykiske helse som god «for tiden» finner vi blant pasienter som oppgir tvangslidelser/fobier, spiseforstyrrelser, autisme og personlighetsforstyrrelse.
- Det er mye høyere andel som svarer at de for tiden har god psykisk helse blant pasienter i psykisk helsevern enn i TSB for flere av de tyngre diagnosegruppene; bipolar lidelse, schizofreni og tvangslidelser/fobier. Bildet er omvendt for de rusrelaterte diagnosene der andelen som svarer god psykisk helse er vesentlig høyere for TSB-pasienter enn for de pasientene i psykisk helsevern som sliter med rus.

## 7 Helsetjenestebruk ved ulike diagnoser og omfang av utfordringer

I dette kapitlet ser vi på kontakt med helse- og velferdstjenester og tiltak siste året, og sammenligner tjenestebruk i de tre pasientgruppene i forhold til omfang av utfordringer (store versus lettere/moderate og hvor lenge man har hatt utfordringene) og egenrapporterte diagnoser.

Kapitlet beskriver resultater knyttet til følgende spørsmål i spørreskjema:

- Har du de siste 12 måneder hatt kontakt med noen av følgende tjenester?
- Er du fornøyd med oppfølgingen du får fra tjenestene du er i kontakt med?
  - o Har du behov for mer oppfølging?
  - o Har du behov for bedre oppfølging

### 7.1 Kontakt med ulike helse- og velferdstjenester og tiltak

Figur 7-1 under viser andel av deltakerne som svarte (ja) på at de har hatt kontakt med ulike helse- og velferdstjenester. I tillegg til å vise hvor sentrale de ulike tjenestene er for de tre gruppene, gir figuren også et inntrykk av den totale mengden tjenester som har vært inne i bildet. Fastlegene er ikke med i figuren. Det var 91-94 prosent som oppga at de hadde hatt kontakt med fastlegen siste tolv måneder.



**Figur 7-1 Kontakt med helse- og velferdstjenester siste tolv måneder. Andel som svarer at de har hatt kontakt med tjenesten. Prosentfordeling innen hver sektor**

Når det gjelder NAV er det høyest andel av pasienter i TSB som har hatt kontakt (39 prosent), og lavest andel blant pasienter hos avtalespesialist (19 prosent). Andel som har hatt kontakt med «andre kommunale tjenester» (utover de øvrige kommunale tjenestene som er nevnt) er høyest blant pasienter i psykisk helsevern (27 prosent) og TSB (23 prosent), mens andelen er vesentlig lavere blant pasienter hos avtalespesialist (9 prosent). Om lag en av tre pasienter hos avtalespesialist har derimot hatt kontakt med fysioterapeut, mens en av fire pasienter i psykisk helsevern oppgir dette og noe færre blant pasienter i TSB.

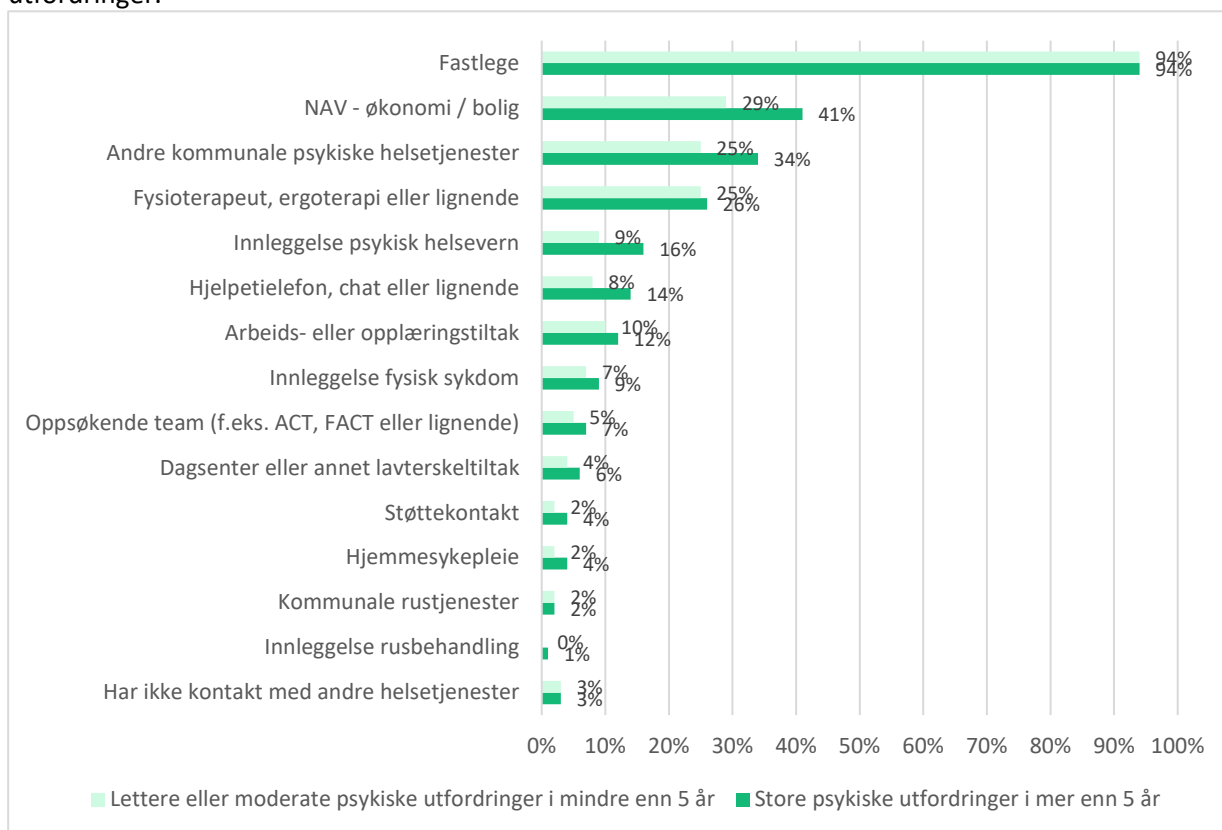
Andel med innleggelse i sykehus er samlet sett for psykisk, somatisk og rusbehandling vesentlig høyere blant pasienter i TSB med 33 prosent som oppgir dette, og flest når det gjelder rusbehandling og fysisk sykdom, men også en relativt høy andel innleggelse i psykisk helsevern (8 prosent). Tjue prosent av pasienter i psykisk helsevern oppgir innleggelse siste året, halvparten gjelder innleggelse i psykisk helsevern. Andelen med innleggelse siste år blant pasienter hos avtalespesialist er på 9 prosent hvorav 7 prosent i somatisk sykehus.

Rundt ti prosent av pasienter i psykisk helsevern og TSB oppgir at de har hatt arbeids- eller opplæringstiltak siste år. Dette gjelder 7 prosent av pasienter hos avtalespesialist. Når det gjelder kontakt med oppsøkende team (ACT, FACT e.l.) oppgir 6-7 prosent av pasienter i psykisk helsevern og TSB slik kontakt, og mindre enn en prosent blant pasienter hos avtalespesialist. Det er størst andel TSB-pasienter som har brukt dagsenter eller annet lavterskeltiltak - 9 prosent. Kun 2 prosent av pasienter hos avtalespesialist har hatt kontakt med dagsenter/lavterskeltjeneste. Mens en prosent av sistnevnte gruppe har hatt kontakt med hjemmesykepleie gjelder dette 3 prosent av pasienter i psykisk helsevern og 7 prosent av pasienter i TSB. Svært få har støttekontakt, flest blant pasienter i TSB (4 prosent). Bruk av hjelpetelefon eller chat (nettprat) varierer fra 4-9 prosent med minst bruk blant pasienter hos avtalespesialist. Pasienter hos avtalespesialister oppgir at de også har hatt kontakt med distriktpsikiatrisk poliklinikk siste år (12 prosent).

### **7.1.1 Helsetjenestebruk ved store versus lettere/moderate psykiske utfordringer**

Vi har sammenlignet tjenestebruk i de tre pasientgruppene i forhold til hvor store psykiske utfordringer informantene opplever å ha, og om utfordringene har vart lengre enn fem år. Figur 7-2 under viser kontakt med ulike helse- og velferdstjenester siste tolv måneder blant pasienter med enten store psykiske utfordringer i mer enn fem år sammenlignet med lettere eller moderate, og mindre enn fem år med

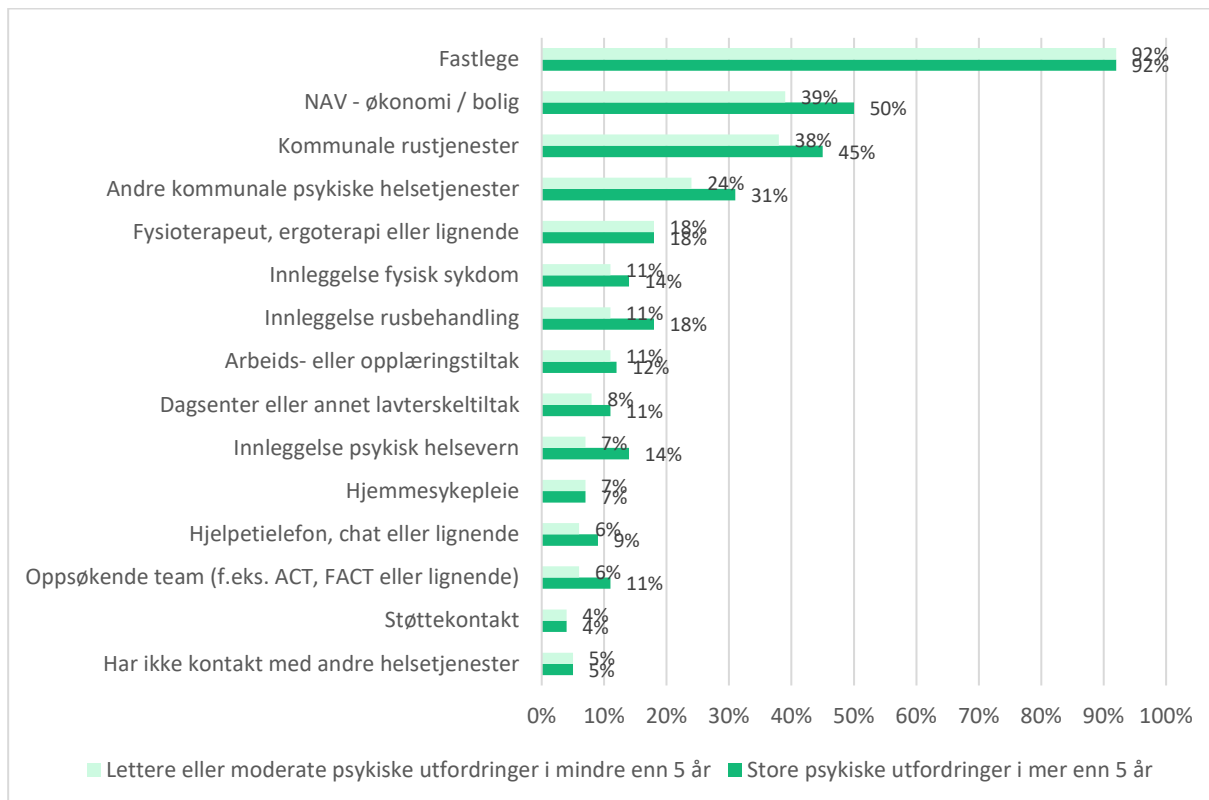
utfordringer.



**Figur 7-2 Kontakt med helse- og velferdstjenester blant poliklinikkpasienter i psykisk helsevern med enten store/svært store psykiske utfordringer i mer enn fem år, eller lettere/moderate psykiske utfordringer i mindre enn 5 år. Andel (%) i de to gruppene som oppgir at de har hatt kontakt med tjenesten siste tolv måneder**

Innad blant pasienter i psykisk helsevern er det med noen unntak gjennomgående at en større andel med store psykiske utfordringer i mer enn fem år har hatt kontakt med ulike tjenester enn de som har lettere eller moderate utfordringer i mindre enn fem år. Forskjellene er signifikante (målt ved t-test,  $p > 0,001$ ) for alle tjenester med unntak av fastlege, og er særlig store når det gjelder kontakt med NAV, kommunale tjenester og alle typer innleggelse i sykehus.

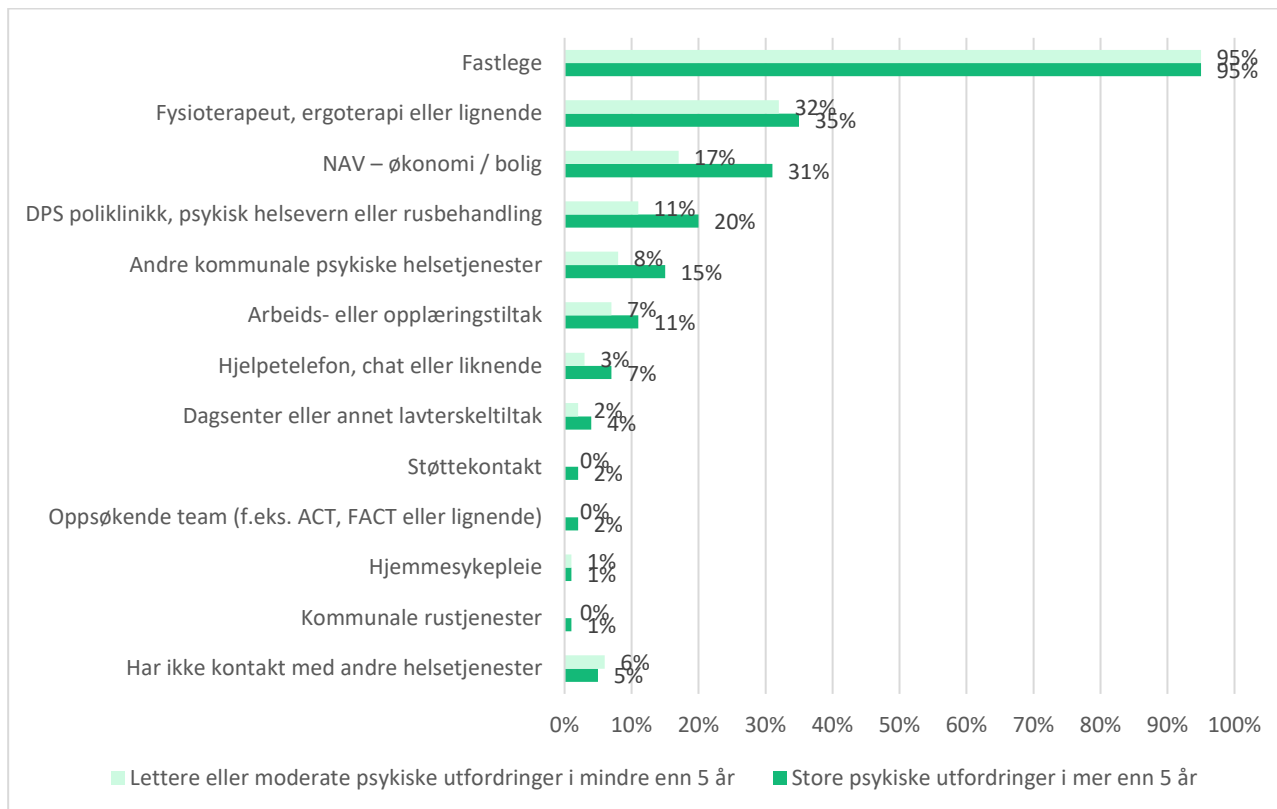
Figur 7-3 under viser tilsvarende statistikk som over når det gjelder pasienter i TSB.



**Figur 7-3 Kontakt med helse- og velferdstjenester blant pasienter i TSB med enten store/svært store psykiske utfordringer i mer enn fem år, eller lettere/moderate psykiske utfordringer i mindre enn 5 år. Andel (%) i de to gruppene som oppgir at de har hatt kontakt med tjenesten siste tolv måneder**

I likhet med pasienter i psykisk helsevern oppgir en større andel med store/svært store psykiske utfordringer i mer enn fem år blant pasienter i TSB kontakt med ulike tjenester enn de som har lettere/moderate utfordringer. Forskjellene er signifikante (målt ved t-test,  $p > 0,001$ ) for alle tjenester med unntak av fastlege, hjemmesykepleie, støttekontakt og fysioterapi. I likhet med pasienter i psykisk helsevern er det også for pasientene i TSB særlig store forskjeller når det gjelder kontakt med NAV, kommunale tjenester og innleggelse i sykehus.

Figur 7-4 under viser tilsvarende mønster i statistikken som når det gjelder pasienter hos avtalespesialist.



**Figur 7-4 Kontakt med helse- og velferdstjenester blant *pasienter hos avtalespesialist* med enten store/svært store psykiske utfordringer i mer enn fem år, eller lettere/moderate psykiske utfordringer i mindre enn 5 år. Andel (%) i de to gruppene som oppgir at de har hatt kontakt med tjenesten siste tolv måneder**

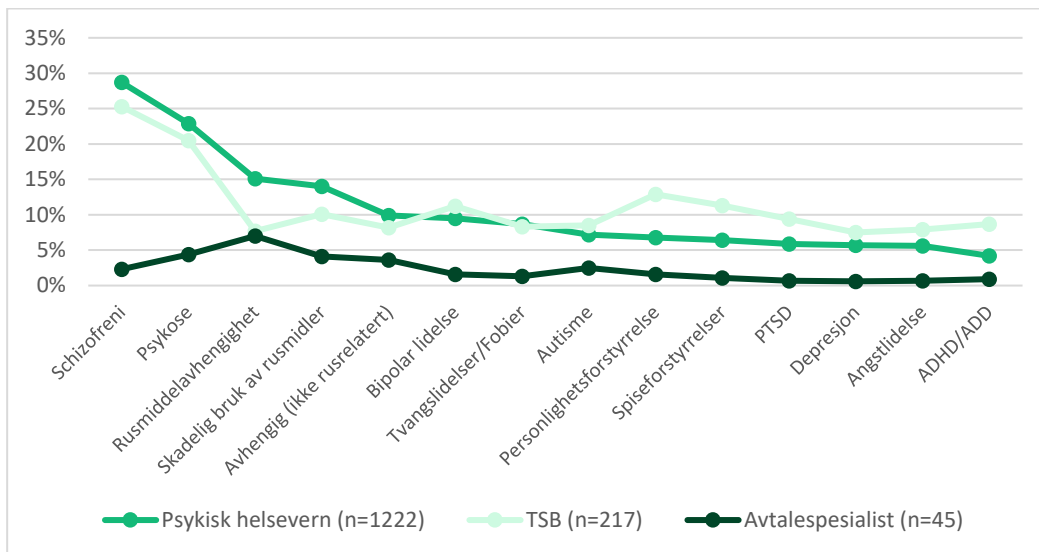
Også når det gjelder pasienter hos avtalespesialister, er det en større andel som oppgir kontakt med ulike tjenester det siste året blant de med store/svært store psykiske utfordringer i mer enn fem år, sammenlignet med de med lettere/moderate og kortere varighet i sine problemer. Forskjellene er signifikante (målt ved t-test,  $p > 0,001$ ) med unntak av fastlege og hjemmesykepleier. Forskjellene er særlig store når det gjelder kontakt med NAV, og kommunale tjenester. I tillegg er det relativt stor forskjell når det gjelder bruk av distriktpsikiatrisk senter.

### 7.1.2 Bruk av kommunale hjelpetjenester og tiltak hos pasienter med ulike diagnoser

I det følgende ser vi nærmere på bruk av ulike kommunale hjelpetjenester og tiltak siste tolv måneder blant pasienter i de ulike diagnosegruppene. Vi ser på kontakt med oppsøkende team som ACT og FACT, arbeids- og opplæringstiltak og kommunale psykiske helsetjenester, kommunale rustjenester og til slutt dagsenter og andre lavterskeltiltak.

#### **Kontakt med oppsøkende team (ACT, FACT)**

I Figur 7-1 så vi at mindre enn 1 prosent av pasienter hos avtalespesialist hadde hatt kontakt med oppsøkende team, mens 6-7 prosent av pasienter i TSB og psykisk helsevern hadde hatt kontakt. I Figur 7-5 under ser vi hvilke diagnosegrupper som i størst grad har hatt kontakt. Gitt den lave andelen som har kontakt med oppsøkende team (jamfør Figur 7-1), er det snakk om et relativt lite antall pasienter.

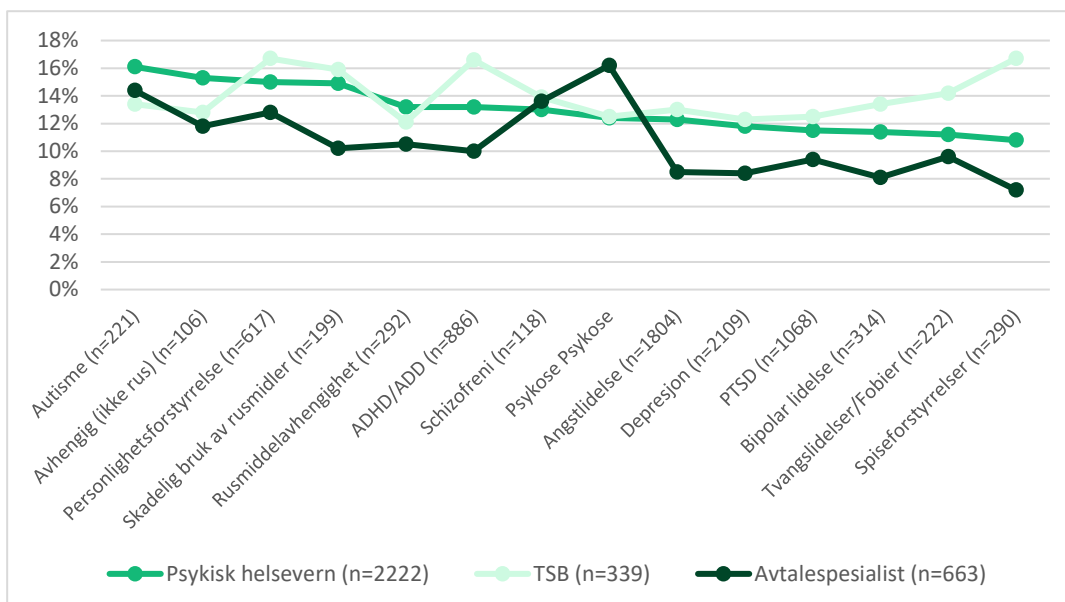


**Figur 7-5 Kontakt med *opsøkende team* (ACT, FACT etc). Andel pasienter innen ulike diagnosegrupper som har hatt kontakt siste tolv måneder. Etter sektor**

Det er størst andel blant pasienter med schizofreni eller psykose som rapporterer kontakt med oppsøkende team som ACT eller FACT siste tolv måneder (21-29 prosent), og i all hovedsak pasienter i psykisk helsevern og TSB. Derneft blant personer med rusmiddelavhengighet (15 prosent) blant pasienter i psykisk helsevern.

### Arbeids- og opplæringstiltak

Fra 7 til 11 prosent i de ulike pasientgruppene oppgir at de har vært i arbeids- og opplæringstiltak siste tolv måneder. Under ser vi hvilke diagnosegrupper som i størst grad har hatt denne type tiltak.



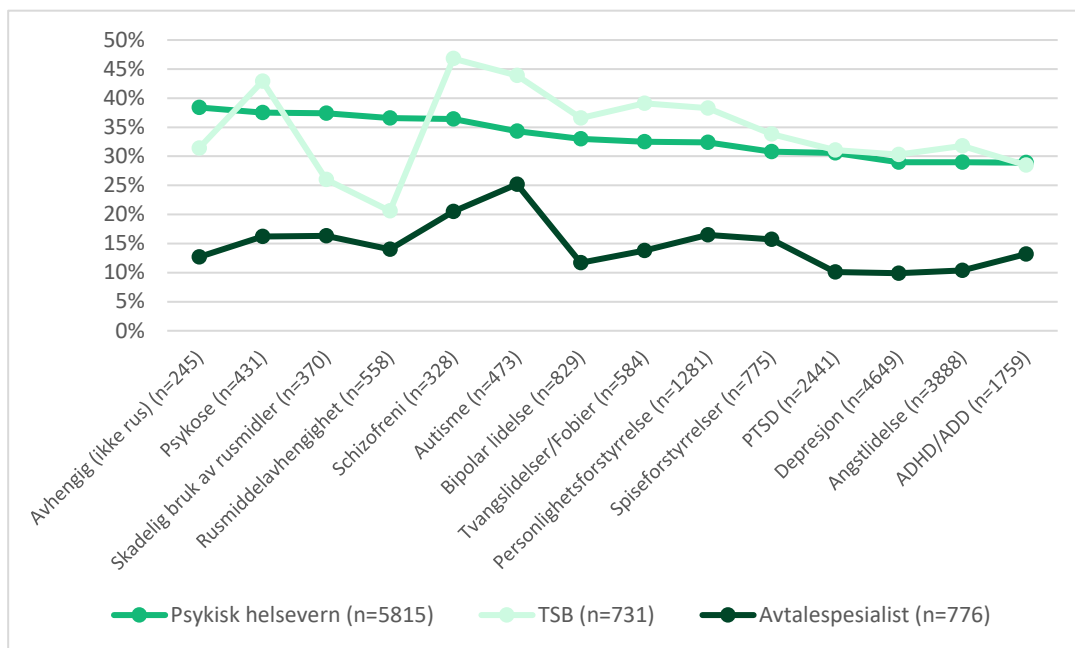
**Figur 7-6 Kontakt med *arbeids- og opplæringstiltak*. Andel pasienter innen ulike diagnosegrupper som har hatt tiltak siste tolv måneder. Etter sektor**

Det er ikke store forskjeller mellom diagnosegrupper når det gjelder deltakelse i arbeids- og opplæringstiltak gjennom siste tolv måneder, men flest med ADHD/ADD, personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelse blant pasienter i psykisk helsevern. Hos alle disse diagnosegruppene utgjør andelen med kontakt 17 prosent. Blant pasienter hos avtalespesialist er det flest med psykose, autisme og

personlighetsforstyrrelse (13-16 prosent). Blant pasienter i TSB er det flest med personlighetsforstyrrelse og autisme (15 og 16 prosent).

### Kontakt med andre kommunale psykiske helsetjenester

I Figur 7-1 så vi at henholdsvis 9, 23 og 27 prosent i de tre pasientgruppene (lavest blant pasienter hos avtalespesialist, og høyest blant pasienter i psykisk helsevern) hadde hatt kontakt med «andre kommunale psykiske helsetjenester» siste tolv måneder. Under ser vi hvilke diagnosegrupper som i størst grad har hatt kontakt.



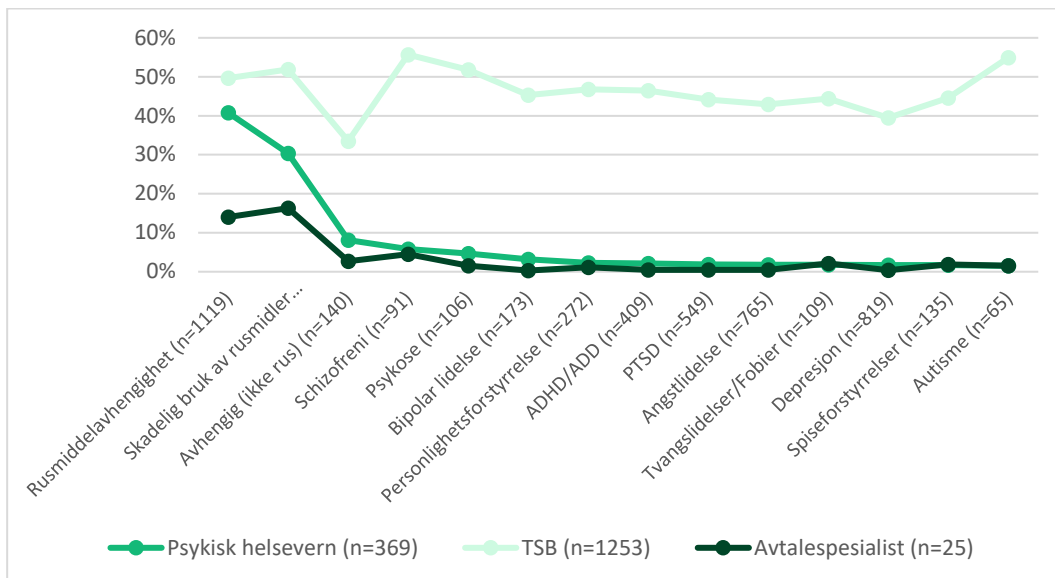
**Figur 7-7 Kontakt med andre kommunale psykiske helsetjenester. Andel pasienter innen ulike diagnosegrupper som har hatt tiltak siste tolv måneder. Etter sektor**

Pasienter hos avtalespesialist har vesentlig mindre kontakt med kommunale psykiske helsetjenester enn de andre pasientgruppene. Her er det flest med autisme og schizofreni som rapporterer at de har hatt kontakt siste tolv måneder, henholdsvis 25 og 21 prosent i disse diagnosegruppene. Blant poliklinikkpasientene rapporterer i gjennomsnitt rundt en tredjedel at de har hatt kontakt med kommunale psykiske helsetjenester siste tolv måneder. Blant pasientene i TSB har nesten halvparten av pasientene som oppgir diagnosen schizofreni hatt kontakt, dernest en høy andel pasienter med autisme (44 prosent), tvangslidelser/fobier (39 prosent) og personlighetsforstyrrelse (38 prosent). Blant pasienter i psykisk helsevern er det flest blant pasienter som oppgir psykose (38 prosent), schizofreni og avhengighet.

### Kontakt med kommunale rustjenester

Det er primært TSB-pasientene som har kontakt med kommunale rustjenester, 39 prosent av TSB-pasientene oppgir at de har hatt kontakt med de siste tolv månedene. Kun 45 pasienter hos avtalespesialist her hatt kontakt.



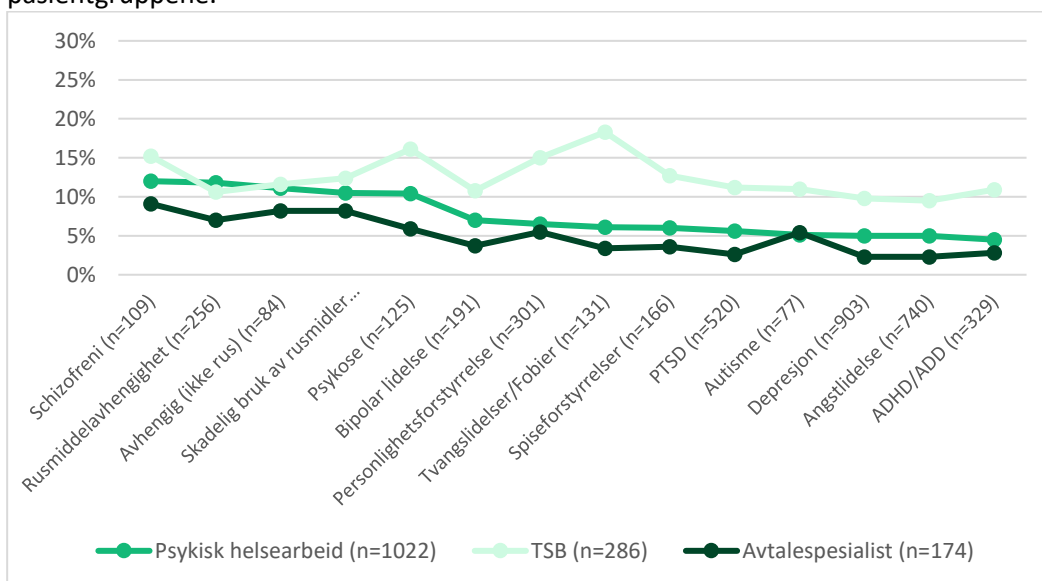


**Figur 7-8 Kontakt med kommunale rustjenester. Andel pasienter innen ulike diagnosegrupper som har hatt tiltak siste tolv måneder. Etter sektor**

Blant pasienter i TSB varierer det fra 34 til 56 prosent mellom de ulike diagnosegruppene hvorvidt man har hatt kontakt med kommunale rustjenester siste tolv måneder. Igjen er det høyest andel blant pasienter som oppgir schizofreni (56 prosent) og autisme (55 prosent). I de andre pasientgruppene er det primært personer med rusmiddelavhengighet blant pasienter i psykisk helsevern som bruker kommunale rustjenester (41 prosent). Blant de 45 pasientene hos avtalespesialist som har hatt kontakt med tjenesten er det i hovedsak pasienter som oppgir skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet.

### Dagsenter eller annet lavterskeltiltak

Til slutt i denne delen om bruk av kommunale hjelpetjenester og tiltak skal vi se på kontakt med dagsenter eller annet lavterskeltiltak. Kontakt siste tolv måneder varierer mellom to og ni prosent i de tre pasientgruppene.

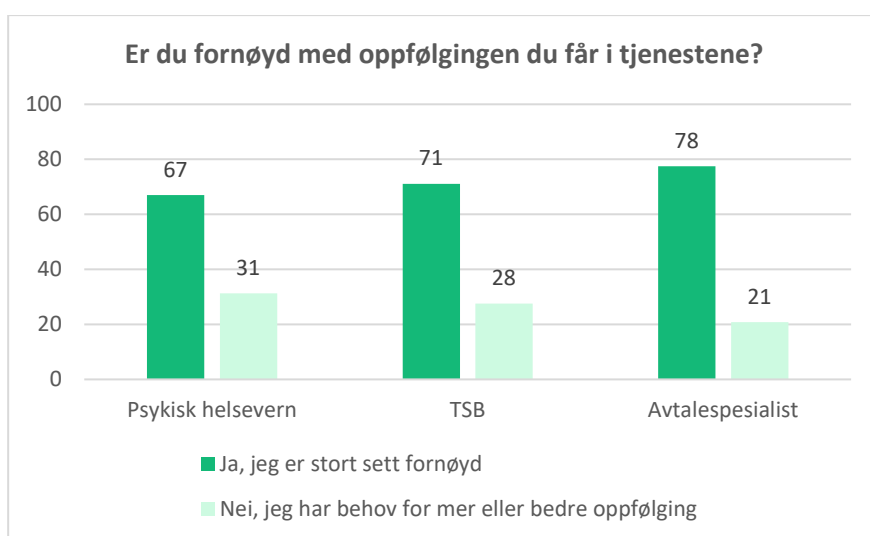


**Figur 7-9 Kontakt med dagsenter eller annet lavterskeltiltak. Andel pasienter innen ulike diagnosegrupper som har brukt denne typen tiltak siste tolv måneder. Etter sektor**

Det er i størst grad pasienter i TSB som har brukt dagsenter eller annet lavterskeltiltak. Andelen er høyest blant pasienter som oppgir tvangslidelser/fobier (18 prosent), dernest psykose og schizofreni (16 og 15 prosent). Andelen som bruker slike tiltak blant pasienter i psykisk helsevern er også høyest blant de med schizofreni og psykose (12 og 10 prosent), rusmiddelavhengighet og annen ikke rus-spesifikk avhengighet (12 prosent). Personer med schizofreni samt personer med rusmiddelavhengighet eller annen avhengighet er også de gruppene som i størst grad har hatt kontakt med dagsenter eller annet lavterskeltiltak blant pasienter hos avtalespesialist.

## 7.2 Behov for mer oppfølging eller bedre oppfølging fra tjenestene

Deltakerne fikk spørsmål om de var fornøyd med oppfølgingen de får fra tjenestene de er i kontakt med. Figur 7-10 under viser andel pasienter som svarer at de stort sett er fornøyd og andel som svarer at de har behov for mer eller bedre oppfølging.



**Figur 7-10 Fornøyd med oppfølging fra tjenestene (mottatt siste år). Andel pasienter som svarer enten ja, jeg er stort sett fornøyd (n=23487) – eller nei, jeg har behov for mer oppfølging – eller jeg har behov for bedre oppfølging (n=9426). Prosentfordeling innen sektor**

Det er høyest andel fornøyde blant pasienter hos avtalespesialist (78 prosent), noe mindre blant pasienter i TSB (71 prosent) og litt lavere blant pasienter i psykisk helsevern (67 prosent). Andelen som svarer at de har behov for mer eller bedre oppfølging er tilsvarende litt høyere blant pasienter i psykisk helsevern (31 prosent) og lavest blant pasienter hos avtalespesialist (21 prosent).

Vi var interessert i hva som karakteriserer pasienter som oppga at de ikke var fornøyd fordi de hadde *behov for mer eller bedre oppfølging* fra tjenestene de hadde kontakt med. Tabell 7-1 under presenterer en logistisk regresjonsanalyse der vi ser på sammenhenger mellom dette svaret (behov for mer eller bedre oppfølging) og en rekke andre (uavhengige) variabler som vi antar kan ha betydning (jf. omtale av regresjonsanalyse i delkapittel 3.5).

**Tabell 7-1 Logistisk regresjon - sannsynlighet for behov for mer/bedre oppfølging fra tjenestene i forhold til bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                                  | Psykisk helsevern |                 |                      |       | TSB        |                 |                      |       | Avtalespesialist |                 |                      |       |
|---|-------------------|-----------------|----------------------|-------|------------|-----------------|----------------------|-------|------------------|-----------------|----------------------|-------|
|   | Odds ratio        | P> t            | [95% Konf. Interval] |       | Odds ratio | P> t            | [95% Konf. Interval] |       | Odds ratio       | P> t            | [95% Konf. Interval] |       |
| Kjønn (kvinne=1)                          | 1,103             | <b>0,02</b>     | 1,016                | 1,198 | 1,097      | 0,41            | 0,88                 | 1,368 | 0,988            | 0,879           | 0,843                | 1,157 |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup>               | 1,038             | 0,48            | 0,935                | 1,153 | 1,176      | 0,423           | 0,791                | 1,75  | 0,904            | 0,476           | 0,684                | 1,194 |
| Alder 36-45 år <sup>1</sup>               | 0,958             | 0,482           | 0,85                 | 1,08  | 1,335      | 0,17            | 0,884                | 2,017 | 0,895            | 0,447           | 0,673                | 1,191 |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>               | 0,939             | 0,35            | 0,824                | 1,071 | 0,942      | 0,787           | 0,612                | 1,451 | 0,866            | 0,331           | 0,647                | 1,158 |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>               | 0,807             | <b>0,014</b>    | 0,68                 | 0,957 | 0,992      | 0,974           | 0,619                | 1,591 | 0,705            | <b>0,038</b>    | 0,506                | 0,981 |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>               | 0,889             | 0,381           | 0,684                | 1,156 | 0,609      | 0,246           | 0,263                | 1,407 | 0,524            | <b>0,008</b>    | 0,326                | 0,843 |
| Utdanning (1=høyere utdanning)            | 0,948             | 0,202           | 0,874                | 1,029 | 0,888      | 0,343           | 0,695                | 1,135 | 0,881            | 0,108           | 0,754                | 1,028 |
| Inntekt (1=egen inntekt)                  | 0,922             | <b>0,055</b>    | 0,849                | 1,002 | 0,92       | 0,538           | 0,704                | 1,201 | 0,743            | <b>&lt;,001</b> | 0,638                | 0,865 |
| Bosituasjon (1=bor alene)                 | 1,026             | 0,543           | 0,945                | 1,114 | 0,927      | 0,502           | 0,742                | 1,157 | 1,007            | 0,928           | 0,865                | 1,172 |
| År med utfordringer (1=over fem år)       | 1,221             | <b>&lt;,001</b> | 1,115                | 1,338 | 0,971      | 0,843           | 0,729                | 1,294 | 0,958            | 0,63            | 0,807                | 1,139 |
| Omfang utfordringer (1=store)             | 1,881             | <b>&lt;,001</b> | 1,74                 | 2,034 | 2,339      | <b>&lt;,001</b> | 1,876                | 2,917 | 1,91             | <b>&lt;,001</b> | 1,634                | 2,232 |
| To diagnoser <sup>2</sup>                 | 1,121             | <b>0,026</b>    | 1,014                | 1,24  | 1,699      | <b>0,005</b>    | 1,176                | 2,456 | 1,182            | 0,058           | 0,994                | 1,404 |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>                | 1,359             | <b>&lt;,001</b> | 1,221                | 1,512 | 1,261      | 0,232           | 0,862                | 1,843 | 1,467            | <b>&lt;,001</b> | 1,209                | 1,781 |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>        | 1,493             | <b>&lt;,001</b> | 1,329                | 1,677 | 1,945      | <b>&lt;,001</b> | 1,366                | 2,768 | 1,686            | <b>&lt;,001</b> | 1,343                | 2,115 |
| Kommunale helsetjenester                  | 1,175             | <b>&lt;,001</b> | 1,089                | 1,268 | 0,983      | 0,888           | 0,778                | 1,243 | 1,119            | 0,116           | 0,973                | 1,286 |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)          | 0,903             | 0,214           | 0,768                | 1,061 | 1,246      | 0,264           | 0,847                | 1,833 | 1,831            | 0,111           | 0,87                 | 3,851 |
| Dagsenter/lavterskeltiltak                | 1,038             | 0,658           | 0,879                | 1,227 | 1,24       | 0,235           | 0,87                 | 1,768 | 1,061            | 0,782           | 0,697                | 1,616 |
| Arbeidstiltak                             | 1,079             | 0,207           | 0,959                | 1,213 | 0,821      | 0,256           | 0,583                | 1,154 | 1,194            | 0,145           | 0,941                | 1,514 |
| Innleggelse                               | 1,135             | <b>0,011</b>    | 1,029                | 1,252 | 1,55       | <b>&lt;,001</b> | 1,223                | 1,964 | 1,167            | 0,194           | 0,924                | 1,472 |
| Koordineringstiltak                       | 0,57              | <b>&lt;,001</b> | 0,515                | 0,632 | 0,58       | <b>&lt;,001</b> | 0,459                | 0,732 | 0,643            | <b>&lt;,001</b> | 0,494                | 0,836 |
| Nylig avslutta behandling                 | 1,298             | <b>&lt;,001</b> | 1,193                | 1,414 | 1,112      | 0,466           | 0,835                | 1,481 | 1,098            | 0,292           | 0,923                | 1,308 |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | 1,066             | 0,248           | 0,956                | 1,189 | 1,131      | 0,428           | 0,834                | 1,534 | 1,691            | <b>0,003</b>    | 1,198                | 2,387 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | 1,002             | 0,961           | 0,919                | 1,093 | 0,975      | 0,856           | 0,745                | 1,277 | 1,394            | <b>&lt;,001</b> | 1,151                | 1,688 |
| Behandlerrelasjon                         | 0,236             | <b>&lt;,001</b> | 0,223                | 0,25  | 0,235      | <b>&lt;,001</b> | 0,2                  | 0,276 | 0,219            | <b>&lt;,001</b> | 0,196                | 0,245 |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | 0,979             | 0,668           | 0,889                | 1,078 | 0,813      | 0,132           | 0,622                | 1,064 | 0,868            | 0,094           | 0,735                | 1,025 |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | 0,975             | 0,705           | 0,856                | 1,111 | 0,637      | <b>0,047</b>    | 0,409                | 0,993 | 0,749            | <b>0,033</b>    | 0,574                | 0,978 |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 1,025             | 0,727           | 0,891                | 1,179 | 0,786      | 0,346           | 0,476                | 1,298 | 0,868            | 0,369           | 0,638                | 1,182 |
|   | N= 17780          |                 |                      |       | N=2355     |                 |                      |       | N=6734           |                 |                      |       |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

Logistisk regresjonsanalyse av pasientenes behov for mer eller bedre oppfølging fra tjenesteapparatet viser større behov blant de yngste pasientene (18-24 år) sammenlignet med den eldste aldersgruppen over 66 år hos avtalespesialister og med aldersgruppen 56-65 år blant pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialister. Hos disse to pasientgruppene slo det også negativt ut å ha en trygdeytelse som hovedinntekt, eller annet som ikke var inntekt fra arbeid. I psykisk helsevern rapporterte kvinner større behov enn menn.

Analysen viser større behov knyttet til det å ha store/svært store psykiske utfordringer og flere diagnoser hos alle de tre gruppene. Videre hadde varighet av psykiske vansker (mer enn fem år) betydning blant pasienter i psykisk helsevern.

Det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og/eller koordinator) hadde signifikant *negativ* sammenheng med behov for mer/bedre oppfølging i alle tre gruppene, noe som indikerer at koordineringstiltak har bidratt positivt i den oppfølgingen pasienten har hatt.

Innleggelse siste året hadde signifikant positiv sammenheng med behov for mer/bedre oppfølging blant pasienter i psykisk helsevern og TSB. Dette kan dreie seg om et behov som kan knyttes til perioden etter utskriving. Blant pasienter i psykisk helsevern var behovet korrelert med kontakt med kommunale tjenester, og i denne gruppen rapporterer de som har avslutta behandlingen (hos psykolog) i større grad behov for mer/bedre oppfølging av (det øvrige) tjenesteapparatet enn de som fremdeles er under psykologisk behandling. Dette kan tyde på for dårlig oppfølging i tjenestene etter endt behandling. God behandlerrelasjon hadde stor betydning i samtlige pasientgrupper.

Til slutt viser analysen at pasienter i Helse Vest, som er i behandling i TSB eller hos avtalespesialister, rapporterer behov for mer/bedre oppfølging i større grad enn pasienter i Helse Midt-Norge.

### 7.3 Oppsummering – helsetjenestebruk ved ulikt omfang av utfordringer og diagnoser

- Det er en vesentlig lavere andel pasienter hos avtalespesialist som har kontakt med andre helse-/velferdstjenester og tiltak enn tilfellet er blant poliklinikkpasientene i psykisk helsevern og TSB. De har også kontakt med færre tjenester enn poliklinikkpasientene. Dette er som forventet ettersom andelen pasienter som rapporterer lettere og moderate lidelser er vesentlig større i denne gruppen enn blant poliklinikkpasientene. Det er derfor et mye mindre behov for andre tjenester.
- Det er en tjeneste pasienter hos avtalespesialist bruker i større grad enn poliklinikkpasienter, og det er fysioterapeut (32 prosent). Det er også enkelte pasienter hos avtalespesialist som oppgir at de har hatt kontakt med distriktspsykiatrisk poliklinikk DPS (12 prosent).
- Den viktigste forskjellen mellom pasienter i psykisk helsevern og TSB er at mange i TSB har kontakt med kommunale rustjenester (39 prosent), og at en høyere andel har hatt innleggelse. Pasienter hos avtalespesialist har lavest andel med innleggelse siste tolv måneder.
- Når det gjelder kontakt med oppsøkende team (ACT, FACT e.l.) oppgir 6-7 prosent av pasienter i psykisk helsevern og TSB slik kontakt, og mindre enn en prosent blant pasienter hos avtalespesialist. Kun 2 prosent av pasienter hos avtalespesialist har hatt kontakt med dagsenter/lavterskeltjeneste, mens 9 prosent av pasienter i TSB har hatt det.
- I alle tre pasientgruppene har pasienter med store/svært store psykiske utfordringer i mer enn fem år vesentlig mer kontakt med ulike tjenester enn pasienter med lettere/moderate utfordringer. Forskjellene er signifikante for de fleste tjenester. Unntaket er de tjenestene folk flest bruker, som for eksempel fastlege.
- Det er i hovedsak pasienter i de små diagnosegruppene som oppgir at de har hatt kontakt med ulike kommunale tjenester. Dette gjelder personer som oppgir tvangslidelser/fobier, psykose, autisme, schizofreni og personlighetsforstyrrelse. I tillegg har personer med rusmiddelavhengighet relativt mye kontakt med kommunale tjenester.
- Andelen pasienter som svarer at de har behov for *mer eller bedre oppfølging* fra tjenesteapparatet er høyest blant pasienter i psykisk helsevern (31 prosent) og lavest blant pasienter hos avtalespesialist (21 prosent).



- Regresjonsanalyse viser at behovet for *mer eller bedre* oppfølging fra tjenesteapparatet knyttes signifikant til omfang av psykiske utfordringer (store psykiske vansker og flere diagnoser), og for to av gruppene også varighet, større behov hos de yngste pasientene enn de eldste, og større behov blant de som har hatt innleggelse siste året. Blant pasienter i psykisk helsevern er det sammenheng mellom behov for mer/bedre behandling av tjenesteapparatet og det å nylig ha avslutta behandling (i poliklinikk). God behandlerrelasjon og det å ha ordninger som skal bidra til koordinerte tjenester (IP, ansvarsgruppe, koordinator) er assosiert med lavere behov for mer eller bedre oppfølging fra tjenesteapparatet.

## 8 Videokonsultasjon i behandlingen

Bruk av videokonsultasjon i behandling og oppfølging i helse- og velferdstjenestene var relativt beskjedent her i landet fram til Covid-19-pandemien, og nedstengingen 12. mars 2020. Da pandemien bidrog til en vesentlig økning innenfor helsetjenestene, skjedde dette ikke minst innen psykisk helsevern. I første omgang på grunn av behovet for alternativ til fysiske ansikt til ansikt-konsultasjoner og samarbeidsmøter med andre tjenester. Ifølge tall fra Samdata for 2022 utgjorde telefon- og videokontakter en fjerdedel av den polikliniske virksomheten (Helsedirektoratet, 2023b). I Vest og Midt-Norge utgjorde omfanget en femtedel og regionene lå dermed lavest med hensyn bruk av telefon- og videokontakter. Det fremgår ikke av den presenterte statistikken<sup>5</sup> hvor stor andel telefonkontakt utgjør av dette. Det fremgår også av SAMDATA at antall polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne har gått ned i løpet av 2021-2022, at nedgangen var knyttet til telefon/video-kontakter, men at omfanget av denne typen kontakter fremdeles lå høyere sammenlignet med 2019. Nedgangen i telefon- og videokontakter det siste året fant sted i alle regionene (Helsedirektoratet, 2023b).

I dette kapitlet ser vi på omfang når det gjelder bruk av videokonsultasjon i behandlingen, og hvor fornøyde pasientene er med behandling på skjerm, basert på følgende spørsmål i spørreskjema:

- Har du mottatt behandling via videokonsultasjon i forbindelse med behandlingen?
- Alt i alt, er du fornøyd med behandlingen på skjerm?

Kapitlet presenterer først deskriptive analyser når det gjelder videokonsultasjon i forhold til alder og diagnoser. Deretter regresjonsanalyser for å belyse sammenhenger mellom henholdsvis det å få videokonsultasjon, og fornøydhet med videokonsultasjon (avhengige variabler), sett i forhold til karakteristika ved pasienten, behandlingen, kontakt med andre tjenester, behandlerrelasjon og regiontilknytning.

### 8.1 Omfang av videokonsultasjon i behandlingen

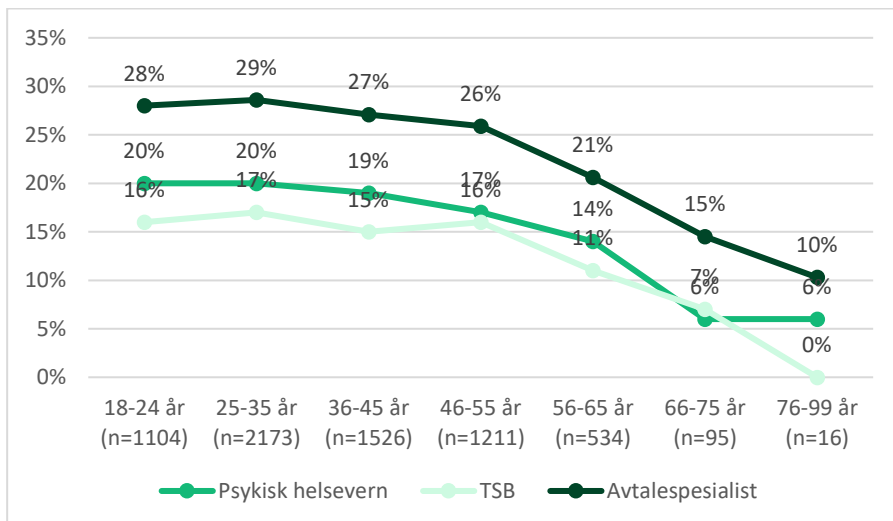
Andelen pasienter som har mottatt videokonsultasjon i forbindelse med behandling er på 26 prosent (n=2288) blant pasienter hos avtalespesialister. Blant pasienter i psykisk helsevern er det 18 prosent (n=3899), og 15 prosent (n=472) blant pasienter i TSB som har mottatt videokonsultasjon. Resultatet tyder på at videokonsultasjon brukes mer hos avtalespesialister enn i poliklinikk. Undersøkelsen avdekker imidlertid ikke hvor mange ganger man har mottatt videokonsultasjon i behandlingen.

#### 8.1.1 Videokonsultasjon i ulike aldersgrupper

Figur 8-1 under viser andel innen ulike aldersgrupper som har mottatt med videokonsultasjon i de tre gruppene.

*Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.*

<sup>5</sup> Telefon- eller videokontakt presenteres som følger i SAMDATA: Enhver telefon/videokontakt med pasient, ledsager eller samarbeidspart (Indirekte aktivitet: Telefon/video (7,8,11,12,13,17,18) og Telefonmøte (om pasient) med førstelinjetjenesten (71), Sted for aktivitet: Telemedisinsk behandling (3 og 6).

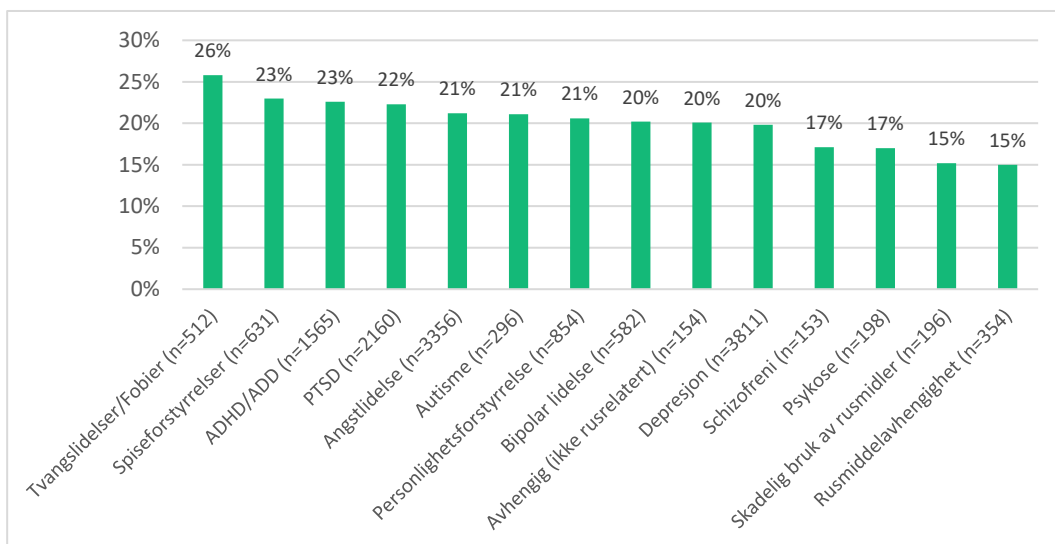


**Figur 8-1 Andel som har mottatt videokonsultasjon i ulike aldersgrupper (n=6659). Prosent innen aldersgruppe og sektor**

I de yngste aldersgruppene mellom 18 og 35 år oppgir nesten 30 prosent av pasientene hos avtalespesialist at de har fått videokonsultasjon, mens andelen ligger på 20 prosent blant pasienter i psykisk helsevern, og noe lavere blant TSB-pasienter. Andelen som har fått videokonsultasjon går gradvis ned i alle tre grupper til og med 55 år, og deretter bratt ned i eldre aldersgrupper. Det er relativt få personer over 66 år som har fått videokonsultasjon i psykisk helsevern og TSB, mens 15 prosent blant pasienter hos avtalespesialist i alderen 66-75 år, og 10 prosent i alderen 76-99 år har fått det. Her er det viktig å huske på at andelen eldre blant pasienter hos avtalespesialist er vesentlig høyere enn i poliklinikk.

### 8.1.2 Videokonsultasjon i ulike diagnosegrupper

Figur 8-2 under viser bruk av videokonsultasjon fordelt på diagnosegrupper i det totale utvalget (samlet for psykisk helsevern, TSB og avtalespesialister).

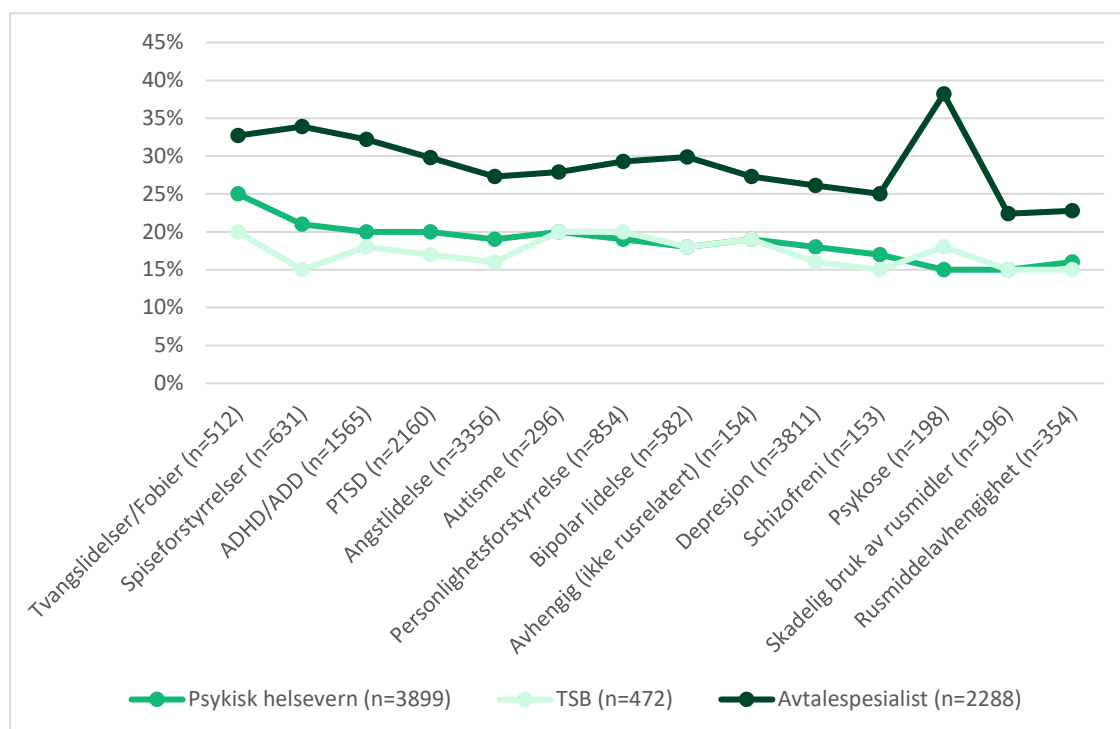


**Figur 8-2 Andel som har mottatt videokonsultasjon i ulike diagnosegrupper for utvalget totalt (antall med videokonsultasjon, n=6659)**

Det er blant pasienter som utredes eller behandles for tvangslidelse/fobier (selvrapportert) vi finner høyest andel som har erfaring med videokonsultasjon (26 prosent). Videre finner vi pasienter med spiseforstyrrelser og ADHD/ADD, der 23 prosent rapporterer erfaring med videokonsultasjon. Deretter

følger mange diagnoser der 20-21 prosent har erfaring med videokonsultasjon; angstlidelse, autisme, personlighetsforstyrrelse, bipolar lidelse, avhengighet som ikke er rusrelatert og depresjon). Blant personer som utredes eller behandles for schizofreni og psykose er det litt færre med erfaring (17 prosent), og det er færrest med erfaring med videokonsultasjon blant personer med rusmiddelavhengighet (15 prosent).

Figur 8-3 under viser hvordan erfaring med videokonsultasjon fordeler seg i psykisk helsevern, TSB og avtalespesialist. Merk at antallet pasienter med erfaring i enkelte av diagnosegruppene er relativt lavt hos avtalespesialist og i TSB. I TSB er det under 30 pasienter som har denne erfaringen blant personer som oppgir schizofreni, psykose og autisme (n=12-30). Blant pasienter hos avtalespesialist gjelder det personer som oppgir schizofreni, skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet (n=11-30).

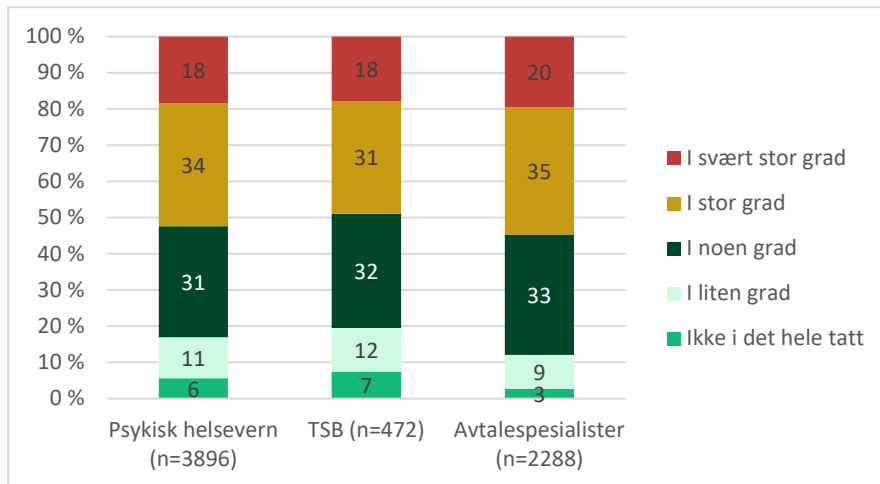


**Figur 8-3 Andel som har mottatt videokonsultasjon i ulike diagnosegrupper. Totalt antall med videokonsultasjon, n=6659. Prosent innen diagnosegruppe og sektor**



## 8.2 Fornøydhets med behandling på skjerm

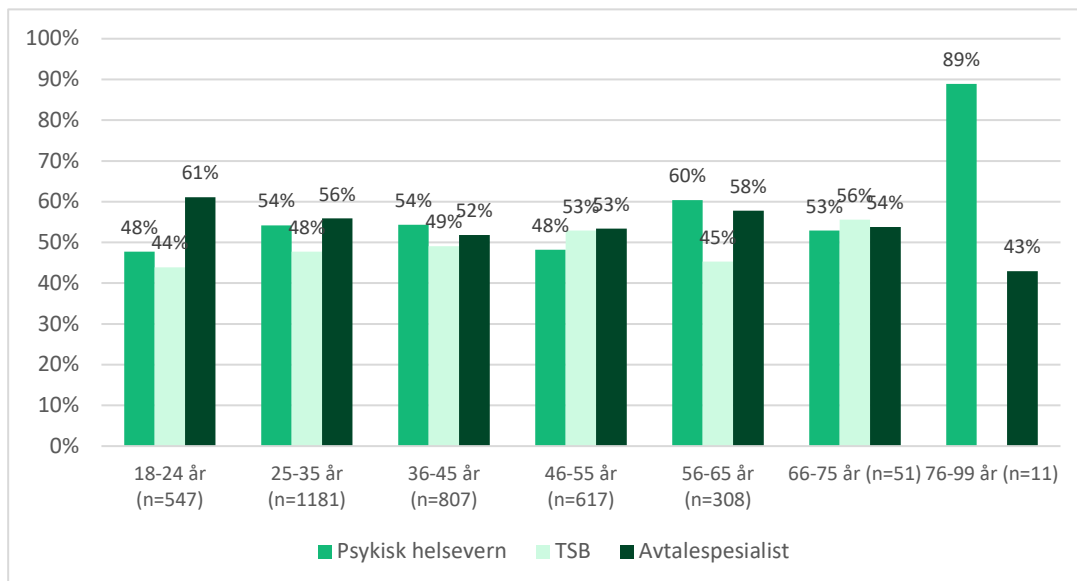
Figuren under viser hvordan svarene fordeler seg mellom de tre pasientgruppene når det gjelder hvor fornøyde de er med å ha fått videokonsultasjon - behandling på skjerm.



**Figur 8-4 Pasienters fornøydhets med behandling på skjerm. Prosentfordeling innen sektor**

Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

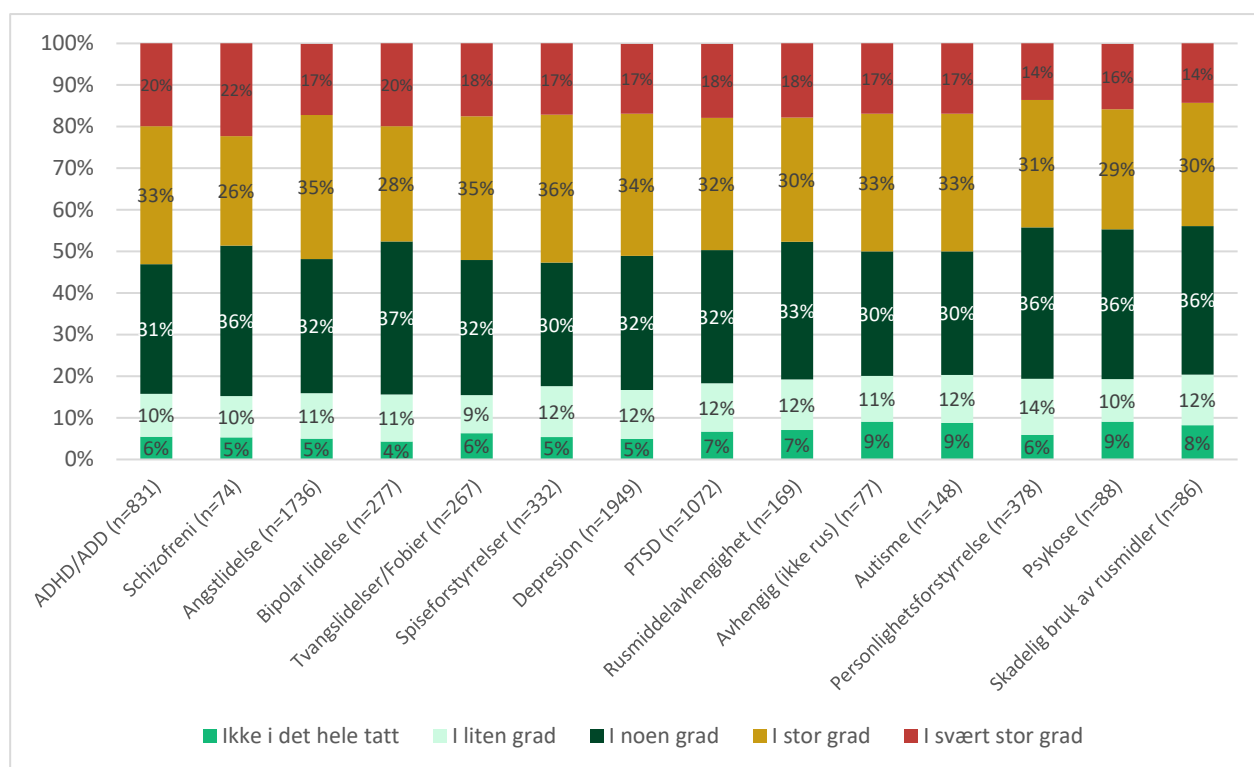
I overkant av halvparten av pasientene svarer at de i stor grad eller svært stor grad er fornøyde med behandling på skjerm, og så er det mange – om lag en av tre, som svarer at de i noen grad er fornøyd. Bortsett fra at videokonsultasjon er mer utbredt blant pasienter hos avtalespesialister, er det ikke stor forskjell mellom de tre pasientgruppene når det gjelder fornøydhets. Det er heller ikke vesentlige forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder fornøydhets med videokonsultasjon. Det varierer noe mellom de tre pasientgruppene hvilke aldersgrupper som er mest fornøyd med videokonsultasjon i behandlingen, som figuren under viser.



**Figur 8-5 Pasienter som i stor eller svært stor grad er fornøyd behandling på skjerm, fordelt på aldersgrupper. Prosent innen aldersgruppe og sektor**

Blant pasienter hos avtalespesialister er det de yngste pasientene som er mest fornøyd, med 60 prosent som svarer at de i stor eller veldig stor grad er fornøyd med behandling på skjerm. Like fornøyd er de mellom 56-65 år pasienter i psykisk helsevern mens andelen fornøyd er litt lavere i den yngste aldersgruppen (48 prosent). Blant de åtte pasientene over 76 år i psykisk helsevern som har fått videokonsultasjon svarer 90 prosent at de i stor eller svært stor grad at de er fornøyd.

Figuren under viser hvordan fornøydhet med videokonsultasjon varierer mellom diagnosegrupper i det totale utvalget (her samlet for psykisk helsevern, TSB og avtalespesialister).



**Figur 8-6 Andel pasienter som i ulik grad er fornøyd med behandling på skjerm (skala fra 1=ikke i det hele tatt til 5=i svært stor grad). Prosentfordeling innen diagnosegrupper (utvalget totalt har n=33458 / antall med videokonsultasjon har n=6659)**

Det er kun små forskjeller når det gjelder fornøydhet med behandling på skjerm. Resultatene i figuren er rangert fra mest til minst fornøyd (i gjennomsnitt). I de fleste diagnosegruppene svarer rundt halvparten at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med videokonsultasjon i behandlingen. De som er mest fornøyd er personer som utredes eller behandles for ADHD/ADD og schizofreni (gjennomsnittlig skår på 3,5 på en skala fra 1-5). De som er minst fornøyd er de som utredes eller behandles for psykose, personlighetsforstyrrelse og skadelig bruk av rusmidler (gjennomsnittlig skår på 3,3).

### 8.2.1 Hva karakteriserer pasienter som har fått videokonsultasjon i behandlingen?

Vi var interessert i å se nærmere på om det er spesifikke karakteristika som beskriver de tilfellene der pasienter har fått videokonsultasjon i behandlingen, og gjorde en logistisk regresjonsanalyse for å vurdere sannsynlighet for å ha mottatt videokonsultasjon i behandling.

**Tabell 8-1 Logistisk regresjon - sannsynlighet for *mottatt videokonsultasjon i behandling* i forhold til bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                                  | Psykisk helsevern |                 |                      |       | TSB        |              |                      |       | Avtalespesialist |                 |                      |       |
|---|-------------------|-----------------|----------------------|-------|------------|--------------|----------------------|-------|------------------|-----------------|----------------------|-------|
|   | Odds ratio        | P> t            | [95% Konf. Interval] |       | Odds ratio | P> t         | [95% Konf. Interval] |       | Odds ratio       | P> t            | [95% Konf. Interval] |       |
| Kjønn (kvinne=1)                          | 1,088             | 0,063           | 0,995                | 1,19  | 0,976      | 0,838        | 0,772                | 1,234 | 0,883            | 0,061           | 0,775                | 1,006 |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup>               | 0,886             | <b>0,029</b>    | 0,794                | 0,987 | 1,123      | 0,595        | 0,732                | 1,721 | 0,703            | <b>0,004</b>    | 0,553                | 0,894 |
| Alder 36-45 år <sup>1</sup>               | 0,764             | <b>&lt;,001</b> | 0,674                | 0,866 | 0,949      | 0,819        | 0,607                | 1,485 | 0,597            | <b>&lt;,001</b> | 0,467                | 0,762 |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>               | 0,705             | <b>&lt;,001</b> | 0,614                | 0,809 | 0,981      | 0,935        | 0,623                | 1,545 | 0,578            | <b>&lt;,001</b> | 0,451                | 0,74  |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>               | 0,527             | <b>&lt;,001</b> | 0,439                | 0,634 | 0,482      | <b>0,008</b> | 0,28                 | 0,83  | 0,399            | <b>&lt;,001</b> | 0,302                | 0,528 |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>               | 0,177             | <b>&lt;,001</b> | 0,117                | 0,268 | 0,326      | <b>0,03</b>  | 0,119                | 0,895 | 0,238            | <b>&lt;,001</b> | 0,158                | 0,357 |
| Utdanning (1=høyere utdanning)            | 1,391             | <b>&lt;,001</b> | 1,277                | 1,516 | 1,27       | 0,069        | 0,981                | 1,643 | 1,465            | <b>&lt;,001</b> | 1,281                | 1,676 |
| Inntekt (1=egen inntekt)                  | 0,874             | <b>0,002</b>    | 0,802                | 0,954 | 0,653      | <b>0,004</b> | 0,488                | 0,874 | 1,001            | 0,989           | 0,882                | 1,136 |
| Bosituasjon (1=bor alene)                 | 0,942             | 0,184           | 0,863                | 1,029 | 0,97       | 0,803        | 0,767                | 1,228 | 1,016            | 0,802           | 0,897                | 1,152 |
| År med utfordringer (1=over fem år)       | 1,119             | <b>0,021</b>    | 1,017                | 1,231 | 0,999      | 0,994        | 0,734                | 1,359 | 1,182            | <b>0,021</b>    | 1,026                | 1,361 |
| Omfang utfordringer (1=store)             | 0,954             | 0,274           | 0,878                | 1,038 | 1,027      | 0,83         | 0,805                | 1,311 | 1,04             | 0,57            | 0,908                | 1,192 |
| To diagnoser <sup>2</sup>                 | 1,071             | 0,198           | 0,965                | 1,189 | 0,971      | 0,876        | 0,667                | 1,412 | 0,925            | 0,263           | 0,806                | 1,061 |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>                | 1,066             | 0,269           | 0,952                | 1,193 | 0,935      | 0,726        | 0,64                 | 1,364 | 1,153            | 0,075           | 0,986                | 1,349 |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>        | 1,087             | 0,186           | 0,961                | 1,231 | 1,102      | 0,591        | 0,774                | 1,567 | 1,297            | <b>0,008</b>    | 1,072                | 1,57  |
| Kommunale helsetjenester                  | 1,035             | 0,398           | 0,955                | 1,121 | 1,121      | 0,375        | 0,87                 | 1,445 | 1,146            | <b>0,02</b>     | 1,022                | 1,286 |
| Oppspøkende team (ACT, FACT e.l.)         | 0,988             | 0,886           | 0,833                | 1,171 | 0,914      | 0,685        | 0,591                | 1,413 | 0,811            | 0,603           | 0,368                | 1,788 |
| Dagsenter/lavterskeltiltak                | 1,044             | 0,64            | 0,872                | 1,25  | 0,979      | 0,91         | 0,673                | 1,423 | 0,955            | 0,815           | 0,649                | 1,406 |
| Arbeidstiltak                             | 1,111             | 0,085           | 0,986                | 1,252 | 0,965      | 0,842        | 0,681                | 1,367 | 1,129            | 0,242           | 0,921                | 1,385 |
| Innleggelse                               | 1,068             | 0,214           | 0,963                | 1,185 | 1,05       | 0,713        | 0,81                 | 1,36  | 1,234            | <b>0,036</b>    | 1,014                | 1,5   |
| Koordineringstiltak                       | 1,168             | <b>0,002</b>    | 1,061                | 1,285 | 1,301      | <b>0,033</b> | 1,022                | 1,657 | 1,103            | 0,312           | 0,912                | 1,334 |
| Nylig avslutta behandling                 | 1,147             | <b>0,003</b>    | 1,049                | 1,254 | 1,396      | <b>0,022</b> | 1,049                | 1,859 | 0,892            | 0,135           | 0,768                | 1,036 |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | 0,459             | <b>&lt;,001</b> | 0,403                | 0,524 | 0,694      | <b>0,044</b> | 0,486                | 0,991 | 0,399            | <b>&lt;,001</b> | 0,265                | 0,599 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | 0,551             | <b>&lt;,001</b> | 0,502                | 0,606 | 0,7        | <b>0,018</b> | 0,521                | 0,941 | 0,429            | <b>&lt;,001</b> | 0,353                | 0,523 |
| Behandlerrelasjon                         | 1,129             | <b>&lt;,001</b> | 1,069                | 1,192 | 1,103      | 0,225        | 0,941                | 1,293 | 1,255            | <b>&lt;,001</b> | 1,138                | 1,383 |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | 1,181             | <b>0,003</b>    | 1,057                | 1,32  | 0,831      | 0,217        | 0,618                | 1,115 | 1,513            | <b>&lt;,001</b> | 1,305                | 1,754 |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | 2,049             | <b>&lt;,001</b> | 1,79                 | 2,347 | 1,881      | <b>0,002</b> | 1,256                | 2,818 | 2,478            | <b>&lt;,001</b> | 2,002                | 3,068 |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 3,508             | <b>&lt;,001</b> | 3,06                 | 4,023 | 2,059      | <b>0,002</b> | 1,305                | 3,25  | 1,522            | <b>0,001</b>    | 1,178                | 1,967 |
|   | N= 17899          |                 |                      |       | N=2364     |              |                      |       | N=6794           |                 |                      |       |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

Regresjonsanalysen viser at det er større sannsynlighet for å ha *mottatt videokonsultasjon i behandling* dersom man er i den yngste aldersgruppen (18-24 år), og at tendensen avtar med alder. Blant pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist er det større sannsynlighet dersom man har høyere utdanning. Blant pasienter i psykisk helsevern og TSB har det en negativ sammenheng med inntekt fra arbeid (ikke ytelse). Hos pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist har det også sammenheng med at man har hatt mer enn fem år med psykiske utfordringer. Hos avtalespesialist også større sannsynlighet dersom det er snakk om mer enn tre diagnoser, dersom man har hatt kontakt med kommunale tjenester og dersom

man har hatt innleggelse siste året. Dette kan indikere at hos avtalespesialister er det i større grad de som sliter mest som får videokonsultasjon.

Blant pasienter i psykisk helsevern og TSB har videokonsultasjon sammenheng med det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og/eller koordinator). Det er vanskelig å tolke hvordan koordineringsmekanismer har betydning for videokonsultasjon. I disse gruppene er det også sammenheng mellom videokonsultasjon og nylig avslutta behandling. I alle tre pasientgruppene har varighet i behandling betydning, med større sannsynlighet for videokonsultasjon hos de som har mer enn seks måneder i behandling. Relasjon til behandler (behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon) har sammenheng med det å få videokonsultasjon for pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist, men ikke for pasienter i TSB.

Analysen viser noen regionale forskjeller, der er mindre sannsynlig å motta videokonsultasjon i Region Vest enn i en av de andre regionene. Effekten er aller størst for pasienter i psykisk helsevern i Region Nord, der pasienter har 3,5 gang større sannsynlighet for å få videobehandling enn i Region Vest. For pasienter hos avtalespesialist er det 2,5 gang større sannsynlighet for videobehandling enn i Region Vest.

## 8.2.2 Hva karakteriserer pasienter som er fornøyd med behandling på skjerm?

For å vurdere hva som karakteriserer pasienter som er fornøyd med behandling på skjerm, ble det gjort en lineær regresjonsanalyse blant de som har fått videokonsultasjon i psykisk helsevern (n=3899), TSB (n=472) og hos avtalespesialist (n=2288).

**Tabell 8-2 Lineær multivariat regresjon for sammenhenger mellom *fornøydhet med videokonsultasjon i behandling* og bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og avtalespesialist.**

| Variabel                            | Psykisk helsevern |              |                      |        | TSB    |              |                      |        | Avtalespesialist |              |                      |        |
|-------------------------------------|-------------------|--------------|----------------------|--------|--------|--------------|----------------------|--------|------------------|--------------|----------------------|--------|
|                                     | Koef.             | P> t         | [95% Konf. Interval] |        | Koef.  | P> t         | [95% Konf. Interval] |        | Koef.            | P> t         | [95% Konf. Interval] |        |
| Kjønn (kvinne=1)                    | 0,016             | 0,68         | -0,062               | 0,095  | -0,064 | 0,559        | -0,28                | 0,152  | 0,073            | 0,159        | -0,029               | 0,175  |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup>         | 0,128             | <b>0,007</b> | 0,035                | 0,222  | -0,207 | 0,297        | -0,598               | 0,183  | -0,05            | 0,591        | -0,231               | 0,131  |
| Alder 36-45 år <sup>1</sup>         | 0,057             | 0,307        | -0,052               | 0,167  | -0,276 | 0,197        | -0,697               | 0,144  | -0,19            | <b>0,046</b> | -0,376               | -0,003 |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>         | -0,109            | 0,078        | -0,23                | 0,012  | -0,22  | 0,301        | -0,639               | 0,198  | -0,249           | <b>0,01</b>  | -0,438               | -0,06  |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>         | 0,167             | <b>0,048</b> | 0,001                | 0,332  | -0,302 | 0,237        | -0,803               | 0,2    | -0,262           | <b>0,018</b> | -0,479               | -0,044 |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>         | 0,48              | <b>0,017</b> | 0,088                | 0,873  | 0,047  | 0,923        | -0,915               | 1,009  | -0,342           | <b>0,045</b> | -0,678               | -0,007 |
| Utdanning (1=høyere utdanning)      | 0,01              | 0,795        | -0,065               | 0,085  | 0,207  | 0,085        | -0,029               | 0,443  | 0,025            | 0,646        | -0,081               | 0,131  |
| Inntekt (1=egen inntekt)            | -0,051            | 0,185        | -0,127               | 0,025  | -0,094 | 0,483        | -0,358               | 0,17   | -0,145           | <b>0,003</b> | -0,241               | -0,048 |
| Bosituasjon (1=bor alene)           | 0,019             | 0,63         | -0,058               | 0,095  | 0,122  | 0,269        | -0,095               | 0,339  | -0,061           | 0,223        | -0,158               | 0,037  |
| År med utfordringer (1=over fem år) | -0,019            | 0,654        | -0,103               | 0,065  | -0,033 | 0,823        | -0,321               | 0,255  | -0,05            | 0,391        | -0,163               | 0,064  |
| Omfang utfordringer (1=store)       | -0,077            | <b>0,04</b>  | -0,15                | -0,003 | 0,067  | 0,57         | -0,165               | 0,298  | -0,083           | 0,123        | -0,188               | 0,022  |
| To diagnoser <sup>2</sup>           | -0,083            | 0,075        | -0,175               | 0,008  | -0,553 | <b>0,002</b> | -0,902               | -0,205 | -0,075           | 0,177        | -0,185               | 0,034  |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>          | -0,098            | <b>0,051</b> | -0,197               | 0      | -0,216 | 0,224        | -0,565               | 0,133  | -0,019           | 0,763        | -0,141               | 0,103  |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>  | -0,168            | <b>0,00</b>  | -0,277               | -0,06  | -0,443 | <b>0,01</b>  | -0,777               | -0,109 | 0,023            | 0,754        | -0,122               | 0,168  |
| Kommunale helsetjenester            | 0,016             | 0,66         | -0,054               | 0,085  | 0,017  | 0,882        | -0,214               | 0,248  | -0,076           | 0,097        | -0,165               | 0,014  |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)    | -0,056            | 0,46         | -0,204               | 0,092  | -0,079 | 0,697        | -0,48                | 0,321  | -0,419           | 0,187        | -1,043               | 0,204  |
| Dagsenter/lavterskeltiltak          | -0,17             | <b>0,03</b>  | -0,326               | -0,014 | -0,294 | 0,082        | -0,626               | 0,038  | -0,033           | 0,83         | -0,337               | 0,271  |
| Arbeidstiltak                       | -0,138            | <b>0,01</b>  | -0,24                | -0,036 | -0,004 | 0,981        | -0,319               | 0,312  | -0,015           | 0,846        | -0,171               | 0,14   |
| Innleggelse                         | -0,046            | 0,32         | -0,137               | 0,045  | -0,249 | <b>0,048</b> | -0,496               | -0,003 | -0,024           | 0,752        | -0,173               | 0,125  |
| Koordineringstiltak                 | 0,062             | 0,14         | -0,021               | 0,144  | 0,184  | 0,112        | -0,043               | 0,411  | 0,135            | 0,07         | -0,011               | 0,281  |
| Nylig avslutta behandling           | -0,044            | 0,28         | -0,122               | 0,035  | -0,249 | 0,056        | -0,505               | 0,006  | -0,071           | 0,243        | -0,191               | 0,048  |

|   |                              |       |        |        |                             |       |        |       |                              |       |        |       |
|---|------------------------------|-------|--------|--------|-----------------------------|-------|--------|-------|------------------------------|-------|--------|-------|
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | 0,057                        | 0,35  | -0,063 | 0,177  | -0,175                      | 0,292 | -0,503 | 0,152 | 0,168                        | 0,35  | -0,184 | 0,521 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | 0,162                        | <,001 | 0,077  | 0,246  | 0,021                       | 0,882 | -0,251 | 0,292 | 0,129                        | 0,131 | -0,038 | 0,296 |
| Behandlerrelasjon                         | 0,493                        | <,001 | 0,445  | 0,541  | 0,637                       | <,001 | 0,494  | 0,78  | 0,489                        | <,001 | 0,409  | 0,568 |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | -0,117                       | 0,02  | -0,219 | -0,016 | -0,057                      | 0,683 | -0,333 | 0,218 | -0,031                       | 0,612 | -0,152 | 0,09  |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | -0,171                       | 0,01  | -0,291 | -0,052 | 0,143                       | 0,435 | -0,217 | 0,503 | 0,055                        | 0,51  | -0,109 | 0,219 |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 0,018                        | 0,77  | -0,099 | 0,135  | 0,343                       | 0,1   | -0,066 | 0,752 | 0,173                        | 0,101 | -0,034 | 0,379 |
|   | N= 3328/R <sup>2</sup> =0,15 |       |        |        | N=376/ R <sup>2</sup> =0,24 |       |        |       | N=1844/ R <sup>2</sup> =0,09 |       |        |       |

<sup>1</sup>Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup>Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup>Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup>Sammenligningskategori = Region Vest

I regresjonsanalyse knyttet til fornøydhet med behandling på skjerm finner vi noen sammenhenger når det gjelder alder. Mens det var større sannsynlighet for å få videokonsultasjon blant de yngste mellom 18 og 24 år enn blant eldre aldersgrupper (jf. forrige regresjonsanalyse i Tabell 8-1), finner vi at personer i denne aldersgruppen er mindre fornøydde med videokonsultasjon både sammenlignet med unge i alderen 25-35 år og personer 56-99 år. Dette gjelder i psykisk helsevern. Blant pasienter hos avtalespesialist er det motsatt. Der er pasienter 36 år og eldre *mindre* tilfreds med videokonsultasjon enn de aller yngste (18-24).

Videre viser analysen at blant pasienter i psykisk helsevern har det en viss betydning at det dreier seg om lettere/moderate lidelser, og ikke det å ha flere diagnoser (det siste også i noen grad blant pasienter i TSB). Blant pasienter i psykisk helsevern er det negativ sammenheng mellom tilfredshet med videokonsultasjon og bruk av dagsenter/lavterskel samt arbeidstiltak. Blant pasienter i TSB også negativ sammenheng med innleggelse. Trolig handler dette mer om karakteristika ved disse pasientene enn om det at de bruker disse tiltakene.

Som forventet har behandlerrelasjon/terapeutisk relasjon en svært sterk betydning for fornøydhet med videokonsultasjon for alle tre gruppene.

Til slutt ser vi at region i noen grad har betydning ved at pasienter i psykisk helsevern i Helse Vest er noe mer tilfreds med videokonsultasjon enn pasienter i Helse Sør-Øst og Midt-Norge (mens sannsynligheten for å få videokonsultasjon var vesentlig mindre i Helse Vest enn de andre regionene).

### 8.3 Oppsummering – videokonsultasjon i behandlingen

- Resultatene når det gjelder bruk av videokonsultasjon i forbindelse med behandlingen tyder på at dette er mer vanlig hos avtalespesialister enn i poliklinikk. Andelen pasienter som har mottatt videokonsultasjon i forbindelse med behandling er på 26 prosent blant pasienter hos avtalespesialister, 18 prosent blant pasienter i psykisk helsevern og 15 prosent blant TSB.
- Andel som har mottatt videokonsultasjon er størst i de yngste aldersgruppene og går gradvis ned til og med 55 år, og deretter bratt ned i de eldste aldersgruppene.
- Samlet sett for det totale utvalget er det blant pasienter med Tvangslidelse/Fobier (selvrapportert) vi finner høyest andel som har mottatt videokonsultasjon (26 prosent). Det er færrest blant personer med schizofreni og psykose (17 prosent) og blant personer med rusmiddelavhengighet (15 prosent).
- I de fleste diagnosegruppene svarer rundt halvparten at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med videokonsultasjon i behandlingen. Mest fornøyd er personer som rapporterer ADHD/ADD og schizofreni. De som er minst fornøydde er de som rapporterer psykose, personlighetsforstyrrelse og skadelig bruk av rusmidler.



- Mens en høyere andel av de aller yngste (18-24 år) har erfaring med videokonsultasjon er også de yngste mindre fornøyd med behandling via skjerm sammenlignet med unge voksne (25-34 år) og eldre aldersgrupper (56-99 år). Dette gjelder pasienter i psykisk helsevern mens blant pasienter hos avtalespesialist er det omvendt. Her er pasienter 36 år og eldre mindre tilfreds med videokonsultasjon enn de aller yngste.
- Særlig blant pasienter hos avtalespesialist har det å få videokonsultasjon sammenheng med omfang av vansker (mer enn fem år med psykiske utfordringer, mer enn tre diagnoser).
- Blant pasienter i psykisk helsevern er de med lettere/moderate lidelser og kun en diagnose mer fornøyd med videokonsultasjon.
- For alle tre pasientgrupper er det større sannsynlighet for å få videokonsultasjon der man har mer enn seks måneder i behandling. For pasienter i psykisk helsevern og TSB kan det også knyttes til nylig avslutta behandling.
- Relasjon til behandler (behandlerrelasjon/terapeutisk relasjon) har en relativt svak sammenheng med det å få videokonsultasjon, men en sterk sammenheng med hvor fornøyd man er med å få det.
- Det er mindre sannsynlig å motta videokonsultasjon i Region Vest enn i en av de andre regionene. Når det gjelder tilfredshet med videokonsultasjon tyder resultatet på at pasienter i Helse Vest er noe mer tilfreds med videokonsultasjon enn pasienter i Helse Sør-Øst og Midt-Norge.

## 9 Kvalitetsmål i nasjonale pasientforløp

Den første rapporten fra pakkeforløpsevalueringen viste at et stort flertall av ansatte i psykisk helsevern og TSB (behandlere, enhetsledere og forløpskoordinatorer) mente pakkeforløp, og dets rutiner, i liten grad bidrog til bedre kvalitet gjennom økt brukermedvirkning, sammenheng og koordinering, eller mer fokus på ivaretagelse av somatisk helse og levevaner (Ådnanes et al., 2020). De ansatte var godt fornøyd med den generelle innsatsen på disse områdene i den behandlingsenheten de var tilknyttet, men påpekte at kvalitetsarbeid og utvikling skjedde på grunnlag av systematisk forbedringsarbeid gjennom mange år, og ikke på grunn av innføring av pakkeforløp.

Rapport 2 i evalueringen, som kom to år etter innføring, konstaterte at pakkeforløpet hadde fått "satt seg" i større grad som system når det gjaldt administrative rutiner og krav knyttet til koding og registrering, men at det hadde vært en svakere utvikling når det gjaldt praktisering av rutiner og tiltak som var direkte rettet mot brukerne (Ådnanes et al., 2021). Eksempelvis når det gjaldt det å involvere bruker i utarbeidelse av behandlingsplan, og å praktisere faste evalueringstidspunkter sammen med bruker og det å utvikle en forløpskoordinatorrolle som først og fremst er til for brukeren.

Mål om brukermedvirkning, sammenhengende og koordinert pasientforløp, og oppfølging av somatisk helse og levevaner i forløpet er generelle kvalitetsmål i det nasjonale pasientforløpet. I utforming av denne brukerundersøkelsen var det derfor viktig å følge opp med aktuelle spørsmål som kunne avdekke i hvilken grad brukere og pasienter opplever at målene oppnås, men også i hvilken grad de oppleves relevante. I utforming av spørsmålene for spørreskjemaet har vi lagt Helsedirektoratets beskrivelse av det nasjonale pasientforløpet til grunn (Helsedirektoratet, 2022b).

Kapitlet gir først en deskriptiv framstilling av deltakernes erfaringer når det gjelder informasjon, brukermedvirkning, samarbeid/koordinering og oppfølging av somatisk helse. Deretter ser vi på sannsynlighet for å ha en behandlingsplan, sannsynlighet for at behandlingen tilpasses behov hos pasienten og sannsynlighet for å ha koordineringstiltak i form av Individuell Plan, ansvarsgruppe og koordinator.

### 9.1 Informasjon og brukermedvirkning

Nasjonalt pasientforløp skal legge brukerperspektivet til grunn ved å ta utgangspunkt i hver enkelt pasientens situasjon, ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2022b). Dette innebærer at god informasjon og forutsigbarhet for pasient og pårørende skal sikres gjennom hele forløpet. Det skal også gis informasjon om ulike behandlingsoptimaliteter og tjenestetilbud, slik at man kan ta et informert valg om behandling og oppfølging. Undersøkelsen har operasjonalisert brukermedvirkning i tråd med innholdet i pasientforløpet (Helsedirektoratet, 2022b) ved en rekke spørsmål om informasjon og om medvirkning:

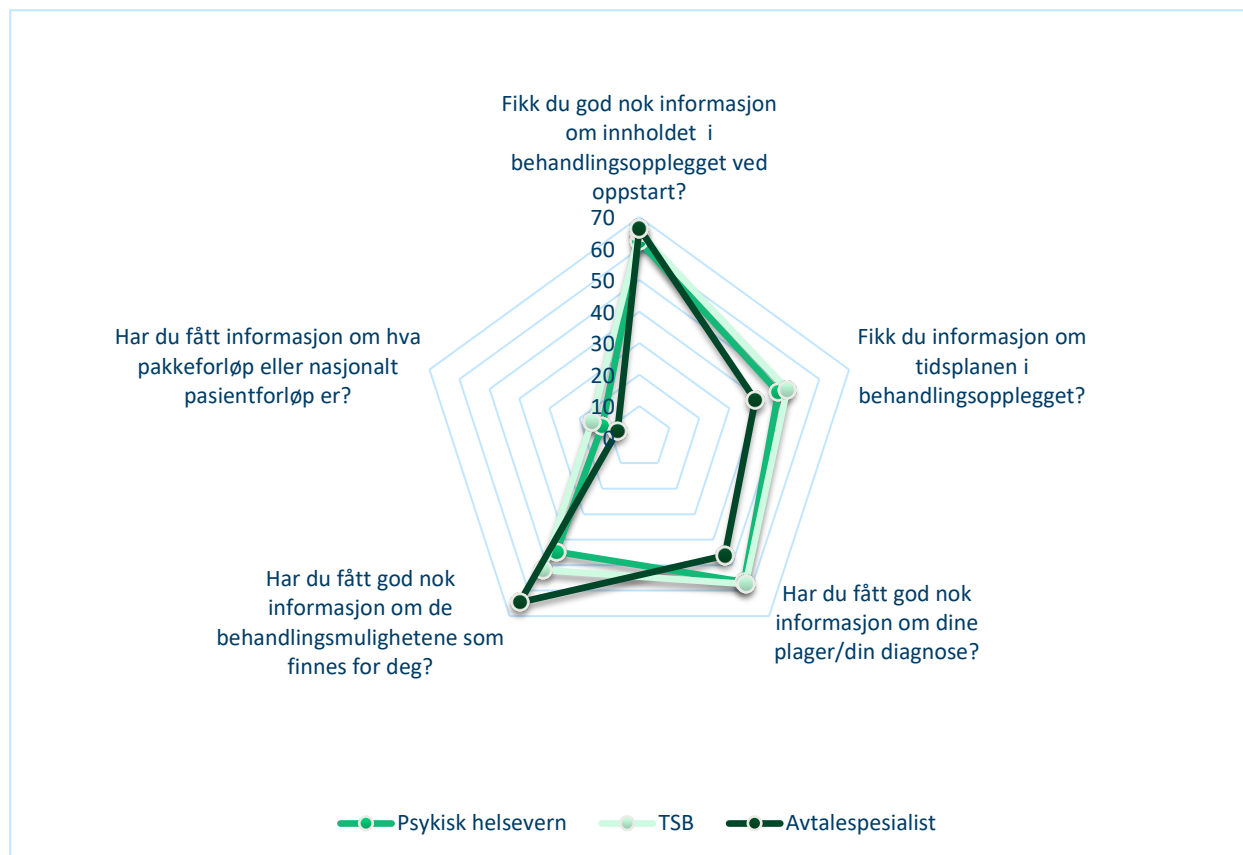
- Fikk du god nok informasjon om innholdet i behandlingsopplegget ved oppstart?
- Fikk du informasjon om tidsplanen i behandlingsopplegget?
- Har du god nok informasjon om plager/diagnose?
- Har du god nok informasjon om de behandlingsoptimalitetene som finnes for deg?
- Har du fått informasjon om hva pakkeforløp eller nasjonalt pasientforløp er?
- Har du en behandlingsplan?
- Deltok du aktivt i utvikling av behandlingsplanen?
- Skulle du ønske du var mer involvering i utvikling av behandlingsplanen?
- Synes du behandlingen tilpasses deg og dine behov?
- Har du og behandler snakket om behov for endringer i behandlingsopplegget underveis?
- Har du vært med å bestemme over valg av medisiner i behandlingen?
- Har du gitt tilbakemelding på behandling underveis?

Informasjon

Brukermedvirkning

### 9.1.1 Informasjon igjennom forløpet

Oversiktsfiguren under viser andel som har svart ja på de fem spørsmålene om informasjon i skjemaet. Vi går deretter nærmere inn på det enkelte av spørsmål.



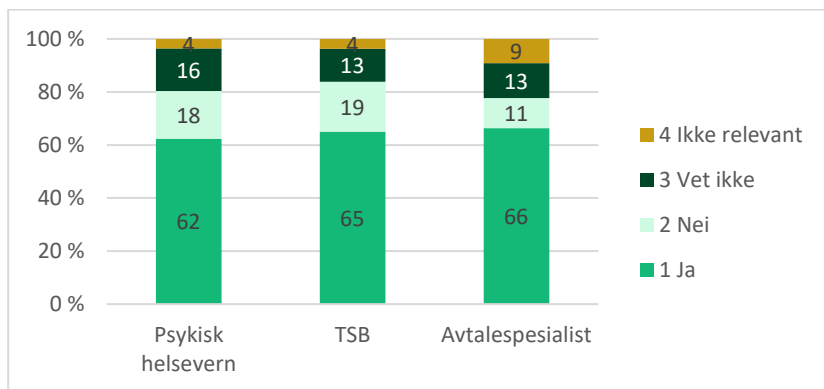
**Figur 9-1 Andel (%) som svarer ja på ulike spørsmål om informasjon blant pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

*Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.*

Oversiktsfiguren viser at flest oppgir at de har fått god informasjon om innholdet i behandlingsopplegget ved oppstart, mens svært få oppgir at de har fått informasjon om hva nasjonalt pasientforløp – eller pakkeforløp er. En høy andel av pasienter hos avtalespesialist oppgir at de har fått god informasjon om behandlingsmulighetene som finnes, mens andelen er lavere blant poliklinikkpasientene. En litt større andel av poliklinikkpasientene har derimot fått informasjon om tidsplan og informasjon om diagnose. I det følgende ser vi på svarfordelingen på det enkelte spørsmål.



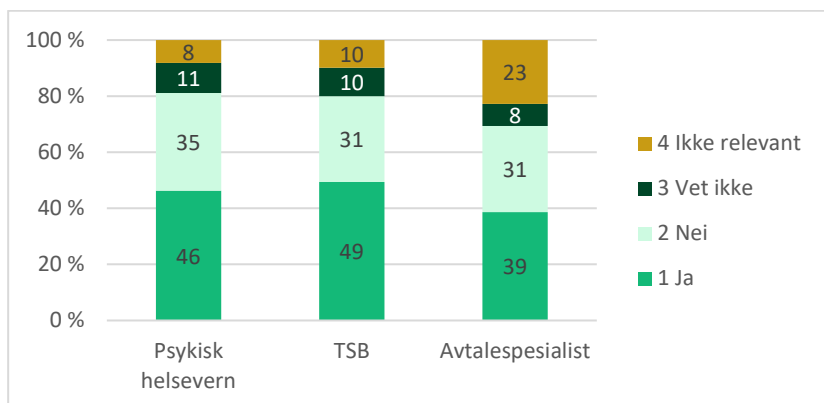
### Informasjon ved oppstart



**Figur 9-2 Fikk du god nok informasjon om innholdet i behandlingsopplegget ved oppstart? Prosentfordeling innen sektor. n=33399**

Over 60 prosent svarer at de har fått god nok informasjon om innholdet i behandlingsopplegget ved oppstart av behandling. Det er litt mindre andel pasienter i psykisk helsevern som svarer ja enn i de to andre gruppene. Om lag like stor andel i psykisk helsevern og TSB svarer nei på spørsmålet, og en litt mindre andel blant pasienter hos avtalespesialist. Her svarer derimot litt flere at spørsmålet ikke er relevant.

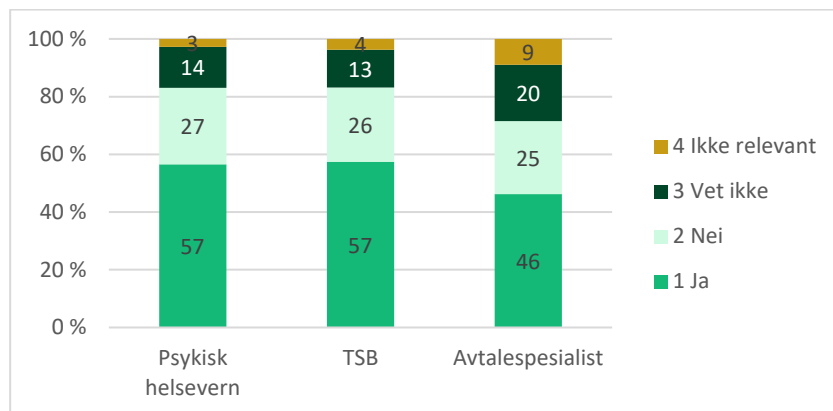
### Informasjon om tidsplan



**Figur 9-3 Fikk du informasjon om tidsplanen i behandlingsopplegget? Prosentfordeling innen sektor. n=33379**

I underkant av halvparten av pasienter i poliklinikk svarer at de fikk informasjon om tidsplanen i behandlingsopplegget. Færre blant pasienter hos avtalespesialist svarer at de har fått slik informasjon, men her svarer en ganske stor andel (23 prosent) at dette ikke er relevant – en forskjell som kan skyldes større vekt på tidsavgrensning i behandlingsopplegget i poliklinikk enn hos avtalespesialister. Rundt 10 prosent svarer at de ikke vet om de har fått denne informasjonen.

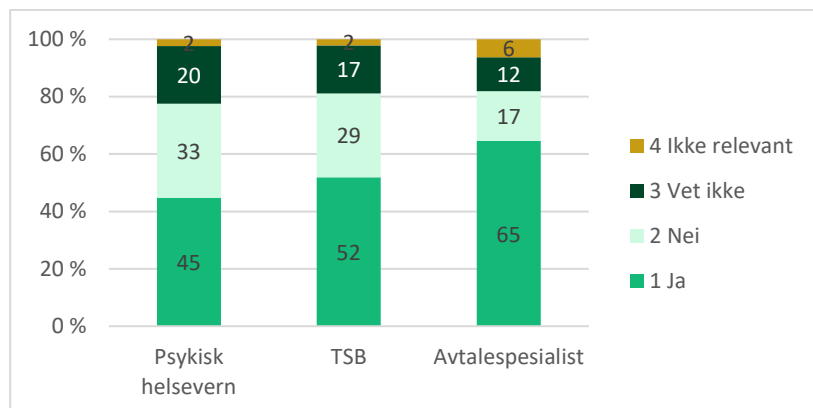
### Informasjon om plager/diagnose



**Figur 9-4 Har du fått god nok informasjon om dine plager/din diagnose? Prosentfordeling innen sektor. n=33373**

Det er om lag en fjerdedel av pasientene som svarer at de ikke har fått god nok informasjon relatert til plager/diagnose. Det er betydelig større andel i poliklinikk -57 prosent, som svarer at de har fått god nok informasjon enn blant pasienter hos avtalespesialist der 46 prosent svarer ja på dette. Også her svarer enkelte (9 prosent) i sistnevnte gruppe at dette ikke er relevant.

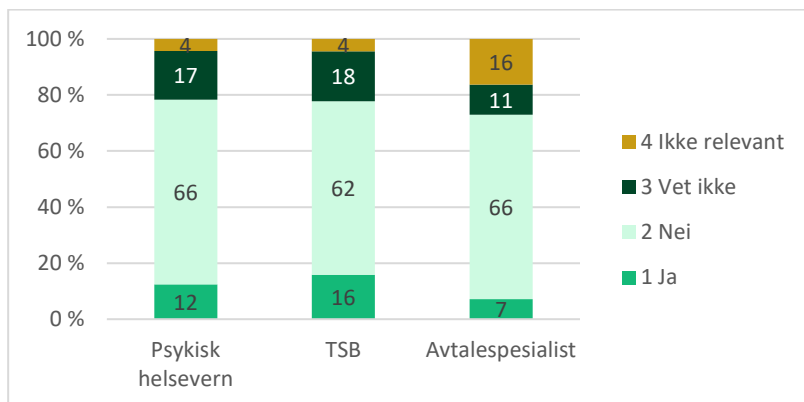
### Informasjon om behandlingsmulighetene som fins



**Figur 9-5 Har du fått god nok informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes for deg? Prosentfordeling innen sektor. n=33358**

Det er betydelig større andel pasienter hos avtalespesialist enn i poliklinikk som svarer at de har fått god nok informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes for dem. Blant pasienter i psykisk helsevern svarer så mye som en av tre pasienter at de ikke har fått god nok informasjon.

### Informasjon om pakkeforløp/nasjonalt pasientforløp

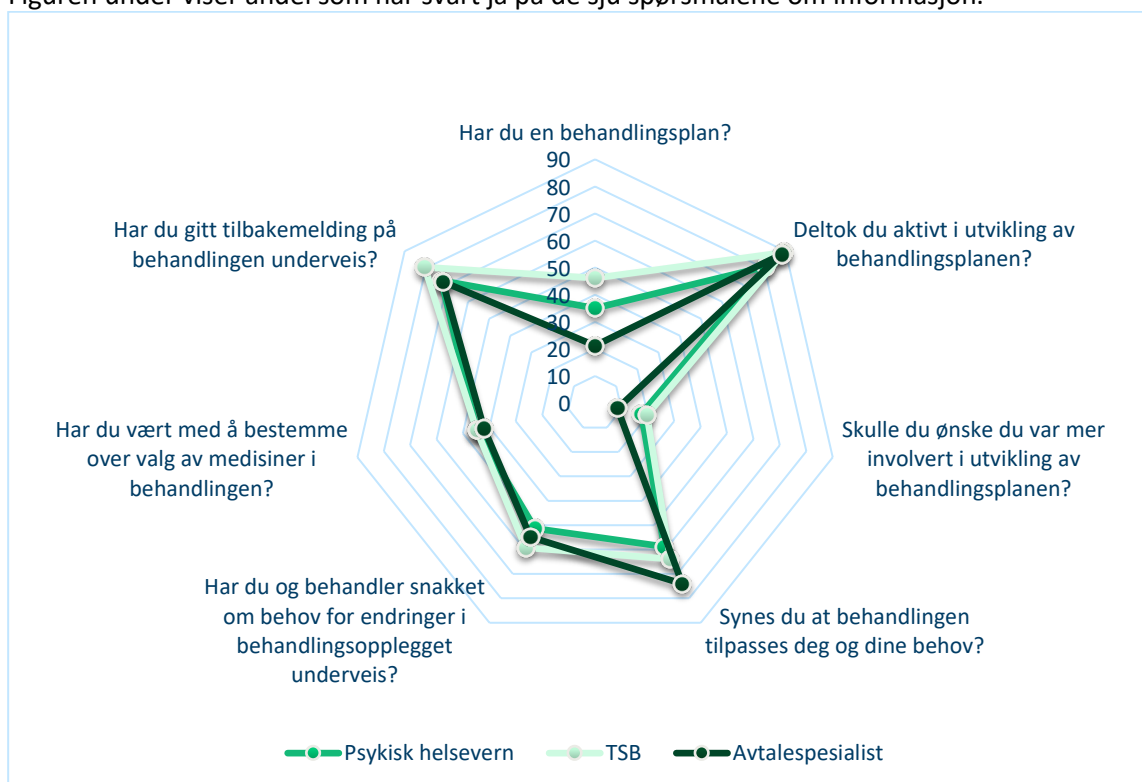


**Figur 9-6 Har du fått informasjon om hva pakkeforløp eller nasjonalt pasientforløp er? Prosentfordeling innen sektor. n=33365**

Når det gjelder informasjon om hva pakkeforløp, som ble innført i 2019, og som ble erstattet av Nasjonalt pasientforløp fra høsten 2023, svarer veldig få pasienter at de har fått slik informasjon - færrest blant pasienter hos avtalespesialister (7 prosent), og flest i TSB (16 prosent). Mens to av tre svarer nei, er det en del som ikke vet om de har fått slik informasjon. Også her svarer en del pasienter hos avtalespesialister at dette ikke er relevant.

### 9.1.2 Brukermedvirkning

Figuren under viser andel som har svart ja på de sju spørsmålene om informasjon.



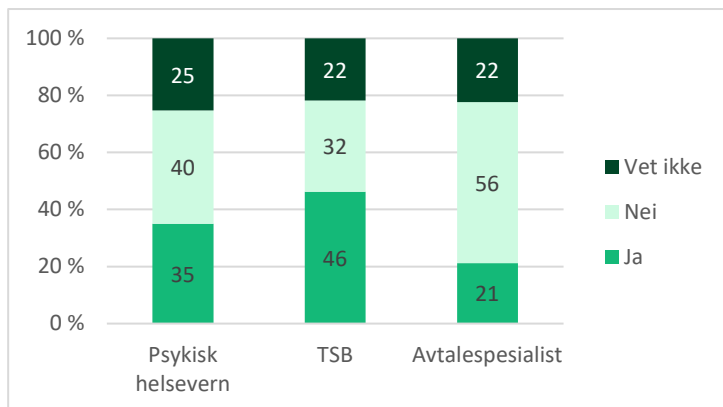
**Figur 9-7 Andel som svarer ja på ulike spørsmål om brukermedvirkning blant pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist**

Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

Det er få som svarer at de har en behandlingsplan, og lavest andel blant pasienter hos avtalespesialister, men av de som har en behandlingsplan oppgir de fleste at de har deltatt aktivt i utvikling av planen og få at de skulle ønske de var *mer* involvert i utvikling av planen. Noe over halvparten oppgir at de har snakket med behandler om behov for endringer i behandlingsopplegget. I underkant av halvparten har vært med å bestemme over valg av medisiner i behandlingen. De fleste oppgir at de har gitt tilbakemelding på behandlingen underveis.

I det følgende ser vi på svarfordelingen på det enkelte spørsmål.

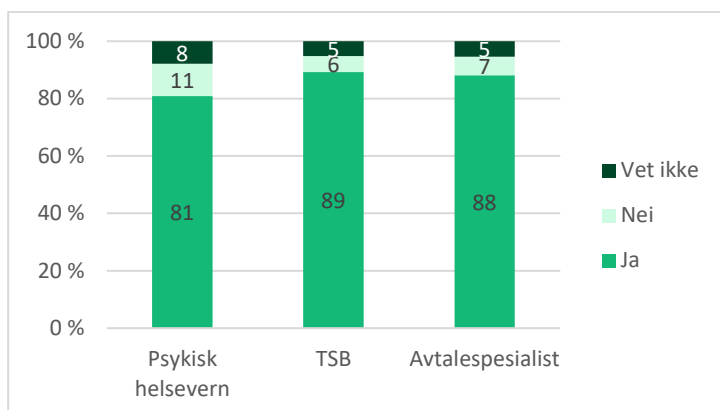
### Behandlingsplan



**Figur 9-8 Har du behandlingsplan? Prosentfordeling innen sektor. n=33323**

I underkant av halvparten av pasientene i TSB oppgir at de har behandlingsplan, og 35 prosent av pasientene i psykisk helsevern, mens 21 prosent blant pasienter hos avtalespesialist svarer dette. Over 20 prosent i alle tre grupper svarer at de ikke vet om de har en behandlingsplan. De som svarte at de hadde en behandlingsplan fikk oppfølgingsspørsmål om de hadde deltatt aktivt i utvikling av behandlingsplanen, vist i figuren under.

### Deltakelse i utvikling av behandlingsplanen

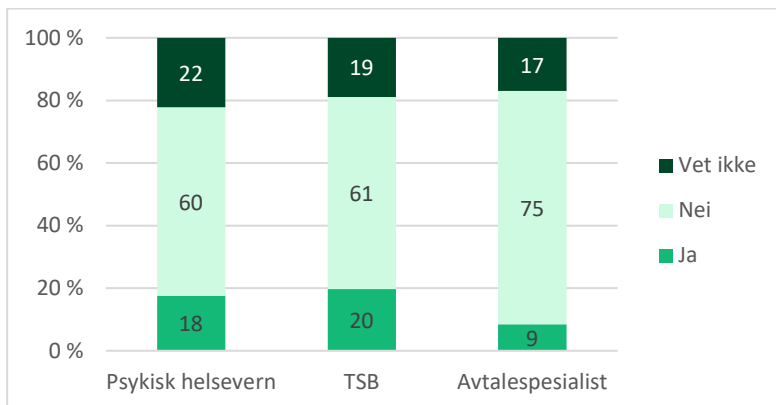


**Figur 9-9 Deltok du aktivt i utvikling av behandlingsplanen? Prosentfordeling innen sektor. n=10752\***

\* Gjelder kun de som hadde behandlingsplan

Av de 21-35 prosent som har en behandlingsplan i de tre gruppene, svarer nesten 90 prosent av pasienter i TSB og hos avtalespesialister at de deltok aktivt i utvikling av behandlingsplanen mens 81 prosent svarer dette blant pasienter i psykisk helsevern.

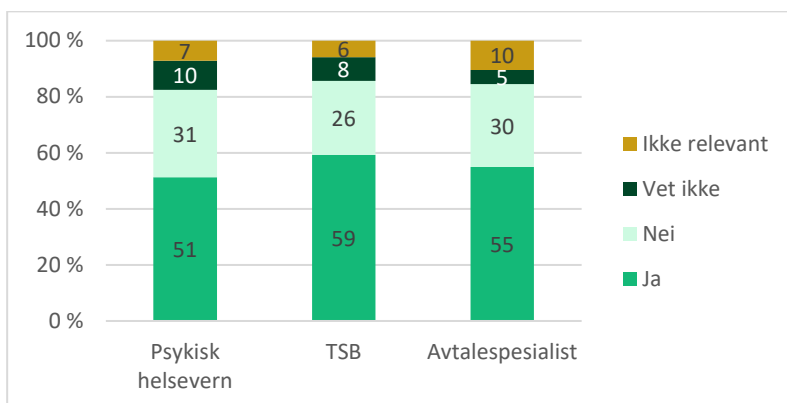
De samme personene fikk spørsmål om de skulle ønske de var mer involvert i utvikling av behandlingsplanen.



**Figur 9-10 Skulle du ønske du var mer involvert i utvikling av behandlingsplanen? Prosentfordeling inne sektor. n=9958**

På spørsmål til de som hadde behandlingsplan om de skulle ønske de var mer involvert i utvikling av planen svarte henholdsvis 18 og 20 prosent av pasientene i psykisk helsevern og TSB at de skulle ønske det, og litt færre, 9 prosent blant pasienter hos avtalespesialist.

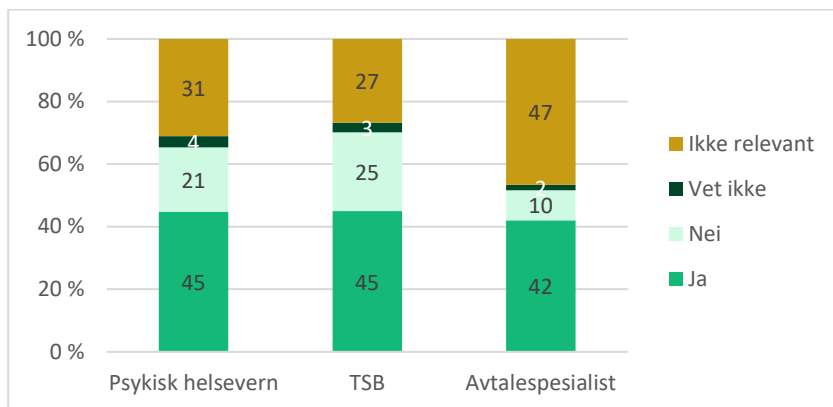
### *Behov for endringer i behandlingsopplegget underveis*



**Figur 9-11 Har du og behandler snakket om behov for endringer i behandlingsopplegget underveis? Prosentfordeling innen sektor. n=33322**

Over halvparten i de tre gruppene svarer at de har snakket med behandler om behov for endringer i behandlingsopplegget underveis, flest i TSB. Rundt 30 prosent svarer nei, mens 5-10 prosent vet ikke, og 6-10 prosent synes ikke det er relevant.

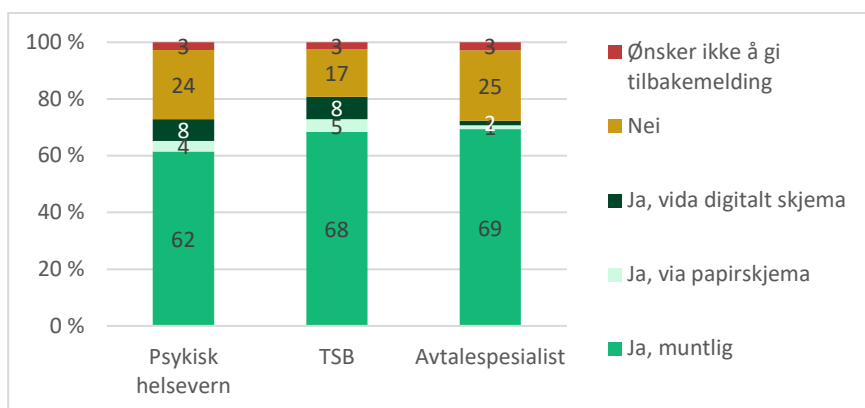
### Medbestemmelse medisinalvalg



**Figur 9-12 Har du vært med å bestemme over valg av medisiner i behandlingen? Prosentfordeling innen sektor. n=33324**

Noe under halvparten svarer at det har vært med å bestemme over valg av medisiner i behandlingen. Blant pasienter hos avtalespesialister svarer nær halvparten at dette ikke er relevant. Trolig forklares dette med at en større andel av pasienter hos avtalespesialist har lettere psykiske utfordringer som ikke behandles med medisiner (jf. Figur 6-2, Figur 6-8, Figur 6-11 og Figur 6-112).

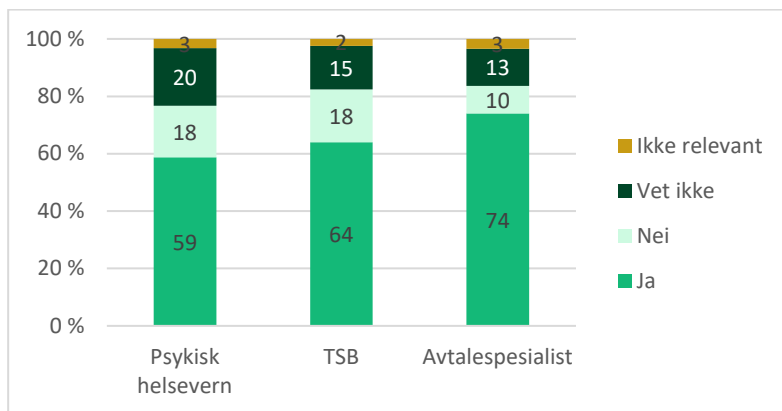
### Tilbakemelding på behandlingen underveis i forløpet



**Figur 9-13 Har du gitt tilbakemelding på behandlingen underveis? Prosentfordeling innen sektor. n=33295**

Totalt mellom 75 og 81 prosent svarer at de har gitt tilbakemelding på behandlingen underveis, og de aller fleste har gitt muntlig tilbakemelding. Svært få har gitt tilbakemelding via papirskjema (1-5 prosent). Det er også relativt få som svarer at de har gitt via tilbakemelding via digitalt skjema/feedback-system, 8 prosent av poliklinikkpasientene og 2 prosent av pasientene hos avtalespesialist.

## Tilpasning av behandlingen etter behov



**Figur 9-14 Synes du at behandlingen tilpasses deg og dine behov? Prosentfordeling innen sektor. n=33341**

På spørsmål om pasientene syntes behandlingen var tilpasset deres behov, svarte flest ja blant pasienter hos avtalespesialist – 74 prosent, mens 10 prosent av disse svarte nei. Litt flere svarte nei av poliklinikkpasientene, 18 prosent. Mellom 13 og 20 prosent svarte vet ikke.

### 9.1.3 Sannsynlighet for behovstilpasset behandling

I følgende logistiske regresjonsanalyse ser vi på sannsynlighet for å få behovstilpasset behandling.

**Tabell 9-1 Logistisk regresjon – sannsynlighet for at *behandlingen er tilpasset behov* i forhold til bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                            | Psykisk helsevern |                 |                      |       | TSB        |                 |                      |       | Avtalespesialist |                 |                      |       |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|-------|------------|-----------------|----------------------|-------|------------------|-----------------|----------------------|-------|
|                                     | Odds ratio        | P> t            | [95% Konf. Interval] |       | Odds ratio | P> t            | [95% Konf. Interval] |       | Odds ratio       | P> t            | [95% Konf. Interval] |       |
| Kjønn (kvinne=1)                    | 0,876             | <b>0,003</b>    | 0,802                | 0,956 | 0,866      | 0,228           | 0,686                | 1,094 | 0,905            | 0,268           | 0,76                 | 1,079 |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup>         | 0,972             | 0,621           | 0,867                | 1,089 | 0,995      | 0,982           | 0,654                | 1,514 | 1,227            | 0,212           | 0,89                 | 1,69  |
| Alder 36-45 år <sup>1</sup>         | 0,932             | 0,284           | 0,82                 | 1,06  | 1,004      | 0,987           | 0,648                | 1,553 | 1,42             | <b>0,036</b>    | 1,023                | 1,971 |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>         | 0,855             | <b>0,027</b>    | 0,744                | 0,983 | 1,265      | 0,313           | 0,802                | 1,994 | 1,255            | 0,179           | 0,901                | 1,75  |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>         | 0,94              | 0,496           | 0,787                | 1,123 | 1,049      | 0,849           | 0,641                | 1,718 | 1,788            | <b>0,003</b>    | 1,22                 | 2,622 |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>         | 0,66              | <b>0,002</b>    | 0,508                | 0,857 | 1,247      | 0,586           | 0,564                | 2,754 | 1,101            | 0,696           | 0,679                | 1,785 |
| Utdanning (1=høyere utdanning)      | 1,33              | <b>&lt;,001</b> | 1,219                | 1,45  | 1,205      | 0,156           | 0,932                | 1,558 | 1,47             | <b>&lt;,001</b> | 1,233                | 1,754 |
| Inntekt (1=eigen inntekt)           | 0,929             | 0,102           | 0,851                | 1,015 | 1,22       | 0,163           | 0,923                | 1,612 | 0,941            | 0,489           | 0,791                | 1,118 |
| Bosituasjon (1=bor alene)           | 1,052             | 0,263           | 0,963                | 1,15  | 1,262      | <b>0,053</b>    | 0,997                | 1,598 | 0,889            | 0,171           | 0,751                | 1,052 |
| År med utfordringer (1=over fem år) | 1,013             | 0,781           | 0,923                | 1,113 | 1,198      | 0,23            | 0,892                | 1,61  | 1,149            | 0,144           | 0,954                | 1,384 |
| Omfang utfordringer (1=store)       | 0,673             | <b>&lt;,001</b> | 0,619                | 0,732 | 0,568      | <b>&lt;,001</b> | 0,448                | 0,721 | 0,687            | <b>&lt;,001</b> | 0,571                | 0,827 |
| To diagnoser <sup>2</sup>           | 0,902             | <b>0,053</b>    | 0,813                | 1,001 | 0,752      | 0,138           | 0,517                | 1,095 | 0,91             | 0,32            | 0,755                | 1,096 |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>          | 0,886             | <b>0,038</b>    | 0,79                 | 0,993 | 0,778      | 0,199           | 0,53                 | 1,142 | 0,88             | 0,253           | 0,708                | 1,095 |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>  | 0,838             | <b>0,006</b>    | 0,738                | 0,951 | 0,643      | <b>0,017</b>    | 0,447                | 0,924 | 0,857            | 0,256           | 0,656                | 1,118 |
| Kommunale helsetjenester            | 0,89              | <b>0,005</b>    | 0,821                | 0,965 | 1,18       | 0,189           | 0,922                | 1,51  | 0,923            | 0,32            | 0,789                | 1,08  |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)    | 1,196             | <b>0,044</b>    | 1,005                | 1,425 | 1,18       | 0,454           | 0,765                | 1,82  | 1,738            | 0,257           | 0,669                | 4,516 |
| Dagsenter/lavterskeltiltak          | 1,002             | 0,987           | 0,835                | 1,201 | 0,687      | <b>0,054</b>    | 0,469                | 1,006 | 1,681            | 0,056           | 0,986                | 2,865 |

|   |         |                 |       |       |        |                 |       |       |        |                 |       |       |
|---|---------|-----------------|-------|-------|--------|-----------------|-------|-------|--------|-----------------|-------|-------|
| Arbeidstiltak                             | 1,043   | 0,522           | 0,917 | 1,186 | 1,152  | 0,438           | 0,805 | 1,649 | 0,816  | 0,157           | 0,616 | 1,081 |
| Innleggelse                               | 0,964   | 0,501           | 0,867 | 1,072 | 0,698  | <b>0,006</b>    | 0,54  | 0,902 | 1,216  | 0,169           | 0,92  | 1,606 |
| Koordineringstiltak                       | 1,754   | <b>&lt;,001</b> | 1,578 | 1,95  | 1,656  | <b>&lt;,001</b> | 1,297 | 2,115 | 1,554  | <b>0,004</b>    | 1,153 | 2,094 |
| Nylig avslutta behandling                 | 0,748   | <b>&lt;,001</b> | 0,682 | 0,819 | 0,769  | 0,093           | 0,566 | 1,045 | 0,751  | <b>0,003</b>    | 0,619 | 0,91  |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | 0,657   | <b>&lt;,001</b> | 0,585 | 0,738 | 0,645  | <b>0,008</b>    | 0,466 | 0,893 | 0,606  | <b>0,015</b>    | 0,405 | 0,908 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | 0,787   | <b>&lt;,001</b> | 0,718 | 0,862 | 0,959  | 0,767           | 0,724 | 1,268 | 0,777  | <b>0,022</b>    | 0,626 | 0,964 |
| Behandlerrelasjon                         | 10,60   | <b>&lt;,001</b> | 9,828 | 11,45 | 10,15  | <b>&lt;,001</b> | 8,171 | 12,60 | 17,23  | <b>&lt;,001</b> | 14,67 | 20,23 |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | 0,937   | 0,217           | 0,844 | 1,039 | 0,797  | 0,127           | 0,595 | 1,067 | 1,035  | 0,722           | 0,857 | 1,25  |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | 1,001   | 0,992           | 0,87  | 1,15  | 1,133  | 0,606           | 0,705 | 1,821 | 0,8    | 0,126           | 0,601 | 1,065 |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 1,051   | 0,52            | 0,903 | 1,223 | 1,073  | 0,801           | 0,62  | 1,858 | 1,134  | 0,476           | 0,802 | 1,605 |
|   | N=17489 |                 |       |       | N=2319 |                 |       |       | N=6650 |                 |       |       |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

Regresjonsanalysen viser at blant pasienter i psykisk helsevern er det større sannsynlighet for at behandlingen er tilpasset behov blant de yngste pasientene (18-24 år) enn blant pasienter i alderen 46-55 år og 55-99 år. Blant pasienter hos avtalespesialist er bildet motsatt - med større sannsynlighet for behovstilpasset behandling for pasienter 36-45 år og 56-65 år enn blant de aller yngste. Kvinner i psykisk helsevern rapporterer behovstilpasset behandling i større grad enn menn, det samme gjelder pasienter med høyere utdanning i psykisk helsevern og hos avtalespesialist.

I alle tre gruppene tyder analysen på at behovstilpasset behandling er mer sannsynlig når det gjelder lettere psykiske utfordringer, og for pasienter i poliklinikk mindre sannsynlig dersom en mer enn en diagnose.

Pasienter som har brukt kommunale helsetjenester eller dagsenter/lavterskeltiltak (gjelder psykisk helsevern), eller har vært innlagt (TSB), har mindre sannsynlighet for behovstilpasset behandling, mens bildet er omvendt når det gjelder pasienter med koordineringstiltak (alle tre grupper), og pasienter i psykisk helsevern som har kontakt med oppsøkende team.

Sannsynlighet for behovstilpasset behandling er større blant pasienter som har vært i behandling i mer enn seks måneder enn for kortere behandlingstid. Nylig avslutta behandling har naturlig nok en negativ sammenheng. Den viktigste faktoren i alle tre grupper er god behandlerrelasjon. Regiontilknytning gir ingen forskjeller.

#### 9.1.4 Sannsynligheten for å ha en behandlingsplan

Følgende logistiske regresjonsanalyse ser på sannsynlighet for å ha en behandlingsplan.

**Tabell 9-2 Logistisk regresjon - sannsynlighet for å ha en behandlingsplan i forhold til bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                    | Psykisk helsevern |                 |                      | TSB        |       |                      | Avtalespesialist |       |                      |              |       |       |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|------------|-------|----------------------|------------------|-------|----------------------|--------------|-------|-------|
|                             | Odds ratio        | P> t            | [95% Konf. Interval] | Odds ratio | P> t  | [95% Konf. Interval] | Odds ratio       | P> t  | [95% Konf. Interval] |              |       |       |
| Kjønn (kvinne=1)            | 1,164             | <b>&lt;,001</b> | 1,079                | 1,255      | 0,929 | 0,446                | 0,769            | 1,122 | 1,435                | <b>0,018</b> | 1,064 | 1,935 |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup> | 1,14              | <b>0,008</b>    | 1,034                | 1,256      | 1,183 | 0,348                | 0,833            | 1,682 | 1,334                | 0,062        | 0,985 | 1,805 |
| Alder 36-45 år <sup>1</sup> | 1,086             | 0,139           | 0,974                | 1,211      | 1,203 | 0,323                | 0,834            | 1,734 | 1,369                | <b>0,042</b> | 1,011 | 1,854 |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup> | 0,988             | 0,837           | 0,877                | 1,112      | 1,108 | 0,589                | 0,764            | 1,607 | 1,239                | 0,196        | 0,896 | 1,714 |



|   |         |                 |       |       |        |                 |       |       |        |                 |       |       |
|---|---------|-----------------|-------|-------|--------|-----------------|-------|-------|--------|-----------------|-------|-------|
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>               | 0,916   | 0,245           | 0,789 | 1,062 | 1,047  | 0,824           | 0,699 | 1,569 | 1,087  | 0,69            | 0,721 | 1,639 |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>               | 0,848   | 0,144           | 0,679 | 1,058 | 1,032  | 0,919           | 0,556 | 1,917 | 0,872  | 0,063           | 0,755 | 1,007 |
| Utdanning (1=høyere utdanning)            | 0,921   | <b>0,027</b>    | 0,856 | 0,991 | 1,018  | 0,864           | 0,828 | 1,252 | 0,844  | <b>0,021</b>    | 0,732 | 0,974 |
| Inntekt (1=eigen inntekt)                 | 0,987   | 0,737           | 0,916 | 1,064 | 0,769  | <b>0,02</b>     | 0,616 | 0,96  | 0,894  | 0,128           | 0,775 | 1,033 |
| Bosituasjon (1=bor alene)                 | 0,963   | 0,329           | 0,893 | 1,039 | 1,002  | 0,98            | 0,828 | 1,213 | 0,855  | <b>0,045</b>    | 0,734 | 0,997 |
| År med utfordringer (1=over fem år)       | 1,012   | 0,761           | 0,935 | 1,096 | 0,92   | 0,495           | 0,723 | 1,17  | 1,255  | <b>0,004</b>    | 1,077 | 1,461 |
| Omfang utfordringer (1=store)             | 0,954   | 0,2             | 0,887 | 1,025 | 1,021  | 0,84            | 0,836 | 1,247 | 1,062  | 0,441           | 0,912 | 1,236 |
| To diagnoser <sup>2</sup>                 | 1,014   | 0,762           | 0,929 | 1,106 | 0,818  | 0,171           | 0,613 | 1,091 | 1,073  | 0,442           | 0,896 | 1,285 |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>                | 0,941   | 0,218           | 0,854 | 1,037 | 0,827  | 0,211           | 0,615 | 1,113 | 1,012  | 0,917           | 0,809 | 1,265 |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>        | 0,915   | 0,107           | 0,821 | 1,019 | 0,913  | 0,531           | 0,688 | 1,213 | 0,867  | <b>0,034</b>    | 0,76  | 0,989 |
| Kommunale helsetjenester                  | 1,003   | 0,938           | 0,936 | 1,074 | 0,928  | 0,464           | 0,761 | 1,133 | 1,352  | 0,472           | 0,595 | 3,075 |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)          | 1,217   | <b>0,009</b>    | 1,051 | 1,41  | 1,275  | 0,192           | 0,885 | 1,835 | 1,341  | 0,16            | 0,891 | 2,018 |
| Dagsenter/lavterskeltiltak                | 1,022   | 0,788           | 0,873 | 1,196 | 1,095  | 0,581           | 0,794 | 1,51  | 1,09   | 0,465           | 0,865 | 1,374 |
| Arbeidstiltak                             | 0,981   | 0,735           | 0,88  | 1,095 | 0,957  | 0,768           | 0,715 | 1,281 | 1,22   | 0,073           | 0,981 | 1,517 |
| Innleggelse                               | 1,094   | <b>0,051</b>    | 1     | 1,198 | 0,93   | 0,507           | 0,751 | 1,152 | 5,213  | <b>&lt;,001</b> | 4,339 | 6,262 |
| Koordineringstiltak                       | 4,096   | <b>&lt;,001</b> | 3,773 | 4,447 | 4,162  | <b>&lt;,001</b> | 3,423 | 5,062 | 0,831  | <b>0,035</b>    | 0,699 | 0,987 |
| Nylig avslutta behandling                 | 0,705   | <b>&lt;,001</b> | 0,652 | 0,763 | 0,964  | 0,77            | 0,754 | 1,232 | 1,493  | <b>0,043</b>    | 1,013 | 2,201 |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | 0,831   | <b>&lt;,001</b> | 0,751 | 0,921 | 0,964  | 0,793           | 0,73  | 1,272 | 1,234  | <b>0,03</b>     | 1,02  | 1,494 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | 0,894   | <b>0,005</b>    | 0,827 | 0,967 | 1,165  | 0,185           | 0,929 | 1,46  | 3,586  | <b>&lt;,001</b> | 3,116 | 4,126 |
| Behandlerrelasjon                         | 2,342   | <b>&lt;,001</b> | 2,219 | 2,471 | 2,663  | <b>&lt;,001</b> | 2,296 | 3,088 | 1,152  | 0,085           | 0,981 | 1,353 |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | 1,2     | <b>&lt;,001</b> | 1,098 | 1,311 | 1,075  | 0,551           | 0,848 | 1,361 | 1,506  | <b>&lt;,001</b> | 1,18  | 1,922 |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | 0,819   | <b>0,001</b>    | 0,725 | 0,924 | 0,67   | <b>0,035</b>    | 0,463 | 0,971 | 1,177  | 0,247           | 0,893 | 1,551 |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 1,246   | <b>&lt;,001</b> | 1,099 | 1,412 | 1,083  | 0,715           | 0,707 | 1,658 | 1,435  | <b>0,018</b>    | 1,064 | 1,935 |
|   | N=17907 |                 |       |       | N=2367 |                 |       |       | N=6791 |                 |       |       |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

Sannsynligheten for å ha en behandlingsplan knyttes til kvinner mer enn menn, i mindre grad til de aller yngste (18-24 år) enn litt eldre, og til pasienter med lavere utdanning blant pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist. For pasienter hos avtalespesialist korrelerer det også med psykiske utfordringer i mer enn fem år.

For poliklinikkpasientene finner vi en sterk positiv sammenheng med det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe, koordinator) – med fire ganger så stor sannsynlighet for å ha en behandlingsplan. For pasienter hos avtalespesialist finner vi derimot en negativ sammenheng (ikke sterk).

For pasienter i psykisk helsevern er det en større sannsynlighet for å ha en behandlingsplan blant pasienter som har vært mer enn seks måneder i behandling mens for pasienter hos avtalespesialist er det omvendt – større sannsynlighet blant pasienter som har hatt behandling i mindre enn 6 måneder.

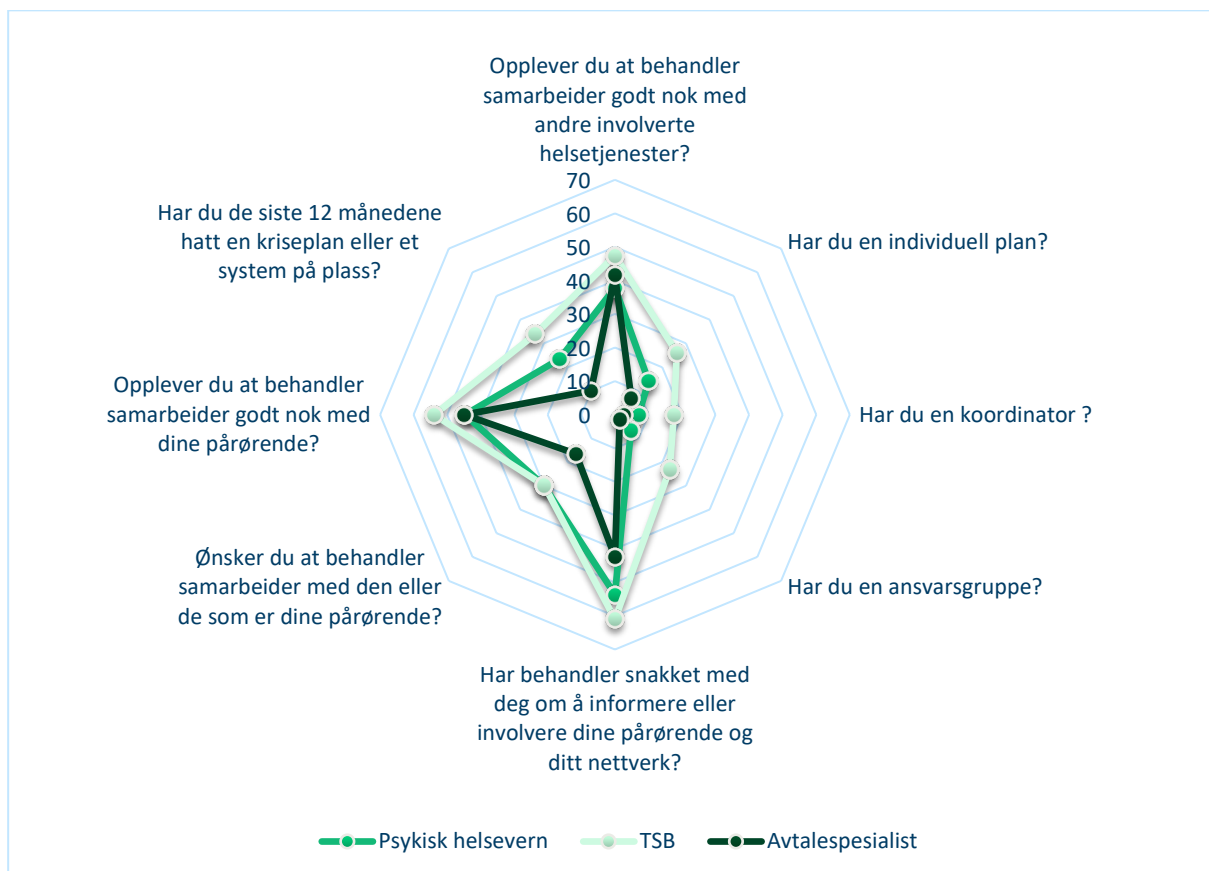
Behandlerrelasjon har stor betydning for pasienter i poliklinikk, men er ikke signifikant når det gjelder pasienter hos avtalespesialist. Pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist både i Region Sør-Øst og Nord har større sannsynlighet for å ha behandlingsplan enn de samme pasientgruppene i Region Vest mens det er mindre sannsynlig at poliklinikkpasienter i Region Midt-Norge har behandlingsplan enn i Region Vest.

## 9.2 Samarbeid og koordineringstiltak

I nasjonalt pasientforløp heter det at samhandling mellom ulike aktører underveis skal sikres og tilpasses pasientens ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2022b). Hvis pasienten allerede mottar tjenester fra kommunen eller andre instanser, bør det etableres samarbeid. I behandlingsforløp er det viktig at samarbeids-/ansvarsgruppemøter mellom pasient, aktuelle kommunale aktører og psykisk helsevern/TSB finner sted jevnlig. Behandler skal sammen med pasienten vurdere om pasienten har rett til individuell plan (IP), og om tilstanden tilsier at det bør etableres en ansvarsgruppe, og om pasienten har behov for kriseplan. Hvis pasienten IP eller rett til det, vil denne utgjøre planen for oppfølging etter utskriving. Behovet for kriseplan bør kartlegges i første samtale, og i avsluttende samtale/epikrise (Helsedirektoratet, 2022b).

I det følgende ser vi på pasientenes opplevelse av samarbeid og koordinering i sitt forløp. Temaene belyses ved gjennomgang av følgende spørsmål fra spørreskjemaet:

- Opplever du at behandler samarbeider godt nok med andre involverte helsetjenester?
- Har du en individuell plan?
- Har du en koordinator?
- Har du en ansvarsgruppe?
- Har du de siste 12 månedene hatt en kriseplan eller et system på plass for krisehåndtering (dersom det skulle oppstå en krise for deg)?
- Har behandler snakket med deg om å informere eller involvere dine pårørende og ditt nettverk?
- Ønsker du at behandler samarbeider med den eller de som er dine pårørende?
- Opplever du at behandler samarbeider godt nok med dine pårørende?

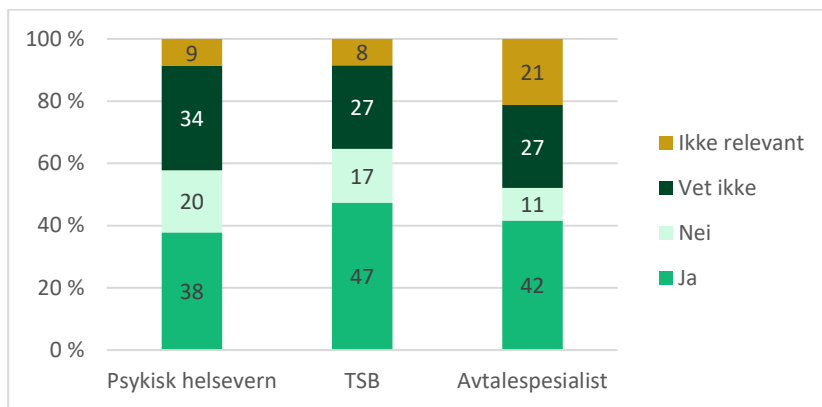


Figur 9-15 Andel (%) som svarer ja på spørsmål om koordineringstiltak og samarbeid. Etter sektor

Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

Oversikt i Figur 9-15 viser at relativt få har koordineringstiltak i form av IP, ansvarsgruppe eller koordinator. Det er størst andel blant pasienter i TSB som oppgir at de har koordineringstiltak, og også størst andel blant dem som opplever at behandler samarbeider godt med andre helsetjenester og med pårørende. Samarbeid med pårørende ønskes av få av pasientene hos avtalespesialist. Svært få har kriseplan blant pasienter hos avtalespesialist. Dette har 34 prosent av pasienter hos TSB og 23 prosent blant pasienter i psykisk helsevern. I det følgende ser vi på svarfordelingen på det enkelte spørsmål.

### 9.2.1 Behandlers samarbeid med andre helsetjenester



**Figur 9-16 Opplever du at behandler i poliklinikken samarbeider godt nok med andre involverte helsetjenester? Prosentfordeling innen sektor. n=33204**

I underkant av halvparten av pasientene i TSB svarer at de opplever at behandler samarbeider godt nok med andre involverte helsetjenester, noe mindre blant pasienter hos avtalespesialist (47 prosent), og enda færre blant pasienter i psykisk helsevern (38 prosent). Behandlers samhandling med andre helsetjenester er ikke relevant der andre helsetjenester ikke er involvert, og blant pasienter hos avtalespesialist svarer 21 prosent at slikt samarbeid ikke er relevant mens i underkant av 10 prosent svarer ikke relevant blant poliklinikkpasientene. Det er en ganske stor andel som svarer vet ikke i alle tre grupper.

### 9.2.2 Individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator

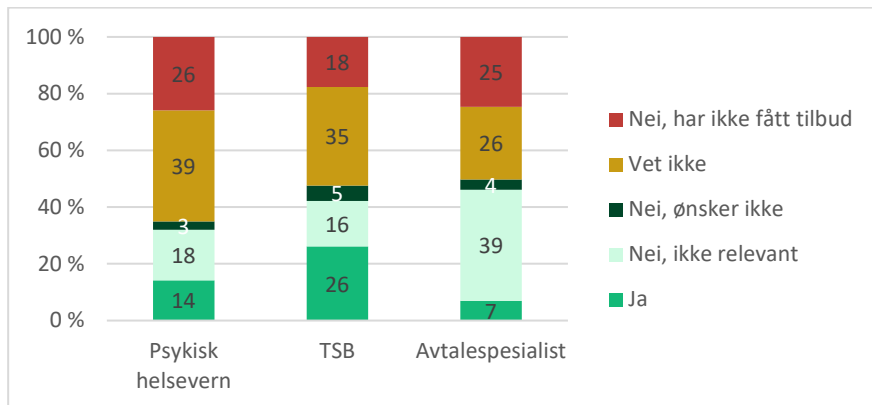
Dersom pasienten har behov for langvarige og koordinerte tilbud, har pasienten rett til Individuell plan (Psykisk helsevernloven § 4-1). Koordinator er også en lovfestet rettighet for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven §7-2). Dette uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker IP.

Det er vanskelig å anslå hvor mange som har behov for koordinering i ulike pasientpopulasjoner. Opptrappingsplanen for psykisk helse (2023-2033) peker på at det er gjort flere forsøk på å standardisere og formalisere koordinering og samhandling men at fortsatt så er det få av disse pasientene som får oppnevnt koordinator eller individuell plan (Meld. St. 23 (2022–2023)).

#### Individuell plan

Kartlegging av poliklinikkpasienter i TSB i 2012/2013 viste at 18 prosent hadde en Individuell plan, at IP i tillegg var under utarbeidelse for 7 prosent av pasientene, og at 36 prosent hadde ansvarsgruppe (Ose & Pettersen, 2014). Tilsvarende kartlegging blant pasienter i psykisk helsevern viste at totalt 12 prosent enten hadde IP, eller IP under utarbeidelse, mens 15 prosent hadde ansvarsgruppe (Ose et al., 2014a). Tall fra Brukerplan årsrapport fra 2020 viser at blant mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester var

det 11 prosent blant mottakere med rusproblemer som hadde IP mens andelen med psykiske problemer var på 6 prosent (Hustvedt et al., 2021). Det ville være grunn til å forvente at andelen med IP og ansvarsgruppe er lavere blant poliklinikkpasienter i spesialisthelsetjenesten enn blant mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Tallene fra vår undersøkelse viser imidlertid høyere andeler.



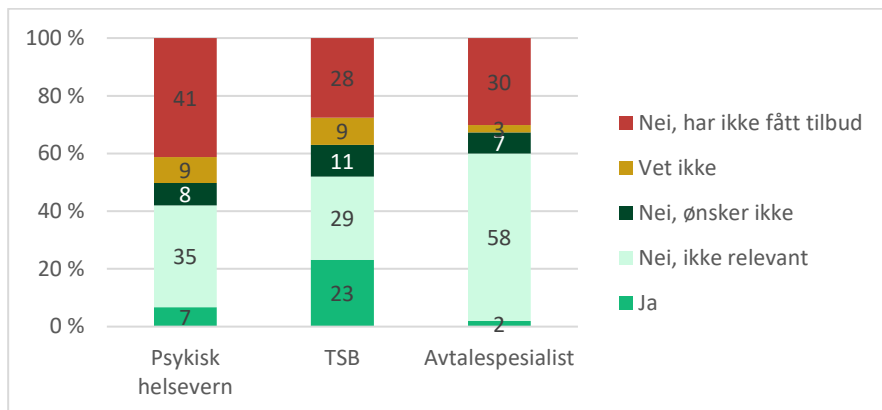
**Figur 9-17 Har du en individuell plan? Prosentfordeling innen sektor. n=33220**

Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

Andel som svarer at de har IP er høyest blant pasienter i TSB, 26 prosent, vesentlig lavere blant pasienter i psykisk helsevern – 14 prosent. Som forventet er andelen med IP mye lavere blant pasienter hos avtalespesialister - 7 prosent. En stor andel (39 prosent) blant pasienter hos avtalespesialist svarer også at IP ikke er relevant. Svært få svarer at de ikke ønsker seg IP, kun 3-5 prosent. Det er svært mange som svarer at de ikke vet om de har IP, 35 og 39 prosent blant poliklinikkpasientene, og 26 prosent blant pasienter hos avtalespesialist. Mellom 18 og 26 prosent oppgir at de ikke har fått tilbud om IP.

Sammenlignet med kartlegging av poliklinikkpasienter i 2013/14 (Ose & Pettersen, 2014; Ose et al., 2014a) er andelen med IP om lag den samme, det vil si 25 prosent i 2013/14 og 26 prosent i 2023 for TSB og henholdsvis 12 og 14 prosent for psykisk helsevern. Tallet for 2013/14 inkluderte imidlertid IP som var under utarbeidelse, mens et slikt skille ikke er gjort i spørsmålet i 2023. Som referert til over, er det er vesentlig lavere tall for mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, ifølge Brukerplan (11 prosent blant mottakere med rusproblemer og 6 prosent blant mottakere med psykiske problemer).

### Ansvarsgruppe

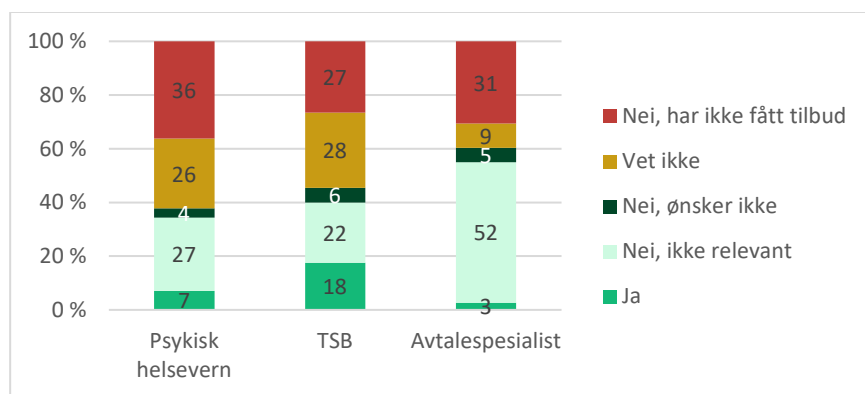


**Figur 9-18 Har du en ansvarsgruppe der du deltar på møter med de som hjelper deg? Prosentfordeling innen sektor. n=33174**

Også når det gjelder ansvarsgruppe er det høyest andel som har dette blant pasienter i TSB - 23 prosent. Det er svært få i de to andre gruppene som oppgir at de har ansvarsgruppe, 7 prosent blant pasienter i psykisk helsevern og et par prosent blant pasienter hos avtalespesialister. Det er svært mange dette ikke er relevant for blant pasienter hos avtalespesialister. Det er få ikke ønsker ansvarsgruppe, rundt 10 prosent, men påfallende høy andel i alle de tre gruppene svarer at de ikke har fått tilbud om ansvarsgruppe, og særlig høy er andelen blant pasienter i psykisk helsevern.

Andel som oppgir at de har ansvarsgruppe i 2023 er også vesentlig lavere enn resultatet i kartleggingen gjort i 2013/14 som viste at 36 prosent av TSB pasientene hadde ansvarsgruppe og 15 prosent blant pasienter i psykisk helsevern (Ose & Pettersen, 2014; Ose et al., 2014a).

### Koordinator



**Figur 9-19 Har du en koordinator, det vil si en person i tjenestene som koordinerer hjelpen du mottar? Prosentfordeling innen sektor. n=33188**

Mens 18 prosent av pasientene i TSB oppgir at de har koordinator, er det kun 2-3 prosent blant pasienter hos avtalespesialister og 7 prosent blant pasienter i psykisk helsevern som oppgir at de har det.

Svært få oppgir at de ikke ønsker koordinator, 4-6 prosent. En relativt høy andel blant poliklinikkpasientene svarer at de ikke vet om de har en koordinator (26 og 28 prosent), mens over halvparten av pasientene hos avtalespesialist svarer at koordinator ikke er relevant. Igjen dreier forskjellene seg om at det generelt er færre pasienter hos avtalespesialist som har behov for koordinering. Det er også en høy andel i alle de tre gruppene som svarer at de ikke har fått tilbud om koordinator, særlig blant pasienter i psykisk helsevern.

### 9.2.3 Sannsynlighet for å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og/eller koordinator)

Det var 20 prosent (n=6659) av alle deltakerne som hadde ett eller flere koordineringstiltak – Individuell Plan, ansvarsgruppe og koordinator. Regresjonsanalysen under vurderer sannsynlighet for å ha koordineringstiltak.

**Tabell 9-3 Logistisk regresjon - sannsynlighet for å ha IP/ansvarsgruppe/koordinator i forhold til bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                    | Psykisk helsevern |       |                      |       | TSB        |              |                      |       | Avtalespesialist |              |                      |       |
|-----------------------------|-------------------|-------|----------------------|-------|------------|--------------|----------------------|-------|------------------|--------------|----------------------|-------|
|                             | Odds ratio        | P> t  | [95% Konf. Interval] |       | Odds ratio | P> t         | [95% Konf. Interval] |       | Odds ratio       | P> t         | [95% Konf. Interval] |       |
| Kjønn (kvinne=1)            | 0,687             | <,001 | 0,633                | 0,745 | 0,796      | <b>0,014</b> | 0,663                | 0,956 | 0,796            | <b>0,014</b> | 0,663                | 0,956 |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup> | 1,083             | 0,157 | 0,97                 | 1,211 | 1,188      | 0,326        | 0,843                | 1,675 | 1,188            | 0,326        | 0,843                | 1,675 |

|   |          |              |       |       |        |              |       |       |        |              |       |       |
|---|----------|--------------|-------|-------|--------|--------------|-------|-------|--------|--------------|-------|-------|
| Alder 6-45 år <sup>1</sup>                | 1,236    | <,001        | 1,093 | 1,398 | 1,718  | <b>0,003</b> | 1,205 | 2,451 | 1,718  | <b>0,003</b> | 1,205 | 2,451 |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>               | 1,213    | <b>0,004</b> | 1,063 | 1,384 | 1,43   | <b>0,053</b> | 0,995 | 2,054 | 1,43   | <b>0,053</b> | 0,995 | 2,054 |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>               | 1,268    | <b>0,004</b> | 1,081 | 1,488 | 1,33   | 0,153        | 0,899 | 1,969 | 1,33   | 0,153        | 0,899 | 1,969 |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>               | 1,198    | 0,124        | 0,952 | 1,507 | 1,497  | 0,176        | 0,834 | 2,687 | 1,497  | 0,176        | 0,834 | 2,687 |
| Utdanning (1=høyere utdanning)            | 0,683    | <,001        | 0,629 | 0,742 | 0,611  | <,001        | 0,5   | 0,747 | 0,611  | <,001        | 0,5   | 0,747 |
| Inntekt (1=egen inntekt)                  | 0,636    | <,001        | 0,583 | 0,694 | 0,545  | <,001        | 0,439 | 0,677 | 0,545  | <,001        | 0,439 | 0,677 |
| Bosituasjon (1=bor alene)                 | 1,253    | <,001        | 1,155 | 1,36  | 1,16   | 0,111        | 0,966 | 1,394 | 1,16   | 0,111        | 0,966 | 1,394 |
| År med utfordringer (1=over fem år)       | 0,948    | 0,247        | 0,867 | 1,038 | 1,084  | 0,501        | 0,856 | 1,373 | 1,084  | 0,501        | 0,856 | 1,373 |
| Omfang utfordringer (1=store)             | 0,964    | 0,376        | 0,889 | 1,045 | 0,96   | 0,68         | 0,792 | 1,164 | 0,96   | 0,68         | 0,792 | 1,164 |
| To diagnoser <sup>2</sup>                 | 0,859    | <b>0,003</b> | 0,777 | 0,95  | 0,785  | 0,091        | 0,593 | 1,039 | 0,785  | 0,091        | 0,593 | 1,039 |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>                | 0,929    | 0,186        | 0,833 | 1,036 | 0,812  | 0,156        | 0,61  | 1,082 | 0,812  | 0,156        | 0,61  | 1,082 |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>        | 1,131    | 0,039        | 1,006 | 1,273 | 1,029  | 0,838        | 0,784 | 1,349 | 1,029  | 0,838        | 0,784 | 1,349 |
| Kommunale helsetjenester                  | 1,364    | <,001        | 1,263 | 1,473 | 1,823  | <,001        | 1,504 | 2,209 | 1,823  | <,001        | 1,504 | 2,209 |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)          | 2,26     | <,001        | 1,963 | 2,602 | 3,478  | <,001        | 2,398 | 5,046 | 3,478  | <,001        | 2,398 | 5,046 |
| Dagsenter/lavterskeltiltak                | 1,406    | <,001        | 1,203 | 1,643 | 1,894  | <,001        | 1,388 | 2,586 | 1,894  | <,001        | 1,388 | 2,586 |
| Arbeidstiltak                             | 1,231    | <,001        | 1,099 | 1,379 | 1,282  | 0,081        | 0,97  | 1,693 | 1,282  | 0,081        | 0,97  | 1,693 |
| Innleggelse                               | 1,369    | <,001        | 1,245 | 1,505 | 1,07   | 0,513        | 0,873 | 1,313 | 1,07   | 0,513        | 0,873 | 1,313 |
| Nylig avslutta behandling                 | 0,863    | <b>0,001</b> | 0,789 | 0,945 | 0,899  | 0,38         | 0,71  | 1,14  | 0,899  | 0,38         | 0,71  | 1,14  |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | 0,766    | <,001        | 0,682 | 0,861 | 1,013  | 0,927        | 0,776 | 1,321 | 1,013  | 0,927        | 0,776 | 1,321 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | 0,759    | <,001        | 0,693 | 0,83  | 0,888  | 0,288        | 0,712 | 1,106 | 0,888  | 0,288        | 0,712 | 1,106 |
| Behandlerrelasjon                         | 1,865    | <,001        | 1,759 | 1,977 | 1,801  | <,001        | 1,583 | 2,048 | 1,801  | <,001        | 1,583 | 2,048 |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | 1,093    | 0,078        | 0,99  | 1,207 | 0,739  | <b>0,009</b> | 0,589 | 0,927 | 0,739  | <b>0,009</b> | 0,589 | 0,927 |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | 0,943    | 0,394        | 0,824 | 1,079 | 1,18   | 0,356        | 0,83  | 1,678 | 1,18   | 0,356        | 0,83  | 1,678 |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 0,991    | 0,896        | 0,859 | 1,142 | 0,961  | 0,846        | 0,641 | 1,44  | 0,961  | 0,846        | 0,641 | 1,44  |
|   | N= 17927 |              |       |       | N=2367 |              |       |       | N=6798 |              |       |       |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

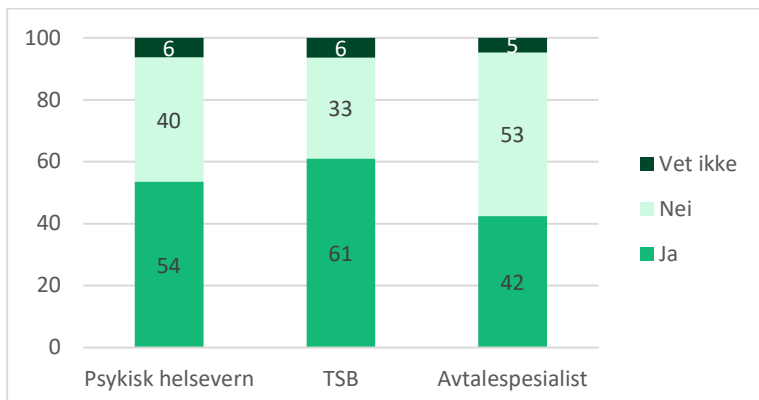
Sannsynlighet for å ha koordineringstiltak er større når det gjelder kvinner i alle tre pasientgruppene. Det korrelerer også med alder, med større sannsynlighet for tiltak blant de under 36 år, og med lavere utdanning, og hovedinntekt fra ytelse (ikke egen inntekt).

Som forventet har det å ha koordineringstiltak sammenheng med bruk av andre tjenester, og her viser analysen sammenheng med bruk av kommunale tjenester, oppsøkende team, dagsenter/lavterskel for alle gruppene - og arbeidstiltak samt innleggelse for pasienter i psykisk helsevern.

Det å ha koordineringstiltak korrelerer også med en god behandlerrelasjon. Blant pasienter i psykisk helsevern korrelerer det med henholdsvis nylig avsluttet behandling og kort varighet av behandling. Det er større sannsynlighet for koordineringstiltak blant pasienter i Helse Vest sammenlignet med Sør-Øst både blant pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist.

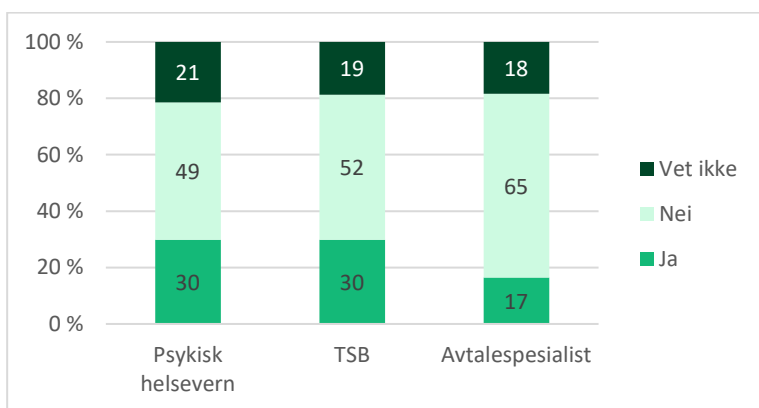
## 9.2.4 Samhandling med pårørende

Vi inkluderte temaet involvering av pårørende under tema samarbeid og koordinering.



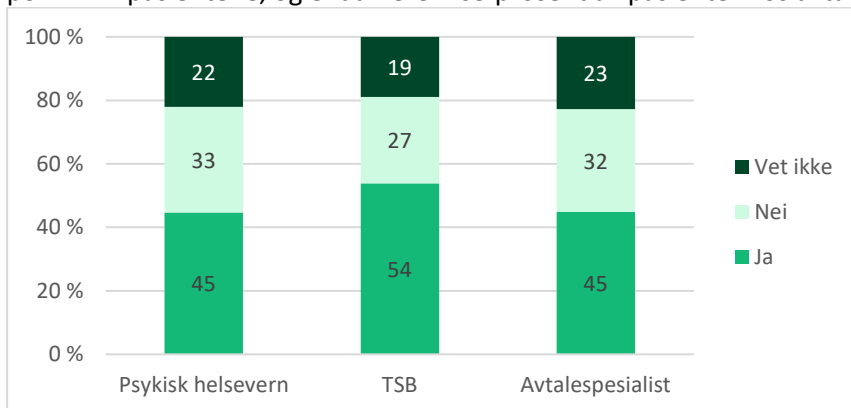
**Figur 9-20 Har behandler snakket med deg om å informere eller involvere dine pårørende og ditt nettverk? Prosentfordeling innen sektor. n=33321**

Litt over 60 prosent av TSB-pasienter oppgir at behandler har tatt opp temaet om å informere eller involvere pårørende og nettverk, over halvparten av pasientene i psykisk helsevern, og noe færre, 42 prosent blant pasienter hos avtalespesialist.



**Figur 9-21 Ønsker du at behandler samarbeider med den eller de som er dine pårørende? Prosentfordeling innen sektor. n=33304**

På spørsmål om man ønsker at behandler samarbeider med pårørende, svarer om lag halvparten nei av poliklinikkpasientene, og enda flere – 65 prosent av pasienter hos avtalespesialist ønsker ikke dette.



**Figur 9-22 Opplever du at behandler samarbeider godt nok med dine pårørende? Prosentfordeling innen sektor. n=8731\***

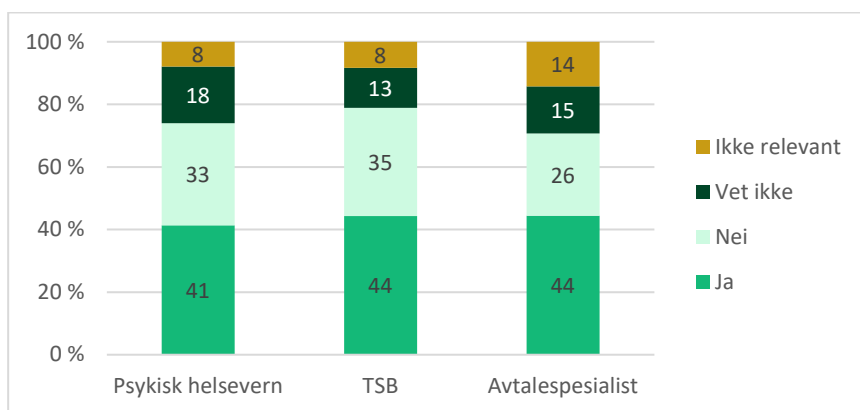
\*Spørsmålet går til dem som svarer ja, at man ønsker at behandler samarbeider med pårørende.

På spørsmål om man opplever at behandler samarbeider godt nok med pårørende er det igjen flest i TSB som svarer at sin behandler gjør det.

### 9.3 Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner

Når det gjelder ivaretagelse av somatisk helse og levevaner, har undersøkelsen tre spesifikke spørsmål som handler om involvering av fastlege, spørsmål om fysisk helse i behandlingen, og spørsmål om levevaner i behandlingen. I det følgende ser vi på hvordan de tre gruppene totalt sett svarer, og hvordan pasienter som oppgir at de har dårlig eller svært dårlig fysisk helse svarer.

#### 9.3.1 Fastlegens involvering

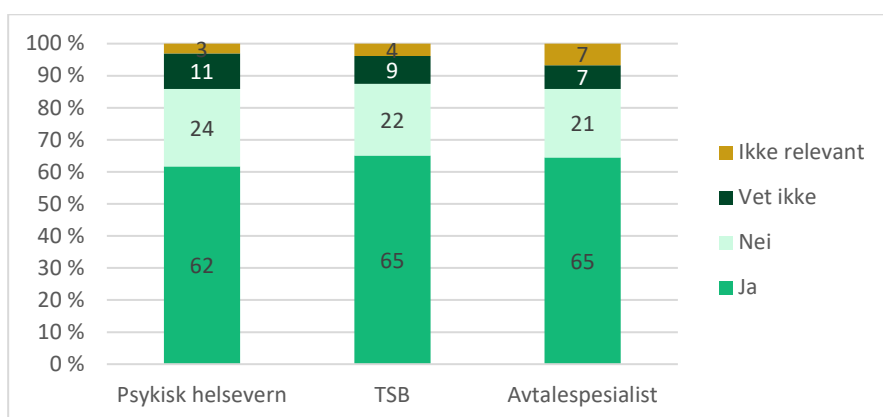


**Figur 9-23 Opplever du at fastlegen har vært godt nok involvert? Prosentfordeling innen sektor. n=33225**

Mens rundt 40 prosent i de tre gruppene opplever at fastlegen har vært godt nok involvert, svarer en tredjedel av poliklinikkpasientene og litt færre, en av fire blant pasienter hos avtalespesialist nei på dette spørsmålet.

Når vi ser spørsmålet i forhold til de som oppgir at de har dårlig eller svært dårlig fysisk helse, finner vi at en like høy andel av disse oppgir at fastlegen ikke er godt nok involvert blant pasienter i psykisk helsevern, mens dette gjelder noe færre av pasienter med dårlig fysisk helse hos avtalespesialist (34 prosent).

#### 9.3.2 Behandlers spørsmål om fysisk helse

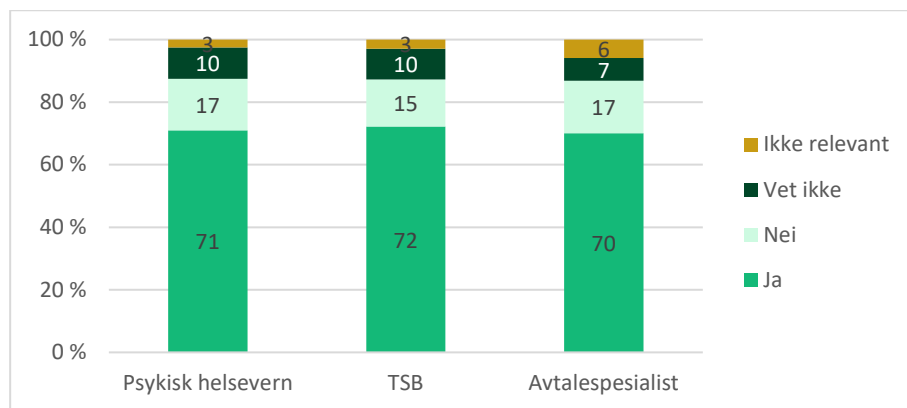


**Figur 9-24 Har du fått spørsmål om din fysiske helse i løpet av den polikliniske behandlingen? Prosentfordeling etter sektor. n=33219**



Over seksti prosent i de tre gruppene oppgir at de har fått spørsmål om fysisk helse i behandlingen, mens rundt 30 prosent oppgir at de ikke har fått det, eller ikke vet om de har fått det. Litt flere blant avtalespesialistene svarer at det ikke er relevant.

Relativt mange av de som svarer at de ikke har fått spørsmål om sin fysiske helse oppgir at de for tiden har dårlig eller svært dårlig fysisk helse. Dette gjelder 31 prosent av poliklinikkpasientene (henholdsvis psykisk helse og TSB) og 22 prosent av pasientene hos avtalespesialist.



**Figur 9-25 Har du fått spørsmål om dine levevaner i løpet av behandlingen hos psykolog/psykiater? Prosentfordeling etter sektor. n=33190**

Rundt 70 prosent oppgir at de har fått spørsmål om levevaner hos behandler, mens rundt 25 prosent svarer nei eller vet ikke på dette spørsmålet. Det er mellom 17 og 20 prosent av de som svarer at de ikke har fått spørsmål om levevaner som for tiden opplever at de har dårlig eller svært dårlig fysisk helse.

## 9.4 Oppsummering – kvalitetsmål i nasjonale pasientforløp

- Når det gjelder *informasjon* svarer godt over 60 prosent i alle tre gruppene at de har fått informasjon om innholdet i behandlingsopplegget ved oppstart. Det er dette spørsmålet som flest svarer ja på i de ulike spørsmålene om informasjon. Det er litt flere i poliklinikk som svarer nei på spørsmålet (18-19 prosent) enn blant pasienter hos avtalespesialister (10 prosent).
- Pasientene hos avtalespesialist skiller seg ut fra poliklinikkpasientene ved at så mange som 65 prosent oppgir at de har fått informasjon om de behandlingsmulighetene som fins, mens dette gjelder vesentlig færre - henholdsvis 45 og 52 prosent av poliklinikkpasientene. Vesentlig færre pasienter hos avtalespesialist svarer at de har fått informasjon om tidsplan, om hva pakkeforløp eller nasjonalt pasientforløp er.
- Når de gjelder *brukermedvirkning* har de tre gruppene det til felles at et flertall (godt over 60 prosent) har gitt tilbakemelding på behandlingen underveis (og aller mest muntlig – ikke digitalt). Pasienter i TSB rapporterer gjennomgående mer medvirkning enn de to andre gruppene. Pasienter hos avtalespesialist på sin side rapporterer mindre medvirkning enn poliklinikkpasientene, samtidig som svarene også tyder på at de ikke ønsker mer medvirkning, ved at de svarer «ikke aktuelt».
- Regresjonsanalyse tyder på at *behovstilpasset behandling* er mer sannsynlig når det gjelder pasienter med lettere/moderate enn store psykiske utfordringer, og blant pasienter som har vært en stund i behandlingen. Det er mer sannsynlig for kvinner, og for pasienter med høyere utdanning (gjelder psykisk helsevern og hos avtalespesialist). Pasienter med koordineringstiltak har større sannsynlighet for behovstilpasset behandling, og for pasienter i psykisk helsevern kan det også knyttes til kontakt med oppsøkende team. Den viktigste faktoren er god behandlerrelasjon, som korrelerer sterkt i alle tre grupper.

- Sannsynlighet for å ha en *behandlingsplan* er større for kvinner mer enn menn (i likhet med behovstilpasset behandling), og knyttes i mindre grad til de yngste pasientene enn de litt eldre. Det har sterk positiv sammenheng med koordineringstiltak hos pasienter i poliklinikk, mens dette har en negativ sammenheng for pasienter hos avtalespesialist. For pasienter i psykisk helsevern knyttes det til pasienter som har vært en stund i behandling mens hos avtalespesialister er det omvendt, og knyttes i større grad til pasienter som har kortere tid i behandling. En god behandlerrelasjon har stor betydning når det gjelder pasienter i poliklinikk, men er ikke signifikant for pasienter hos avtalespesialist.
- Hovedmønsteret når det gjelder *samarbeid og koordinering* er at pasienter i TSB i vesentlig høyere grad har et koordineringstiltak enn de andre to gruppene. Dette gjelder både IP, ansvarsgruppe og koordinator, og skyldes nok i hovedsak at pasienter i TSB i gjennomsnitt har mer komplekse utfordringer og flere tjenester involvert. Når det gjelder behandler involvering og *samarbeid med pårørende* oppgir pasienter i TSB i større grad at dette gjøres, og at de også er mer fornøyd med det samarbeidet.
- Sannsynlighet for å ha ett eller flere *koordineringstiltak* korrelerer blant annet med større bruk av en rekke tjenester for alle gruppene (kommunale helsetjenester, oppsøkende team, dagsenter/lavterskel). Også det å ha koordineringstiltak korrelerer med en god behandlerrelasjon.
- De tre gruppene svarer relativt likt på spørsmålene som omhandler *oppfølging av fysisk helse* - grad av involvering fra fastlege og om de har fått spørsmål om fysisk helse og levevaner i løpet av behandlingen. Imidlertid er en større andel av poliklinikkpasientene det forskjell på hvor mange som svarer at fastlegen ikke er godt nok involvert, og her er det poliklinikkpasientene som i størst grad svarer dette. Når spørsmål om oppfølging av fysisk helse avgrenses til pasienter med dårlig eller svært dårlig fysisk helse finner vi likevel en like høy andel som oppgir at fastlegen ikke er godt nok involvert.

## 10 Behandlerrelasjon

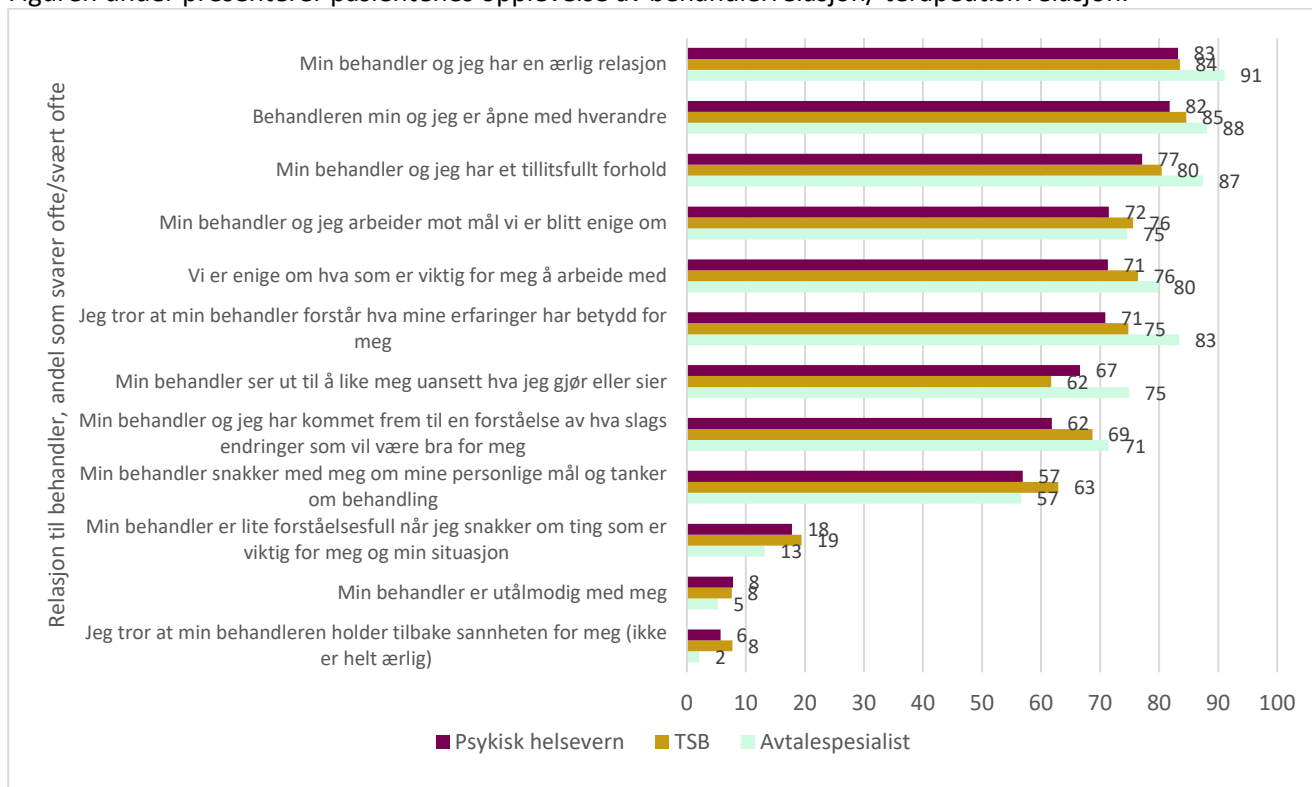
Forholdet mellom den som gir behandling og den som mottar behandling, holdningene og følelsene de har for hverandre, og måten de uttrykker dem på, refereres til som behandlerrelasjon - eller *terapeutisk relasjon* (McGuire-Snieckus et al., 2007). Terapeutisk relasjon regnes som kjernen i psykologisk behandling, både fra pasientens perspektiv og fra kliniske perspektiv (Catty, 2004; Marchi et al., 2023; Wampold, 2001). Forskning viser at terapeutisk relasjon er en av de sterkeste prediktorer for effekt i psykoterapeutisk behandling uavhengig av hvilken type behandlingsretning, og dette har gjort at terapeutisk relasjon regnes som et hovedmål i behandlingen (Catty, 2004).

Terapeutisk relasjon har ikke noe klart definert begrep, men forstås som et resultat av samspillet mellom tjenesteyters empati og ønske om å forstå og reflekterende kapasitet på den ene side - og pasientens personlighet, kognitive stil, og ønske om å bli hjulpet og forstått på den andre (Marchi et al., 2023). Begrepet *engasjement* brukes gjerne i stedet for relasjon (ibid.). Betydningen av terapeutisk relasjon knyttes opprinnelig til psykoterapeutisk teori og forskning, mens det foreløpig er lite forskning knyttet til andre settinger, som for eksempel community psychiatry - lokalbasert psykisk helsearbeid (Marchi et al., 2023). Etter hvert har vi fått flere ulike settinger og former for psykologisk behandling. For eksempel har poliklinisk behandling i DPS i stor grad overtatt for innleggelser både i Norge og internasjonalt, og det har blitt vanlig å tilby team-basert behandling.

I dette kapitlet presenteres pasientenes opplevelse av behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon basert på standardisert indeks (STAR, jf. beskrivelse i 3.4.1 i metodedel), og analyse av hva som gir god behandlerrelasjon - hvilke variabler som korrelerer.

### 10.1 Pasientenes opplevelse av behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon

Figuren under presenterer pasientenes opplevelse av behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon.



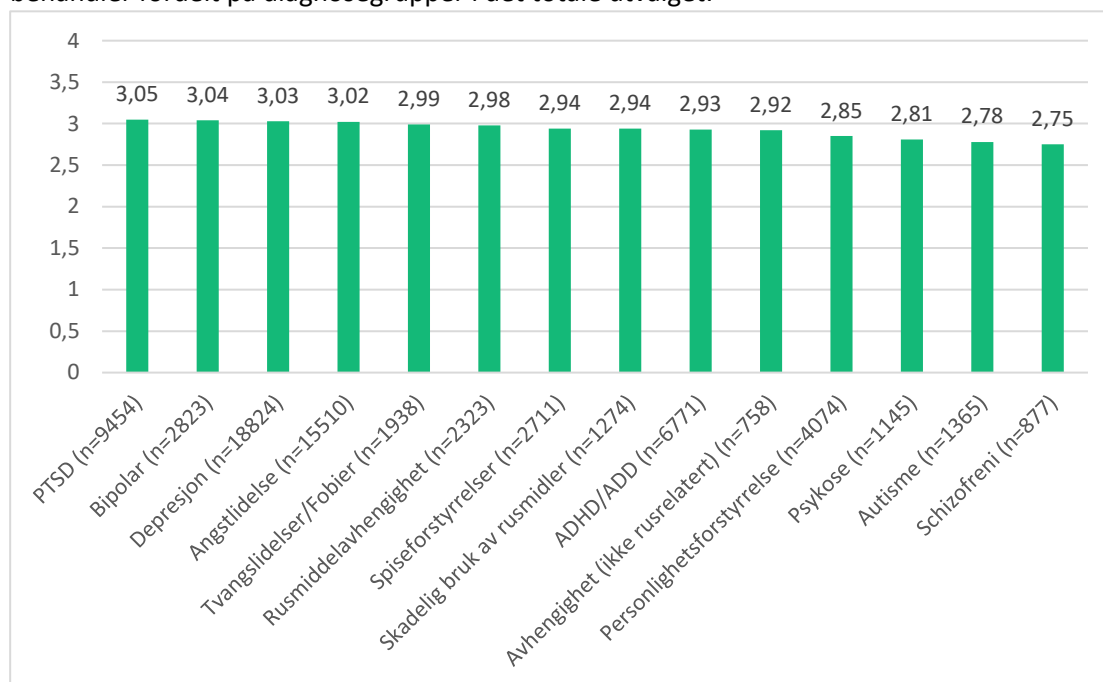
**Figur 10-1 Vurdering av relasjon til behandler (STAR). Andel som svarer ofte eller svært ofte på spørsmålet. Etter sektor. n=32828 - 33253**

Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

Alle de tre pasientgruppene vurderer relasjonen til sin behandler som ærlig. Godt over 80 prosent svarer at de har en ærlig relasjon og at de er åpne med hverandre. Det er litt færre blant pasienter i poliklinikk enn hos avtalespesialister som svarer at de har et tillitsfullt forhold, men andelen fornøyde er uansett svært høy for alle gruppene. Enda litt færre, men fremdeles godt over 70 prosent, svarer at de sammen med behandler jobber mot mål de har blitt enige om. Litt færre at de har kommet til forståelse av hva som er bra endringer. Svært få svarer at behandler ikke er helt ærlig med dem, eller er utålmodig. Det er litt flere som svarer at behandler er lite forståelsesfull når pasienten snakker om ting som er viktig for vedkommende om sin situasjon – i underkant av 20 prosent blant pasienter i poliklinikk, og 13 prosent blant pasienter hos avtalespesialist.

### 10.1.1 Behandlerrelasjon i ulike diagnosegrupper

Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålene om hvordan pasienten opplever relasjon til sin behandler fordelt på diagnosegrupper i det totale utvalget.



**Figur 10-2 Opplevd behandlerrelasjon fordelt på diagnoser. Gjennomsnitt av skala fra 0-4. n=33093**

Når det gjelder pasientenes gjennomsnittlige skår på tvers av alle spørsmålene om behandlerrelasjon viser figuren at pasienter med PTSD, bipolar lidelse, depresjon eller angstlidelse mest fornøyd mens pasienter med personlighetsforstyrrelse, psykose, autisme og schizofreni skårer relasjonen til sin behandler dårligst.

## 10.1.2 Hva gir god behandlerrelasjon?

For å analysere nærmere hva som karakteriserer forløp der pasienter opplever en god behandlerrelasjon, gjorde vi en lineær regresjonsanalyse.

**Tabell 10-1 Lineær multivariat regresjon for sammenhenger mellom *behandlerrelasjon* og bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                                  | Psykisk helsevern             |              |                      |        | TSB                         |              |                      |        | Avtalespesialist            |              |                      |        |
|---|-------------------------------|--------------|----------------------|--------|-----------------------------|--------------|----------------------|--------|-----------------------------|--------------|----------------------|--------|
|   | Koef.                         | P> t         | [95% Konf. Interval] |        | Koef.                       | P> t         | [95% Konf. Interval] |        | Koef.                       | P> t         | [95% Konf. Interval] |        |
| Kjønn (kvinne=1)                          | 0,077                         | <,001        | 0,053                | 0,101  | 0,139                       | <,001        | 0,078                | 0,199  | 0,049                       | <b>0,004</b> | 0,016                | 0,083  |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup>               | 0,056                         | <,001        | 0,025                | 0,087  | 0,022                       | 0,706        | -0,091               | 0,134  | 0,076                       | <b>0,019</b> | 0,013                | 0,14   |
| Alder 36-45 år <sup>1</sup>               | 0,072                         | <,001        | 0,037                | 0,107  | -0,089                      | 0,136        | -0,206               | 0,028  | 0,111                       | <,001        | 0,046                | 0,175  |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>               | 0,141                         | <,001        | 0,103                | 0,179  | 0,054                       | 0,371        | -0,065               | 0,174  | 0,175                       | <,001        | 0,109                | 0,24   |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>               | 0,225                         | <,001        | 0,177                | 0,273  | 0,113                       | 0,087        | -0,016               | 0,243  | 0,267                       | <,001        | 0,196                | 0,337  |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>               | 0,256                         | <,001        | 0,184                | 0,327  | 0,342                       | <,001        | 0,145                | 0,538  | 0,253                       | <,001        | 0,162                | 0,344  |
| Utdanning (1=høyere utdanning)            | 0,028                         | <b>0,022</b> | 0,004                | 0,051  | 0,021                       | 0,529        | -0,045               | 0,088  | 0,002                       | 0,92         | -0,032               | 0,035  |
| Inntekt (1=egen inntekt)                  | 0,103                         | <,001        | 0,079                | 0,127  | 0,267                       | <,001        | 0,197                | 0,338  | 0,025                       | 0,135        | -0,008               | 0,057  |
| Bosituasjon (1=bor alene)                 | -0,089                        | <,001        | -0,113               | -0,065 | -0,082                      | <b>0,008</b> | -0,143               | -0,021 | -0,057                      | <,001        | -0,089               | -0,025 |
| År med utfordringer (1=over fem år)       | -0,051                        | <,001        | -0,077               | -0,025 | 0,001                       | 0,972        | -0,076               | 0,079  | -0,021                      | 0,233        | -0,057               | 0,014  |
| Omfang utfordringer (1=store)             | -0,156                        | <,001        | -0,179               | -0,133 | -0,213                      | <,001        | -0,276               | -0,149 | -0,063                      | <,001        | -0,099               | -0,028 |
| To diagnoser <sup>2</sup>                 | -0,023                        | 0,107        | -0,052               | 0,005  | 0,018                       | 0,706        | -0,075               | 0,11   | -0,049                      | <b>0,006</b> | -0,083               | -0,014 |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>                | -0,085                        | <,001        | -0,116               | -0,054 | 0,046                       | 0,337        | -0,048               | 0,141  | -0,082                      | <,001        | -0,123               | -0,041 |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>        | -0,196                        | <,001        | -0,23                | -0,161 | -0,019                      | 0,685        | -0,109               | 0,072  | -0,091                      | <,001        | -0,141               | -0,04  |
| Kommunale helsetjenester                  | -0,048                        | <,001        | -0,07                | -0,025 | -0,005                      | 0,872        | -0,069               | 0,059  | -0,019                      | 0,203        | -0,049               | 0,01   |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)          | -0,129                        | <,001        | -0,176               | -0,081 | -0,199                      | <,001        | -0,314               | -0,085 | -0,032                      | 0,748        | -0,227               | 0,163  |
| Dagsenter/lavterskeltiltak                | -0,068                        | <b>0,008</b> | -0,118               | -0,017 | -0,087                      | 0,091        | -0,189               | 0,014  | -0,133                      | <b>0,008</b> | -0,231               | -0,035 |
| Arbeidstiltak                             | 0,018                         | 0,305        | -0,017               | 0,054  | 0,135                       | <b>0,005</b> | 0,041                | 0,229  | -0,076                      | <b>0,006</b> | -0,13                | -0,022 |
| Innleggelse                               | -0,082                        | <,001        | -0,111               | -0,053 | -0,03                       | 0,39         | -0,098               | 0,038  | -0,003                      | 0,913        | -0,055               | 0,049  |
| Koordineringstiltak                       | 0,297                         | <,001        | 0,27                 | 0,324  | 0,292                       | <,001        | 0,229                | 0,354  | 0,227                       | <,001        | 0,177                | 0,276  |
| Nylig avslutta behandling                 | -0,188                        | <,001        | -0,212               | -0,163 | -0,218                      | <,001        | -0,295               | -0,141 | -0,17                       | <,001        | -0,207               | -0,133 |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | -0,193                        | <,001        | -0,225               | -0,162 | -0,278                      | <,001        | -0,364               | -0,191 | -0,498                      | <,001        | -0,579               | -0,417 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | -0,033                        | <b>0,011</b> | -0,058               | -0,007 | -0,03                       | 0,425        | -0,102               | 0,043  | -0,16                       | <,001        | -0,202               | -0,117 |
| Region Sør-øst <sup>4</sup>               | 0,015                         | 0,307        | -0,014               | 0,043  | 0,015                       | 0,694        | -0,061               | 0,091  | -0,002                      | 0,899        | -0,038               | 0,033  |
| Region Midt <sup>4</sup>                  | 0,064                         | <,001        | 0,026                | 0,102  | 0,01                        | 0,867        | -0,108               | 0,128  | -0,055                      | <b>0,054</b> | -0,111               | 0,001  |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 0,125                         | <,001        | 0,084                | 0,166  | -0,009                      | 0,901        | -0,144               | 0,127  | 0,106                       | <b>0,001</b> | 0,042                | 0,17   |
|   | N= 17926/R <sup>2</sup> =0,09 |              |                      |        | N=2366/R <sup>2</sup> =0,13 |              |                      |        | N=6797/R <sup>2</sup> =0,09 |              |                      |        |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

Regresjonsanalysen viser signifikant sammenheng mellom behandlerrelasjon/ terapeutisk relasjon og de aller fleste uavhengige variabler i regresjonsmodellen for pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialister. For alle de tre gruppene rapporterer kvinner sterkere behandlerrelasjon med sin behandler enn menn. Analysen viser også at eldre pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist

rapporterer sterkere behandlerrelasjon sammenlignet med de yngste pasientene (18-24 år), og her viser analysen at denne effekten blir sterkere jo eldre pasientene er.

Analysen viser sammenheng mellom god behandlerrelasjon og det å ha høyere utdanning hos pasienter i psykisk helsevern, og med arbeidsinntekt (i motsetning til ytelse el.l.) hos begge poliklinikkgruppene (ikke blant pasienter hos avtalespesialist). Bosisuasjon – det å bo sammen med andre (i motsetning til å bo alene), korrelerer med god behandlerrelasjon for alle tre gruppene.

Videre viser analysene at god behandlerrelasjon har positiv sammenheng med lettere/moderate psykiske utfordringer hos alle tre pasientgrupper. Blant pasienter i psykisk helsevern har det i tillegg betydning at utfordringene har vart i mindre enn fem år, og at pasienten har færre enn tre diagnoser. Hos pasienter hos avtalespesialist er det negativ sammenheng også ved to diagnoser.

Når det gjelder helsetjenester og tiltak, viser analysen negativ korrelasjon mellom god behandlerrelasjon og kontakt med kommunale helsetjenester, oppsøkende team (ACT, FACT e.l.) eller innleggelse når det gjelder pasienter i psykisk helsevern. Vi finner det samme for pasienter i TSB når det gjelder kontakt med Oppsøkende team, og for pasienter hos avtalespesialist finner vi negativ sammenheng knyttet til bruk av dagsenter/lavterskeltiltak og arbeidstiltak. Sannsynligvis handler disse sammenhengene hva som karakteriserer de pasientene som bruker disse tjenestene og tiltakene (enn at de bruker dem).

Analysen viser positiv sammenheng mellom behandlerrelasjon og det å ha koordineringstiltak.

For alle tre pasientgrupper viser analysen en negativ sammenheng mellom god behandlerrelasjon og nylig avsluttet behandling (ikke avbrutt behandling), noe som kan indikere at man ikke har vært enig i at behandlingen skal avsluttes – at man har hatt ønske om lengre behandlingsperiode. Dette styrkes av at analysen også viser at varighet av behandling har betydning, der mindre enn seks måneder i behandling er negativt for behandlerrelasjon (sammenlignet med mer enn seks måneder).

Det er noen regionforskjeller. Pasienter i psykisk helsevern i Region Midt og Nord rapporterer bedre behandlerrelasjon enn denne pasientgruppen i Region Vest. Pasienter i Region Midt som går til avtalespesialist rapporterer dårligere behandlerrelasjon enn denne pasientgruppen i Helse Vest, mens avtalespesialistpasienter i Nord rapporterer bedre behandlerrelasjon enn denne pasientgruppen i Helse Vest.

## 10.2 Oppsummering – behandlerrelasjon

- Godt over 80 prosent svarer at de har en ærlig relasjon med behandler, og at de er åpne med hverandre, og godt over 70 prosent at de sammen med behandler jobber mot mål de har blitt enige om. Litt færre oppgir at de har felles forståelse av hva som er bra endringer.
- Svært få – mellom fem og åtte prosent, svarer at behandler er utålmodig. Det er litt flere som svarer at behandler er lite forståelsesfull når pasienten snakker om ting som er viktig for vedkommende om sin situasjon – i underkant av 20 prosent blant pasienter i poliklinikk, og 13 prosent blant pasienter hos avtalespesialist.
- Tilfredshet med behandlerrelasjon er svært høy hos alle tre gruppene, og signifikant høyest blant pasienter hos avtalespesialist på alle spørsmål.
- Pasienter som behandles eller utredes for PTSD, bipolar lidelse, depresjon eller angstlidelse er mest fornøyd sin behandlerrelasjon, mens pasienter med personlighetsforstyrrelse, psykose, autisme og schizofreni er minst fornøyd.
- Regresjonsanalysen viser at god behandlerrelasjon korrelerer (litt ulikt mellom for de ulike pasientgruppene) med demografisk bakgrunn (kjønn, alder, utdanning, inntekt og bosisuasjon) og med lettere/ moderate psykiske utfordringer. Videre kan det knyttes til det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe, koordinator). For alle tre pasientgrupper viser analysen at

varighet av behandling har positiv sammenheng, mens avsluttet behandling har negativ korrelasjon.

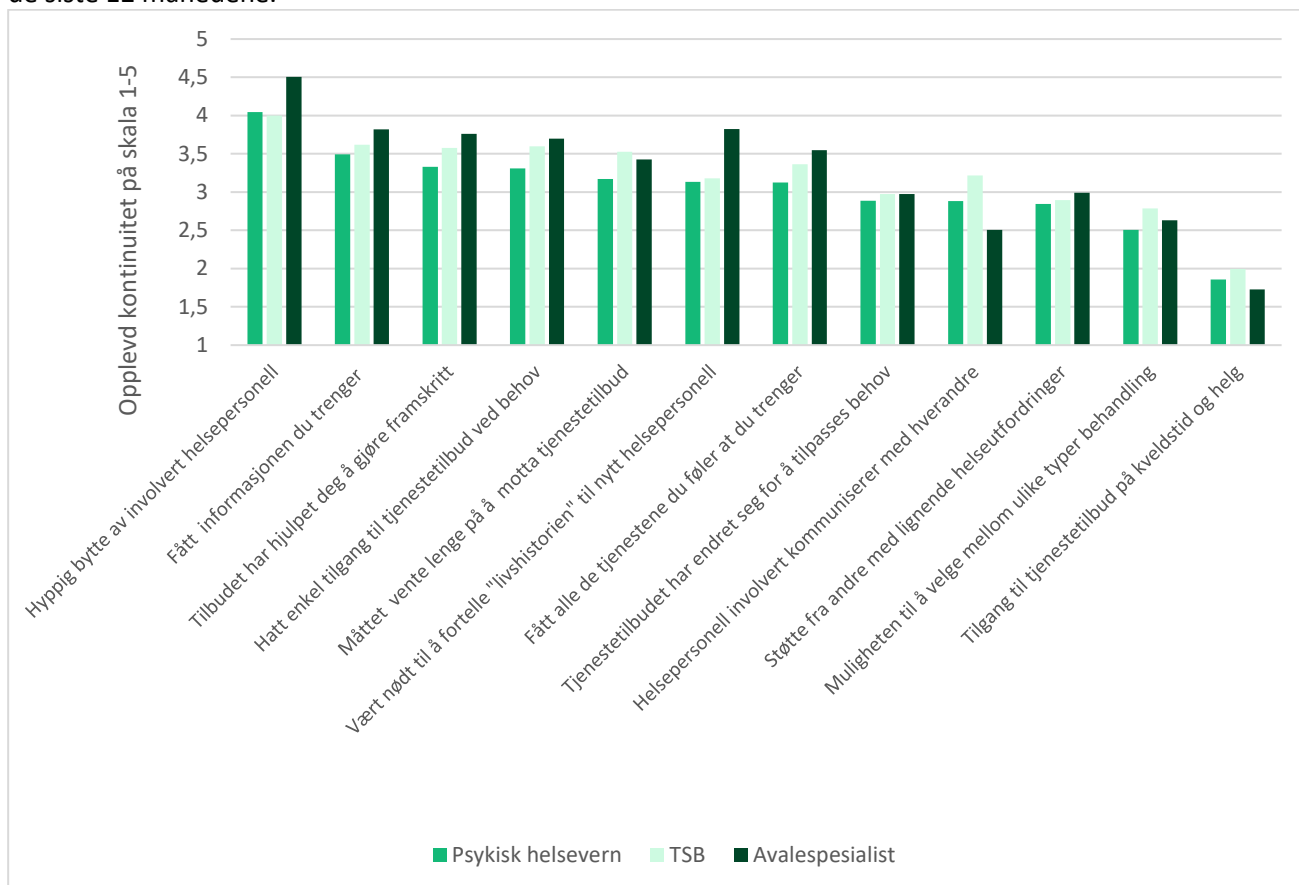
## 11 Kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet

Kontinuitet i behandlingen regnes som grunnleggende for helhetlig helsehjelp, og innebærer at behandlingen er godt koordinert over tid både mellom tjenester, og internt i tjenesten, og i tråd med pasientens behov (Stephen Puntis et al., 2015). Forskning viser at god kontinuitet i behandlingen er svært viktig tilfredshet med tilbudet og med livskvalitet (Engström et al., 2023; Loranger & Fleury, 2020; Van Walraven et al., 2010; Ådnanes et al., 2019). Det kan være særlig utfordrende å få til et behandlingstilbud preget av helhet og kontinuitet der det er snakk om personer med komplekse og sammensatte lidelser, og der flere tjenester og nivå er involvert (Ådnanes & Steihaug, 2016), men også når det gjelder pasienter med moderate og lettere psykiske utfordringer (Catty et al., 2013; Ådnanes et al., 2019).

I dette kapitlet ser vi på pasientenes opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet som de har mottatt de siste 12 månedene. Videre ser vi på hva som karakteriserer forløp der pasienter opplever god kontinuitet. Kontinuitet er målt med skalaen CONTINU-UM (CoC), utviklet av Rose et al. (2009) (jf. beskrivelse i metodekapittel, pkt. 3.4.1).

### 11.1 Pasientenes opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet

Figuren under presenterer opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet pasientene har mottatt de siste 12 månedene.



**Figur 11-1 Opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet pasienten har mottatt de siste 12 månedene, målt ved skalaen CONTINU-UM. Gjennomsnitt av skår på skala 1-5<sup>1</sup>. Fordelt etter sektor. n=15885-33102**

<sup>1</sup> Svarkategorier helt klart, stort sett, noen ganger, delvis, helt klart ikke, ikke relevant/ikke behov. I analyser og framstilling av data har vi snudd svarene slik at høyere skår indikerer bedre kontinuitet på samtlige spørsmål. De som svarte ikke relevant/ikke behov ble behandlet som missing, og tatt ut av analysen.

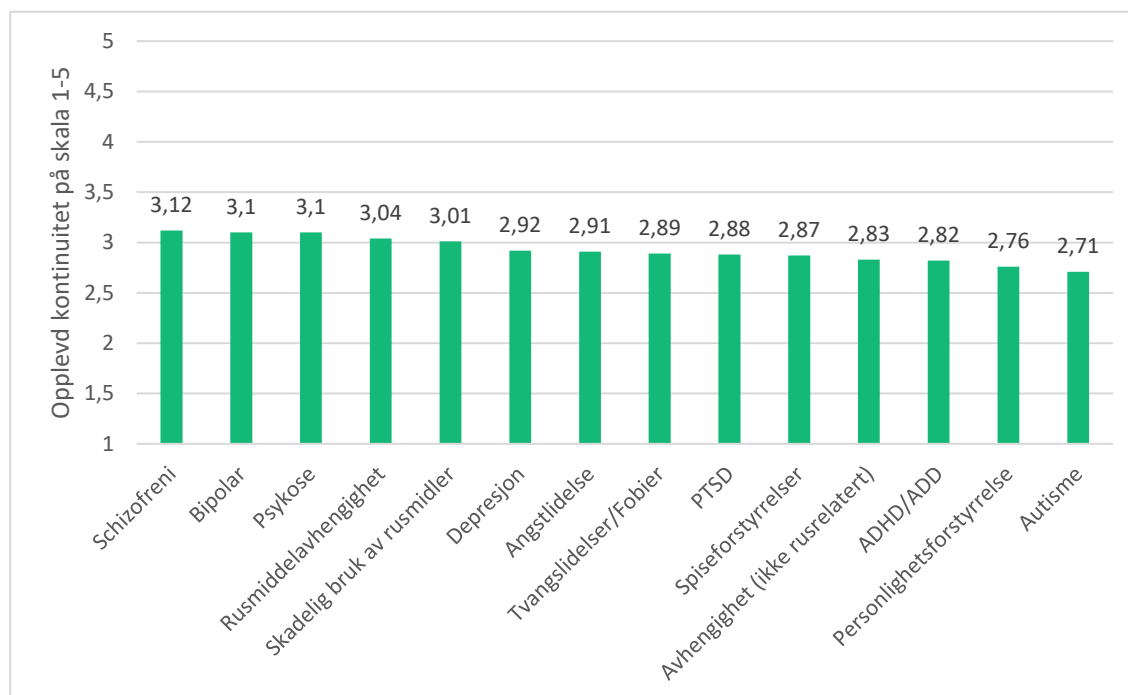


Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

Figuren viser pasientenes tilfredshet med de ulike spørsmålene om kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet de siste tolv måneder. Det er signifikante forskjeller mellom de tre pasientgruppenes svar på samtlige av spørsmålene (målt ved ANOVA,  $p < ,001$ ), der pasienter hos avtalespesialister er mest tilfreds med kontinuitet på de fleste spørsmål. Dette må sees i forhold til at denne gruppen har vesentlig mindre kontakt med andre tjenester enn tilfellet er blant poliklinikkpasientene (jf Figur 7-1). Pasienter hos avtalespesialister er litt mer kritisk enn poliklinikkpasientene når det gjelder spørsmål hvorvidt helsepersonell som er involvert i oppfølging og behandling kommuniserer med hverandre, muligheten for å velge mellom ulike typer behandling og tilgang til tjenestetilbud på kveldstid og helg. Det siste spørsmålet er det spørsmålet færrest er fornøyd med.

### 11.1.1 Kontinuitet i de ulike diagnosegruppene

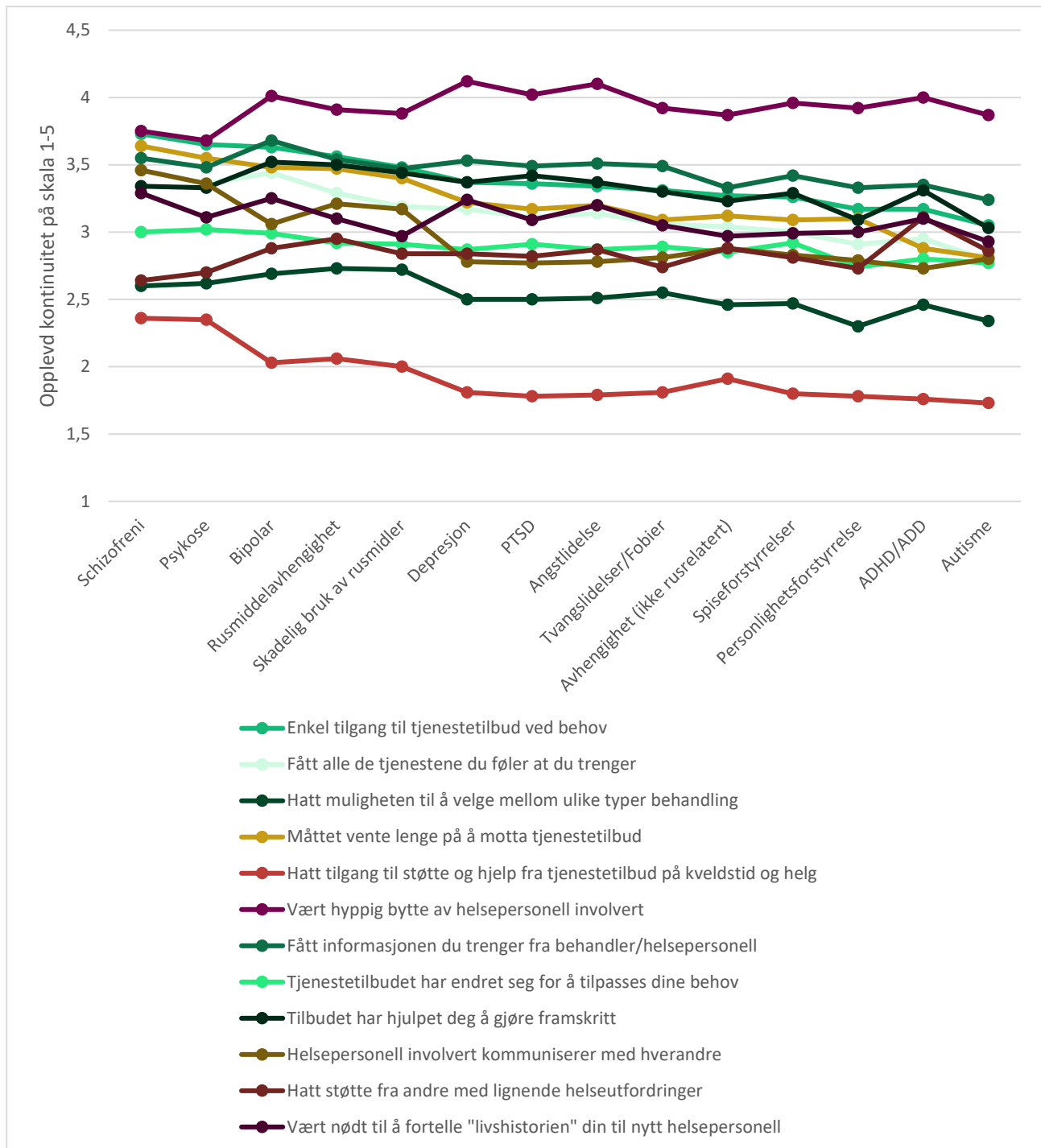
Figuren viser gjennomsnittlig skår på spørsmålene for ni av de tolv spørsmålene<sup>6</sup> om pasientenes opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet, fordelt på diagnosegrupper i det totale utvalget.



**Figur 11-2 Opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet, fordelt på diagnoser. Gjennomsnitt av ni spørsmål i skalaen. Skala fra 1-5. n=18455**

Når det gjelder pasientenes opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet, skårer pasienter med schizofreni, bipolar lidelse og psykose kontinuitet høyest. Pasienter som utredes eller behandles for personlighetsforstyrrelse og autisme rangerer kontinuitet i samlet tjenestetilbud dårligst.

Figuren viser hvordan pasientene i de ulike diagnosegruppene har svart på hvert av de tolv spørsmålene som omhandler opplevelse kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet de siste tolv måneder.



Figur 11-3 Opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet, fordelt på diagnoser. Tolv spørsmål i skalaen. Gjennomsnitt av skala 1-5

### 11.1.2 Hva karakteriserer forløp der pasienter opplever god kontinuitet?

For å analysere nærmere hva som karakteriserer forløp der pasienter opplever god kontinuitet gjorde vi en lineær regresjonsanalyse. Avhengig variabel består av sumskår for ni av de tolv spørsmålene<sup>6</sup>.

**Tabell 11-1 Lineær regresjon – sammenhenger mellom *opplevd kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet* i forhold til bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                                  | Psykisk helsevern             |              |                      | TSB                          |              |                      | Avtalespesialist             |              |                      |
|---|-------------------------------|--------------|----------------------|------------------------------|--------------|----------------------|------------------------------|--------------|----------------------|
|   | Koef.                         | P> t         | [95% Konf. Interval] | Koef.                        | P> t         | [95% Konf. Interval] | Koef.                        | P> t         | [95% Konf. Interval] |
| Kjønn (kvinne=1)                          | -0,791                        | <,001        | -1,037 -0,544        | -0,928                       | <b>0,002</b> | -1,522 -0,333        | -0,203                       | 0,493        | -0,783 0,377         |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup>               | -0,517                        | <b>0,001</b> | -0,827 -0,208        | -1,339                       | <b>0,014</b> | -2,402 -0,277        | -0,329                       | 0,498        | -1,28 0,623          |
| Alder 36-45 år <sup>1</sup>               | -0,697                        | <,001        | -1,054 -0,34         | -2,021                       | <,001        | -3,128 -0,914        | -1,526                       | <b>0,002</b> | -2,514 -0,539        |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>               | -1,094                        | <,001        | -1,486 -0,702        | -1,088                       | 0,062        | -2,232 0,056         | -1,055                       | <b>0,04</b>  | -2,06 -0,049         |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>               | -0,941                        | <,001        | -1,448 -0,435        | -1,595                       | <b>0,013</b> | -2,857 -0,333        | -1,425                       | <b>0,017</b> | -2,594 -0,257        |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>               | -1,085                        | <b>0,009</b> | -1,896 -0,274        | -0,796                       | 0,447        | -2,849 1,257         | -0,038                       | 0,966        | -1,807 1,731         |
| Utdanning (1=høyere utdanning)            | 0,204                         | 0,099        | -0,038 0,446         | 0,3                          | 0,372        | -0,359 0,958         | 0,627                        | <b>0,026</b> | 0,076 1,177          |
| Inntekt (1=eigen inntekt)                 | 0,404                         | <b>0,001</b> | 0,158 0,651          | 0,993                        | <b>0,007</b> | 0,269 1,716          | 1,087                        | <,001        | 0,545 1,628          |
| Bosituasjon (1=bor alene)                 | 0,079                         | 0,525        | -0,165 0,324         | 0,169                        | 0,577        | -0,426 0,765         | -0,075                       | 0,786        | -0,619 0,469         |
| År med utfordringer (1=over fem år)       | -0,243                        | 0,072        | -0,507 0,022         | 0,116                        | 0,769        | -0,661 0,894         | -0,141                       | 0,646        | -0,743 0,461         |
| Omfang utfordringer (1=store)             | -1,893                        | <,001        | -2,127 -1,658        | -2,04                        | <,001        | -2,638 -1,443        | -1,625                       | <,001        | -2,178 -1,072        |
| To diagnoser <sup>2</sup>                 | -0,196                        | 0,207        | -0,501 0,108         | -1,108                       | <b>0,026</b> | -2,082 -0,135        | 0,008                        | 0,981        | -0,62 0,636          |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>                | -0,731                        | <,001        | -1,055 -0,407        | -0,622                       | 0,213        | -1,6 0,357           | -0,998                       | <b>0,005</b> | -1,689 -0,306        |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>        | -1,046                        | <,001        | -1,396 -0,697        | -1,179                       | <b>0,012</b> | -2,096 -0,263        | -0,828                       | <b>0,041</b> | -1,621 -0,036        |
| Kommunale helsetjenester                  | -0,625                        | <,001        | -0,851 -0,399        | -0,615                       | 0,058        | -1,251 0,02          | -1,104                       | <,001        | -1,597 -0,611        |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)          | 0,801                         | <,001        | 0,345 1,257          | -0,294                       | 0,574        | -1,321 0,733         | -0,583                       | 0,67         | -3,259 2,094         |
| Dagsenter/lavterskeltiltak                | 0,139                         | 0,566        | -0,334 0,611         | -0,64                        | 0,177        | -1,569 0,29          | 0,911                        | 0,186        | -0,438 2,261         |
| Arbeidstiltak                             | 0,034                         | 0,847        | -0,308 0,375         | 0,147                        | 0,743        | -0,736 1,031         | -0,008                       | 0,985        | -0,818 0,803         |
| Innleggelse                               | 0,204                         | 0,156        | -0,078 0,485         | -1,174                       | <,001        | -1,805 -0,543        | -0,439                       | 0,259        | -1,202 0,324         |
| Koordineringstiltak                       | 2,496                         | <,001        | 2,218 2,774          | 3,165                        | <,001        | 2,551 3,779          | 2,069                        | <,001        | 1,286 2,852          |
| Nylig avslutta behandling                 | 0,015                         | 0,907        | -0,241 0,271         | 0,021                        | 0,958        | -0,744 0,786         | 0,631                        | <b>0,047</b> | 0,009 1,252          |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | -1,733                        | <,001        | -2,056 -1,411        | -1,854                       | <,001        | -2,682 -1,027        | -3,247                       | <,001        | -4,449 -2,044        |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | -1,254                        | <,001        | -1,512 -0,996        | -0,898                       | <b>0,013</b> | -1,61 -0,186         | -2,464                       | <,001        | -3,133 -1,795        |
| Behandlerrelasjon                         | 5,895                         | <,001        | 5,752 6,038          | 6,052                        | <,001        | 5,671 6,433          | 6,134                        | <,001        | 5,771 6,498          |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | 0,147                         | 0,314        | -0,14 0,434          | 0,381                        | 0,315        | -0,363 1,126         | -0,809                       | <b>0,009</b> | -1,413 -0,206        |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | -0,209                        | 0,292        | -0,597 0,179         | 0,206                        | 0,726        | -0,946 1,358         | -1,289                       | <b>0,005</b> | -2,195 -0,382        |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | -0,614                        | <b>0,004</b> | -1,032 -0,195        | 0,7                          | 0,293        | -0,605 2,006         | -0,253                       | 0,646        | -1,334 0,827         |
|   | N=11441/ R <sup>2</sup> =0,45 |              |                      | N=1608/ R <sup>2</sup> =0,51 |              |                      | N=2785/ R <sup>2</sup> =0,36 |              |                      |

Regresjonsanalysen viser at det er en rekke signifikante sammenhenger mellom opplevelse av god kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet de siste tolv måneder, og andre variabler. Av bakgrunnsvariabler har kjønn sammenheng, med menn som i større grad opplever kontinuitet enn kvinner blant pasienter i psykisk helsevern og TSB. I alle tre pasientgrupper er den yngste aldersgruppen mindre fornøyd enn de

<sup>6</sup> Tre spørsmål ble tatt ut på grunn av at mange svarte at spørsmålet var irrelevant for dem. Dette gjaldt spørsmål om tilgang til støtte og hjelp fra tjenester på kveldstid og helg (52 prosent missing for hele utvalget); hyppig bytte av helsepersonell (25 prosent missing); kommunikasjon mellom involvert helsepersonell (23 prosent missing).

fleste andre aldersgrupper. Det å ha arbeidsinntekt (i motsetning til ytelse) har også positiv sammenheng i alle tre gruppene.

Som i flere av de tidligere regresjonene, og som vi også skal se når det gjelder tilfredshet (i kapittel 12), har omfang av psykiske utfordringer stor betydning i alle tre pasientgrupper, der opplevelse av god kontinuitet knyttes til lettere og moderate utfordringer og kun en diagnose.

Kontakt med kommunale helsetjenester knyttes negativt til kontinuitet, det samme med innleggelse blant pasienter i TSB. For pasienter i psykisk helsevern har kontakt med oppsøkende team (ACT, FACT e.l.) derimot en signifikant positiv sammenheng.

Det å ha ett eller flere koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og koordinator) har en sterk positiv sammenheng med opplevelse av kontinuitet for alle tre pasientgruppene, og sterkest for pasienter i TSB. Formålet med både oppsøkende team og IP, ansvarsgruppe og koordinator er nettopp å skape kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet for pasienten. Analysen tyder på at dette lykkes ettersom det har en så sterk sammenheng med pasienters opplevelse av kontinuitet.

Ikke overraskende har også tid i behandling stor betydning for opplevelse av kontinuitet hos alle pasientgruppene, og særlig blant pasienter hos avtalespesialist. For alle pasientgruppene – og som i alle andre analyser i rapporten, har behandlerrelasjon stor betydning.

Analysen viser et par regionforskjeller der pasienter i Helse Vest rapporterer kontinuitet i større grad enn både pasienter i Helse Sør-Øst og i Midt-Norge for de som har mottatt behandling hos avtalespesialist, og i større grad enn pasienter i Helse Nord for de som har hatt poliklinisk behandling i TSB.

## 11.2 Oppsummering – kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet

- Av de tolv spørsmålene som omhandler opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet de siste tolv måneder er pasientene mest kritisk til muligheten for å velge mellom ulike typer behandling samt tilgang til tjenestetilbud på kveldstid og helg.
- Pasienter hos avtalespesialister er mer fornøyd enn pasienter i psykisk helsevern og TSB med kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet de har mottatt de siste tolv månedene. Dette må sees i forhold til at de har vesentlig mindre kontakt med andre tjenester enn tilfellet er blant poliklinikkpasientene.
- Av de ulike diagnosegruppene skårer pasienter med (eller som utredes for) schizofreni, bipolar lidelse og psykose sin opplevelse av kontinuitet i samlet tjenestetilbud høyest. Pasienter som utredes eller behandles for personlighetsforstyrrelse og autisme rangerer sin opplevelse av kontinuitet lavest av pasientene totalt sett.
- Pasientenes opplevelse av god kontinuitet knyttes til lettere/ moderate psykiske utfordringer. De som har kommunale helsetjenester, opplever mindre kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet. Det å ha koordineringstiltak knyttes i sterk grad til god kontinuitet for alle tre grupper, noe som tyder på at denne type tiltak virker etter hensikten. Også når det gjelder kontinuitet viser analysen stor betydning av god behandlerrelasjon.

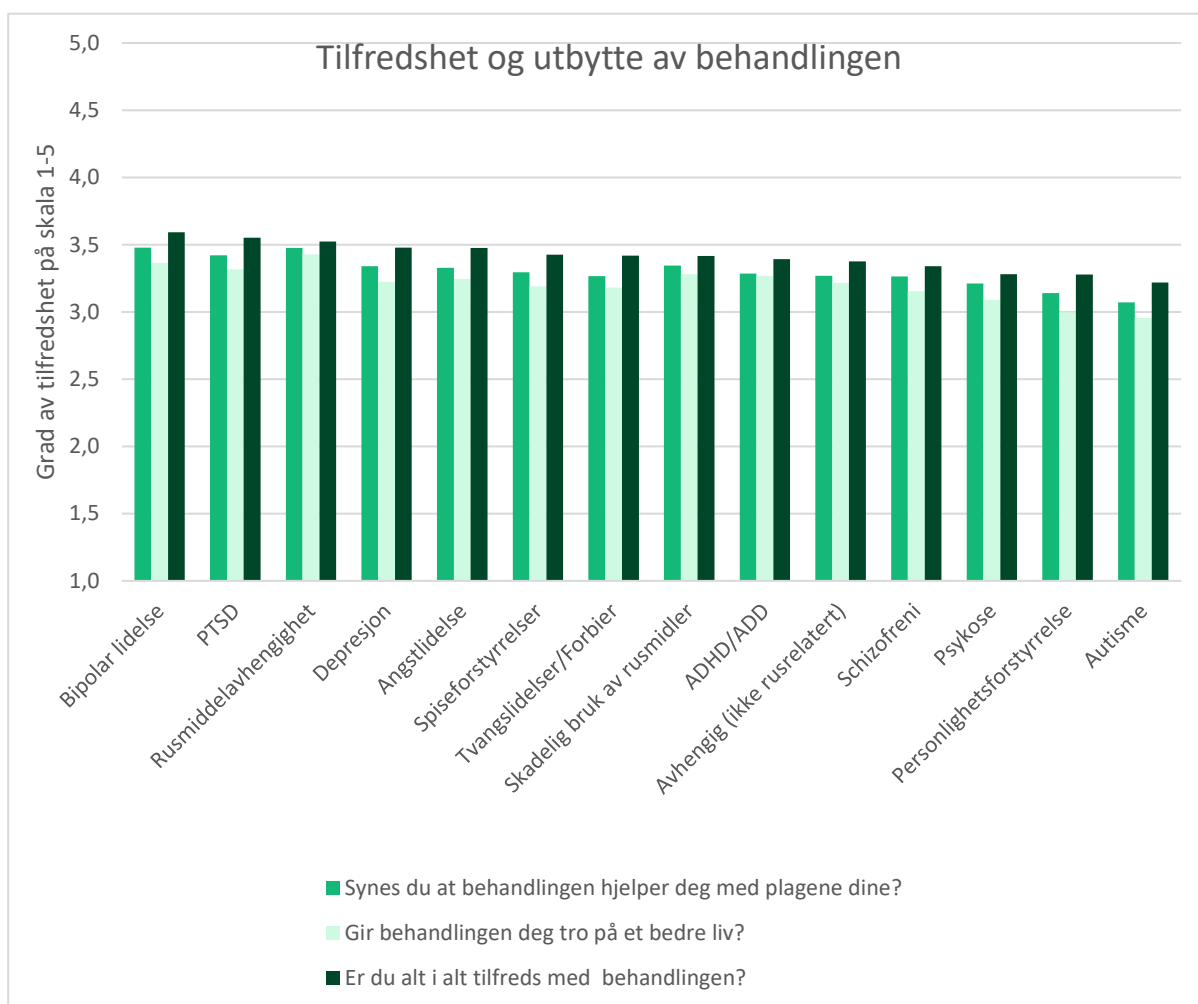
## 12 Tilfredshet og utbytte av behandlingen

Når det gjelder tilfredshet og utbytte med behandlingen, ble deltakerne i undersøkelsen stilt følgende spørsmål:

- Synes du at behandlingen hjelper deg med plagene dine?
- Gir behandlingen deg tro på et bedre liv?
- Er du alt i alt tilfreds med behandlingen?

Kapitlet presenterer grad av tilfredshet og benytter regresjonsanalyser til å belyse hva som karakteriserer forløp der pasienter opplever at behandlingen hjelper, gir dem tro på et bedre liv og der de alt i alt er tilfreds med behandlingen. I tillegg til separate regresjonsanalyser, har vi i dette kapitlet kjørt regresjonsanalyser for hele utvalget samlet (se kap. 12.4).

Før vi går inn på det enkelte spørsmål viser figuren under gjennomsnittlig svar samlet for de tre pasientpopulasjonene totalt, fordelt på diagnosegrupper.



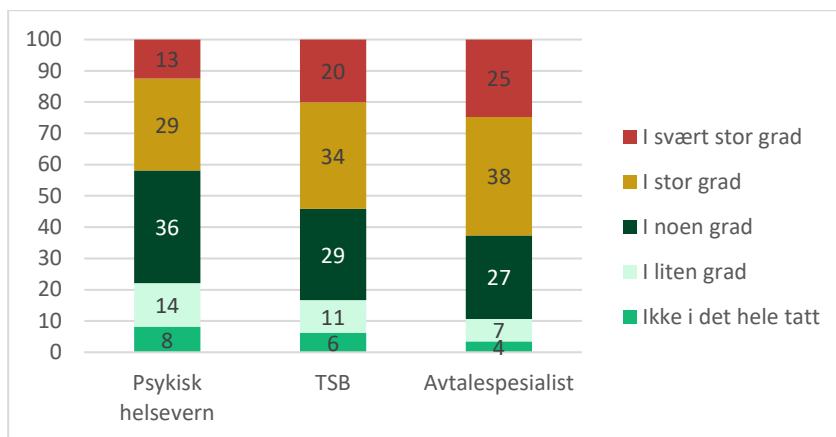
**Figur 12-1 Grad av tilfredshet med behandlingen (tre spørsmål) fordelt på diagnosegrupper. Gjennomsnitt på skala fra 1=ikke i det hele tatt til 5=i svært stor grad. n=33283-33306**

Svarene fordeler seg mellom i gjennomsnitt 3,0 og 3,6 på skalaen, (der 5=i svært stor grad). Gjennomgående skåres det høyest på «alt i alt tilfreds med behandlingen», og litt lavere på om «behandlingen hjelper deg med plagene dine», og lavest på spørsmålet om behandlingen gir «tro på et bedre liv». Pasienter som utredes eller behandles for bipolar lidelse, PTSD og rusmiddelavhengighet skårer høyest, og personer med autisme, personlighetsforstyrrelse, psykose og schizofreni skårer lavest på

spørsmålene. Pasienter som utredes eller behandles for rusmiddelavhengighet og skadelig bruk av rusmidler svarer mest konsistent på de tre spørsmålene, mens pasienter i flere av de andre diagnosegruppene er mer skeptisk til om man blir hjulpet av behandlingen enn alt i alt fornøyd.

I det følgende går vi inn på hvert av de tre spørsmålene om tilfredshet med behandlingen.

## 12.1 Opplever pasientene at behandlingen hjelper?



**Figur 12-2 Synes du at behandlingen hjelper deg med plagene dine? Prosentfordeling innen sektor. n=33306**

Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

På spørsmål om behandlingen hjelper med plagene svarer 63 prosent av pasientene hos avtalespesialist i stor eller svært stor grad. Noe færre svarer dette blant pasienter i TSB (54 prosent), og enda færre blant pasienter i psykisk helsevern (44 prosent). Videre er det en relativt stor andel som opplever at behandlingen i noen grad hjelper. Mellom 7-14 prosent oppgir at behandlingen i liten grad hjelper, og 4-8 prosent svarer ikke i det hele tatt.

### 12.1.1 Hva karakteriserer forløp der pasienter opplever at behandlingen hjelper?

For å få et bilde av hva som karakteriserer forløp der pasienter svarer at behandlingen hjelper, ble det gjort en lineær regresjonsanalyse med *behandlingen hjelper med plagene* som avhengig variabel. Uavhengige variabler inkludert i regresjonsmodellen er de samme som i tidligere kapitler.

**Tabell 12-1 Lineær multivariat regresjon for sammenhenger mellom *behandlingen hjelper med plagene* og bakgrunnsvariabler, varighet og omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                    | Psykisk helsevern |              |                      | TSB   |        |                      |        | Avtalespesialist |                      |                 |        |       |
|-----------------------------|-------------------|--------------|----------------------|-------|--------|----------------------|--------|------------------|----------------------|-----------------|--------|-------|
|                             | Koef.             | P> t         | [95% Konf. Interval] | Koef. | P> t   | [95% Konf. Interval] | Koef.  | P> t             | [95% Konf. Interval] |                 |        |       |
| Kjønn (kvinne=1)            | 0,044             | <b>0,001</b> | 0,017                | 0,07  | -0,021 | 0,534                | -0,089 | 0,046            | 0,086                | <b>&lt;,001</b> | 0,045  | 0,127 |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup> | 0,041             | <b>0,017</b> | 0,007                | 0,075 | 0,097  | 0,131                | -0,029 | 0,223            | 0,031                | 0,425           | -0,046 | 0,109 |
| Alder 6-45 år <sup>1</sup>  | 0,034             | 0,082        | -0,004               | 0,072 | 0,104  | 0,117                | -0,026 | 0,235            | 0,025                | 0,53            | -0,053 | 0,104 |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup> | 0,021             | 0,329        | -0,021               | 0,062 | 0,186  | <b>0,006</b>         | 0,053  | 0,319            | -0,019               | 0,635           | -0,099 | 0,06  |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup> | 0,043             | 0,108        | -0,009               | 0,094 | 0,144  | <b>0,052</b>         | -0,001 | 0,289            | -0,026               | 0,56            | -0,112 | 0,061 |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup> | -0,061            | 0,126        | -0,138               | 0,017 | 0,063  | 0,573                | -0,157 | 0,284            | 0,019                | 0,735           | -0,092 | 0,131 |

|   |                               |       |        |        |                             |       |        |        |                              |       |        |        |
|---|-------------------------------|-------|--------|--------|-----------------------------|-------|--------|--------|------------------------------|-------|--------|--------|
| Utdanning (1=høyere utdanning)            | 0,1                           | <,001 | 0,074  | 0,126  | -0,002                      | 0,962 | -0,076 | 0,072  | 0,131                        | <,001 | 0,09   | 0,171  |
| Inntekt (1=egen inntekt)                  | 0,061                         | <,001 | 0,035  | 0,087  | 0,068                       | 0,094 | -0,012 | 0,148  | 0,065                        | 0,001 | 0,025  | 0,104  |
| Bosituasjon (1=bor alene)                 | 0,032                         | 0,016 | 0,006  | 0,058  | 0,027                       | 0,437 | -0,041 | 0,095  | 0,017                        | 0,398 | -0,022 | 0,056  |
| År med utfordringer (1=over fem år)       | 0,012                         | 0,406 | -0,016 | 0,04   | 0,056                       | 0,204 | -0,031 | 0,143  | 0,076                        | <,001 | 0,033  | 0,119  |
| Omfang utfordringer (1=store)             | -0,171                        | <,001 | -0,196 | -0,145 | -0,22                       | <,001 | -0,292 | -0,149 | -0,113                       | <,001 | -0,157 | -0,07  |
| To diagnoser <sup>2</sup>                 | -0,061                        | <,001 | -0,091 | -0,03  | -0,152                      | 0,004 | -0,255 | -0,049 | -0,047                       | 0,03  | -0,089 | -0,005 |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>                | -0,066                        | <,001 | -0,1   | -0,032 | -0,141                      | 0,009 | -0,247 | -0,035 | -0,067                       | 0,008 | -0,117 | -0,017 |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>        | -0,073                        | <,001 | -0,111 | -0,035 | -0,179                      | <,001 | -0,28  | -0,078 | -0,004                       | 0,89  | -0,066 | 0,058  |
| Kommunale helsetjenester                  | 0                             | 0,972 | -0,024 | 0,025  | 0,03                        | 0,406 | -0,041 | 0,102  | 0,001                        | 0,961 | -0,035 | 0,037  |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)          | 0,084                         | 0,002 | 0,032  | 0,135  | 0,008                       | 0,905 | -0,121 | 0,137  | 0,158                        | 0,193 | -0,08  | 0,396  |
| Dagsenter/lavterskeltiltak                | 0,019                         | 0,491 | -0,036 | 0,074  | 0,072                       | 0,212 | -0,041 | 0,185  | 0,148                        | 0,015 | 0,028  | 0,268  |
| Arbeidstiltak                             | 0,012                         | 0,535 | -0,026 | 0,05   | -0,011                      | 0,831 | -0,117 | 0,094  | -0,021                       | 0,531 | -0,087 | 0,045  |
| Innleggelse                               | 0,012                         | 0,457 | -0,02  | 0,044  | -0,115                      | 0,003 | -0,191 | -0,039 | 0,049                        | 0,127 | -0,014 | 0,112  |
| Koordineringstiltak                       | 0,126                         | <,001 | 0,096  | 0,156  | 0,234                       | <,001 | 0,163  | 0,304  | 0,027                        | 0,382 | -0,034 | 0,088  |
| Nylig avslutta behandling                 | -0,013                        | 0,359 | -0,039 | 0,014  | -0,032                      | 0,474 | -0,118 | 0,055  | -0,067                       | 0,004 | -0,112 | -0,022 |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | -0,278                        | <,001 | -0,313 | -0,243 | -0,323                      | <,001 | -0,421 | -0,225 | -0,37                        | <,001 | -0,47  | -0,27  |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | -0,173                        | <,001 | -0,2   | -0,146 | -0,139                      | <,001 | -0,22  | -0,058 | -0,296                       | <,001 | -0,348 | -0,244 |
| Behandlerrelasjon                         | 0,849                         | <,001 | 0,833  | 0,865  | 0,8                         | <,001 | 0,755  | 0,846  | 0,936                        | <,001 | 0,907  | 0,965  |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | 0,007                         | 0,66  | -0,024 | 0,038  | -0,039                      | 0,365 | -0,124 | 0,046  | -0,001                       | 0,959 | -0,045 | 0,042  |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | -0,004                        | 0,834 | -0,046 | 0,037  | 0,088                       | 0,189 | -0,044 | 0,22   | -0,035                       | 0,321 | -0,103 | 0,034  |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 0,037                         | 0,101 | -0,007 | 0,082  | 0,066                       | 0,393 | -0,085 | 0,217  | 0,064                        | 0,11  | -0,014 | 0,142  |
|   | N= 17916/R <sup>2</sup> =0,44 |       |        |        | N=2364/R <sup>2</sup> =0,44 |       |        |        | N=6794/ R <sup>2</sup> =0,43 |       |        |        |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

Regresjonsanalysen viser at blant pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialister er kvinner mer positiv til at behandlingen hjelper enn menn. Det samme gjelder pasienter med egen inntekt (ikke ytelse) og med høyere utdanning. Alder har en viss sammenheng hos poliklinikkpasientene, med minst tro på at behandlingen hjelper blant de yngste – sammenlignet med pasienter 46-65 år (gjelder blant pasienter i TSB) og 25-35 år (gjelder blant pasienter i psykisk helsevern). I psykisk helsevern er pasienter som bor alene mer positiv.

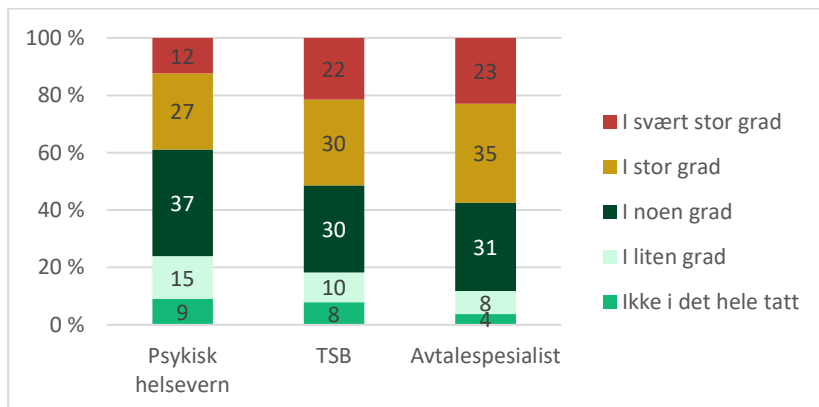
Hos alle de tre gruppene viser analysen at tro på at behandlingen hjelper har sammenheng med lettere/moderate psykiske utfordringer og det å ha kun en diagnose (i motsetning til to, tre eller flere). Blant pasienter hos avtalespesialist har de med mer enn fem år med utfordringer mer tro på at behandlingen hjelper enn de med kortere tid med utfordringer.

Det er noen sammenhenger mellom tro på at behandlingen hjelper og kontakt med øvrig tjenesteapparat. Dette gjelder pasienter i psykisk helsevern som har kontakt med oppsøkende team (FACT, ACT o.l.), og pasienter hos avtalespesialist med kontakt med dagsenter eller annet lavterskeltiltak. Videre er poliklinikkpasientene med koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe, koordinator) også mer positiv til at behandlingen hjelper. Blant pasienter i TSB er det en negativ korrelasjon mellom innleggelse siste året og tro på behandlingen hjelper.

Hos alle tre gruppene er det relativt sterk positiv sammenheng mellom behandlingens lengde og tro på at behandlingen hjelper. Pasienter hos avtalespesialist, som nylig har avsluttet behandlingen, har derimot mindre tro på at behandlingen hjelper enn de som fremdeles er i behandling. Også i denne analysen har behandlerrelasjon sterk sammenheng, og det er også denne variabelen som forklarer det meste av variasjonen i modellen (R<sup>2</sup>=0,44).

## 12.2 Gir behandlingen pasientene tro på et bedre liv?

Vi finner om lag det samme mønsteret i svarene på spørsmål om behandlingen gir en tro på et bedre liv som i spørsmålet om man opplever at behandlingen hjelper.



**Figur 12-3 Gir behandlingen deg tro på et bedre liv? Prosentfordeling innen sektor. n=33293**

Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

Blant pasienter hos avtalespesialist svarer 58 prosent i svært stor grad eller stor grad at behandlingen gir tro på et bedre liv, 52 prosent blant pasienter i TSB, og 39 prosent blant pasienter i psykisk helsevern.

### 12.2.1 Hva karakteriserer forløp der pasienten har tro på at behandlingen gir et bedre liv?

For å få et bilde av hva som karakteriserer forløp der pasienter som svarer at *behandlingen gir dem tro på et bedre liv*, ble det gjort en lineær regresjonsanalyse.

**Tabell 12-2 Lineær multivariat regresjon for sammenhenger mellom *behandlingen gir tro på et bedre liv* og bakgrunnsvariabler, omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.**

| Variabel                            | Psykisk helsevern |              |                      |        | TSB    |              |                      |        | Avtalespesialist |              |                      |        |
|-------------------------------------|-------------------|--------------|----------------------|--------|--------|--------------|----------------------|--------|------------------|--------------|----------------------|--------|
|                                     | Koef.             | P> t         | [95% Konf. Interval] |        | Koef.  | P> t         | [95% Konf. Interval] |        | Koef.            | P> t         | [95% Konf. Interval] |        |
| Kjønn (kvinne=1)                    | 0,076             | <,001        | 0,049                | 0,103  | -0,014 | 0,708        | -0,088               | 0,06   | 0,068            | <b>0,002</b> | 0,025                | 0,111  |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup>         | 0,042             | <b>0,019</b> | 0,007                | 0,077  | 0,04   | 0,572        | -0,098               | 0,177  | 0,066            | 0,113        | -0,016               | 0,148  |
| Alder 6-45 år <sup>1</sup>          | 0,023             | 0,252        | -0,016               | 0,062  | 0,098  | 0,176        | -0,044               | 0,241  | 0,028            | 0,507        | -0,055               | 0,111  |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>         | -0,021            | 0,344        | -0,064               | 0,022  | 0,101  | 0,175        | -0,045               | 0,246  | -0,046           | 0,282        | -0,13                | 0,038  |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>         | -0,03             | 0,274        | -0,084               | 0,024  | 0,148  | 0,066        | -0,01                | 0,306  | -0,124           | <b>0,008</b> | -0,215               | -0,033 |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>         | -0,146            | <,001        | -0,226               | -0,066 | -0,082 | 0,506        | -0,322               | 0,159  | -0,152           | <b>0,011</b> | -0,27                | -0,035 |
| Utdanning (1=høyere utdanning)      | 0,093             | <,001        | 0,066                | 0,119  | -0,014 | 0,728        | -0,095               | 0,067  | 0,142            | <,001        | 0,099                | 0,185  |
| Inntekt (1=egen inntekt)            | 0,072             | <,001        | 0,045                | 0,099  | 0,075  | 0,092        | -0,012               | 0,162  | 0,094            | <,001        | 0,052                | 0,136  |
| Bosituasjon (1=bor alene)           | -0,017            | 0,233        | -0,044               | 0,011  | -0,056 | 0,14         | -0,13                | 0,018  | -0,036           | 0,085        | -0,078               | 0,005  |
| År med utfordringer (1=over fem år) | -0,006            | 0,706        | -0,034               | 0,023  | 0,032  | 0,508        | -0,062               | 0,126  | 0,078            | <,001        | 0,033                | 0,123  |
| Omfang utfordringer (1=store)       | -0,278            | <,001        | -0,304               | -0,252 | -0,302 | <,001        | -0,38                | -0,224 | -0,226           | <,001        | -0,272               | -0,18  |
| To diagnoser <sup>2</sup>           | -0,12             | <,001        | -0,152               | -0,088 | -0,202 | <,001        | -0,314               | -0,089 | -0,073           | <b>0,001</b> | -0,117               | -0,029 |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>          | -0,145            | <,001        | -0,18                | -0,11  | -0,193 | <b>0,001</b> | -0,309               | -0,078 | -0,143           | <,001        | -0,196               | -0,09  |



|                                    |                               |                 |        |        |                             |                 |        |        |                              |                 |        |        |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------|--------|-----------------------------|-----------------|--------|--------|------------------------------|-----------------|--------|--------|
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup> | -0,159                        | <b>&lt;,001</b> | -0,198 | -0,12  | -0,254                      | <b>&lt;,001</b> | -0,364 | -0,144 | -0,084                       | <b>0,012</b>    | -0,149 | -0,018 |
| Kommunale helsetjenester           | -0,002                        | 0,9             | -0,027 | 0,023  | 0,003                       | 0,932           | -0,074 | 0,081  | 0                            | 0,983           | -0,039 | 0,038  |
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)   | 0,064                         | <b>0,018</b>    | 0,011  | 0,118  | 0,042                       | 0,557           | -0,098 | 0,183  | -0,019                       | 0,883           | -0,27  | 0,233  |
| Dagsenter/lavterskeltiltak         | 0,056                         | <b>0,055</b>    | -0,001 | 0,112  | 0,105                       | 0,095           | -0,018 | 0,228  | 0,14                         | <b>0,031</b>    | 0,013  | 0,267  |
| Arbeidstiltak                      | 0,012                         | 0,566           | -0,028 | 0,051  | 0,015                       | 0,801           | -0,1   | 0,129  | 0,025                        | 0,478           | -0,044 | 0,095  |
| Innleggelse                        | -0,023                        | 0,176           | -0,056 | 0,01   | -0,056                      | 0,181           | -0,139 | 0,026  | 0,027                        | 0,43            | -0,04  | 0,093  |
| Koordineringstiltak                | 0,127                         | <b>&lt;,001</b> | 0,097  | 0,158  | 0,212                       | <b>&lt;,001</b> | 0,135  | 0,289  | 0,082                        | <b>0,013</b>    | 0,017  | 0,146  |
| Nylig avslutta behandling          | -0,034                        | <b>0,016</b>    | -0,062 | -0,006 | -0,027                      | 0,579           | -0,121 | 0,068  | -0,062                       | <b>0,011</b>    | -0,11  | -0,014 |
| Behandling 1-2 mnd. <sup>3</sup>   | -0,121                        | <b>&lt;,001</b> | -0,157 | -0,085 | -0,125                      | <b>0,022</b>    | -0,231 | -0,018 | -0,223                       | <b>&lt;,001</b> | -0,329 | -0,117 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>   | -0,085                        | <b>&lt;,001</b> | -0,113 | -0,057 | -0,027                      | 0,553           | -0,115 | 0,062  | -0,223                       | <b>&lt;,001</b> | -0,278 | -0,168 |
| Behandlerrelasjon                  | 0,835                         | <b>&lt;,001</b> | 0,819  | 0,852  | 0,824                       | <b>&lt;,001</b> | 0,774  | 0,873  | 0,929                        | <b>&lt;,001</b> | 0,899  | 0,96   |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>        | -0,001                        | 0,951           | -0,033 | 0,031  | 0,028                       | 0,549           | -0,064 | 0,121  | -0,005                       | 0,823           | -0,051 | 0,041  |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>     | -0,004                        | 0,861           | -0,047 | 0,039  | 0,209                       | <b>0,004</b>    | 0,066  | 0,353  | -0,004                       | 0,915           | -0,076 | 0,068  |
| Region Nord <sup>4</sup>           |                               | 0,998           | -0,046 | 0,046  | 0,207                       | <b>0,014</b>    | 0,042  | 0,372  | 0,046                        | 0,272           | -0,036 | 0,129  |
|                                    | N= 17911/R <sup>2</sup> =0,43 |                 |        |        | N=2362/R <sup>2</sup> =0,41 |                 |        |        | N=6791/ R <sup>2</sup> =0,41 |                 |        |        |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

Den lineære regresjonsanalysen viser at *tro på at behandlingen gir et bedre liv* korrelerer med enkelte bakgrunnsvariabler. Kvinner har mer tro på behandlingen enn menn blant pasienter i psykisk helsevern. De eldste pasientene i psykisk helsevern og hos avtalespesialister har mindre tro på at behandlingen gir et bedre liv enn de yngste pasientene. For disse har også høyere utdanning og arbeidsinntekt (ikke ytelse) positiv sammenheng.

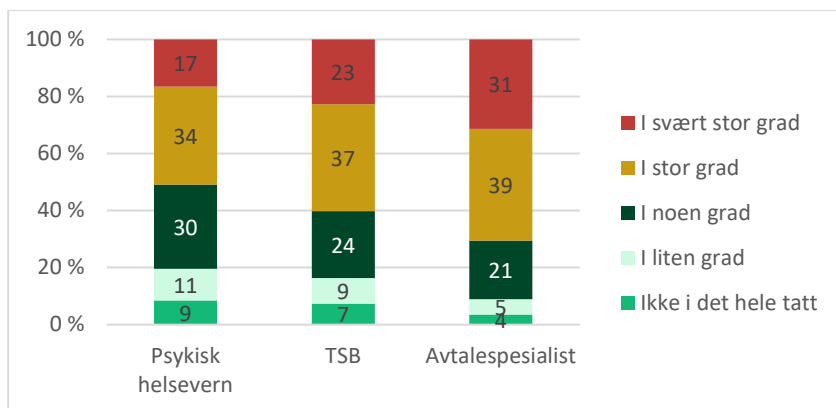
For alle tre gruppene viser analysen større tro på at behandlingen gir et bedre liv blant de med lettere/moderate psykiske utfordringer, og kun en diagnose.

Når det gjelder kontakt med andre tjenester viser analysen at tro på behandlingen korrelerer med kontakt med Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.) blant pasienter i psykisk helsevern, og med bruk av dagsenter/lavterskeltiltak både blant pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist.

For alle tre gruppene er det en positiv sammenheng mellom tro på behandlingen og det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe, koordinator). Det samme gjelder tid i behandling. Det å ha en god behandlerrelasjon er det som slår sterkest ut.

Når det gjelder regionale forskjeller viser analysen at pasienter i TSB i Region Nord og Midt har mer tro på behandlingen enn pasienter i Helse Vest.

## 12.3 Alt i alt tilfreds med behandlingen



**Figur 12-4** Er du alt i alt tilfreds med behandlingen? Prosentfordeling innen sektor. n= 33283

Vi gjør oppmerksom på at pasientpopulasjonene i hhv. psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister er ulike når det gjelder demografisk bakgrunn og helseutfordringer (jf. kap. 5 og 6). Dette må hensyntas ved sammenlikning av resultater mellom sektorer.

Når det gjelder tilfredshet alt i alt med behandlingen svarer så mye som 70 prosent av pasienter hos avtalespesialist at de i stor eller svært stor grad er fornøyd. Det samme gjelder 60 prosent av pasientene i TSB, og halvparten av pasientene i psykisk helsevern. Mens 20 prosent av sistnevnte svarer i liten grad eller ikke i det hele tatt, gjelder dette henholdsvis 16 og 9 prosent av pasienter i de to andre gruppene.

### 12.3.1 Hva karakteriserer forløp der pasienter alt i alt er tilfreds med behandlingen?

For å få et bilde av hva som karakteriserer forløp der pasienter alt i alt er tilfreds med behandlingen ble det gjort en lineær regresjon.

**Tabell 12-3** Lineær multivariat regresjon for sammenhenger mellom *alt i alt tilfreds med behandlingen* og bakgrunnsvariabler, omfang av utfordringer, kontakt med tjenester og tiltak siste år, behandlingstid, behandlerrelasjon og region. Separate regresjoner for pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.

| Variabel                            | Psykisk helsevern |                 |                      |        | TSB    |                 |                      |        | Avtalespesialist |                 |                      |        |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------|--------|-----------------|----------------------|--------|------------------|-----------------|----------------------|--------|
|                                     | Koef.             | P> t            | [95% Konf. Interval] |        | Koef.  | P> t            | [95% Konf. Interval] |        | Koef.            | P> t            | [95% Konf. Interval] |        |
| Kjønn (kvinne=1)                    | 0,032             | <b>0,011</b>    | 0,008                | 0,057  | -0,029 | 0,373           | -0,093               | 0,035  | 0,038            | <b>0,046</b>    | 0,001                | 0,074  |
| Alder 25-35 år <sup>1</sup>         | 0,022             | 0,168           | -0,009               | 0,054  | 0,017  | 0,783           | -0,103               | 0,136  | 0,072            | <b>0,044</b>    | 0,002                | 0,142  |
| Alder 36-45 år <sup>1</sup>         | 0,036             | <b>0,05</b>     | 0                    | 0,072  | -0,029 | 0,643           | -0,153               | 0,095  | 0,067            | 0,066           | -0,004               | 0,138  |
| Alder 46-55 år <sup>1</sup>         | 0,001             | 0,947           | -0,038               | 0,041  | 0,069  | 0,283           | -0,057               | 0,196  | 0,041            | 0,26            | -0,031               | 0,113  |
| Alder 56-65 år <sup>1</sup>         | 0,031             | 0,218           | -0,018               | 0,08   | -0,033 | 0,638           | -0,171               | 0,105  | -                | 1               | -0,078               | 0,078  |
| Alder 66-99 år <sup>1</sup>         | -0,098            | <b>0,009</b>    | -0,172               | -0,025 | -0,029 | 0,788           | -0,238               | 0,181  | 0,047            | 0,364           | -0,054               | 0,147  |
| Utdanning (1=høyere utdanning)      | 0,065             | <b>&lt;,001</b> | 0,04                 | 0,089  | 0,047  | 0,193           | -0,024               | 0,117  | 0,091            | <b>&lt;,001</b> | 0,055                | 0,128  |
| Inntekt (1=egen inntekt)            | 0,043             | <b>&lt;,001</b> | 0,018                | 0,067  | 0,049  | 0,203           | -0,027               | 0,125  | 0,045            | <b>0,014</b>    | 0,009                | 0,081  |
| Bosituasjon (1=bor alene)           | 0,035             | <b>0,006</b>    | 0,01                 | 0,06   | -0,001 | 0,983           | -0,066               | 0,064  | 0,017            | 0,343           | -0,018               | 0,053  |
| År med utfordringer (1=over fem år) | 0,034             | <b>0,012</b>    | 0,008                | 0,06   | 0,095  | <b>0,023</b>    | 0,013                | 0,177  | 0,062            | <b>0,002</b>    | 0,023                | 0,101  |
| Omfang utfordringer (1=store)       | -0,149            | <b>&lt;,001</b> | -0,173               | -0,125 | -0,193 | <b>&lt;,001</b> | -0,26                | -0,125 | -0,086           | <b>&lt;,001</b> | -0,125               | -0,047 |
| To diagnoser <sup>2</sup>           | -0,053            | <b>&lt;,001</b> | -0,082               | -0,024 | -0,16  | <b>0,001</b>    | -0,258               | -0,062 | -0,031           | 0,112           | -0,069               | 0,007  |
| Tre diagnoser <sup>2</sup>          | -0,061            | <b>&lt;,001</b> | -0,093               | -0,029 | -0,094 | 0,066           | -0,195               | 0,006  | -0,032           | 0,165           | -0,077               | 0,013  |
| Mer enn tre diagnoser <sup>2</sup>  | -0,069            | <b>&lt;,001</b> | -0,105               | -0,034 | -0,203 | <b>&lt;,001</b> | -0,299               | -0,107 | -0,011           | 0,699           | -0,067               | 0,045  |
| Kommunale helsetjenester            | -0,027            | <b>0,022</b>    | -0,049               | -0,004 | 0,016  | 0,64            | -0,052               | 0,084  | -0,003           | 0,845           | -0,036               | 0,029  |

|   |                               |                 |        |        |                             |                 |        |        |                              |                 |        |        |
|---|-------------------------------|-----------------|--------|--------|-----------------------------|-----------------|--------|--------|------------------------------|-----------------|--------|--------|
| Oppsøkende team (ACT, FACT e.l.)          | 0,034                         | 0,171           | -0,015 | 0,083  | 0,062                       | 0,318           | -0,06  | 0,184  | 0,031                        | 0,779           | -0,184 | 0,246  |
| Dagsenter/lavterskeltiltak                | 0,032                         | 0,224           | -0,02  | 0,084  | -0,005                      | 0,932           | -0,112 | 0,103  | 0,14                         | <b>0,011</b>    | 0,032  | 0,248  |
| Arbeidstiltak                             | 0,014                         | 0,442           | -0,022 | 0,05   | 0,014                       | 0,78            | -0,086 | 0,114  | -0,004                       | 0,897           | -0,063 | 0,056  |
| Innleggelse                               | 0,013                         | 0,394           | -0,017 | 0,043  | -0,136                      | <b>&lt;,001</b> | -0,208 | -0,064 | 0,073                        | <b>0,012</b>    | 0,016  | 0,13   |
| Koordineringstiltak                       | 0,12                          | <b>&lt;,001</b> | 0,092  | 0,149  | 0,15                        | <b>&lt;,001</b> | 0,083  | 0,217  | 0,043                        | 0,125           | -0,012 | 0,098  |
| Nylig avslutta behandling                 | -0,099                        | <b>&lt;,001</b> | -0,124 | -0,073 | -0,065                      | 0,121           | -0,147 | 0,017  | -0,12                        | <b>&lt;,001</b> | -0,161 | -0,08  |
| Behandling mindre enn 2 mnd. <sup>3</sup> | -0,116                        | <b>&lt;,001</b> | -0,149 | -0,083 | -0,205                      | <b>&lt;,001</b> | -0,298 | -0,113 | -0,215                       | <b>&lt;,001</b> | -0,305 | -0,125 |
| Behandling 3-6 mnd. <sup>3</sup>          | -0,075                        | <b>&lt;,001</b> | -0,1   | -0,049 | -0,062                      | 0,118           | -0,139 | 0,016  | -0,206                       | <b>&lt;,001</b> | -0,253 | -0,159 |
| Behandlerrelasjon                         | 1,02                          | <b>&lt;,001</b> | 1,005  | 1,035  | 0,979                       | <b>&lt;,001</b> | 0,936  | 1,022  | 1,076                        | <b>&lt;,001</b> | 1,05   | 1,103  |
| Region Sør-Øst <sup>4</sup>               | 0,03                          | <b>0,042</b>    | 0,001  | 0,059  | -0,045                      | 0,278           | -0,125 | 0,036  | -0,005                       | 0,821           | -0,044 | 0,035  |
| Region Midt-Norge <sup>4</sup>            | 0,009                         | 0,663           | -0,031 | 0,048  | 0,053                       | 0,407           | -0,072 | 0,178  | -0,061                       | <b>0,054</b>    | -0,123 | 0,001  |
| Region Nord <sup>4</sup>                  | 0,042                         | 0,052           | 0      | 0,084  | 0,021                       | 0,769           | -0,122 | 0,165  | 0,049                        | 0,175           | -0,022 | 0,12   |
|   | N= 18014/R <sup>2</sup> =0,54 |                 |        |        | N=2366/R <sup>2</sup> =0,54 |                 |        |        | N=6793/ R <sup>2</sup> =0,54 |                 |        |        |

<sup>1</sup> Sammenligningskategori = 18-24 år

<sup>2</sup> Sammenligningskategori = En diagnose

<sup>3</sup> Sammenligningskategori = Mer enn 6 måneder i behandling

<sup>4</sup> Sammenligningskategori = Region Vest

Den lineære regresjonsanalysen viser en del fellestrekk når det gjelder pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialister når det gjelder alt i alt tilfredshet med behandlingen. Dette gjelder at kvinner i større grad enn menn, er tilfreds med behandlingen. Videre er unge voksne mer tilfredse enn de aller yngste mens de aller eldste i psykisk helsevern er mindre tilfreds enn de yngste. Det å ha høyere utdanning og arbeidsinntekt (i motsetning til ytelse) har sammenheng med økt tilfredshet for disse to pasientgruppene, mens dette ikke slår ut blant pasienter i TSB.

Hos alle tre grupper viser analysen relativt stor betydning av at utfordringene er lettere/moderate (i motsetning til store utfordringer). Vi ser ulike effekter av bruk av andre tjenester, blant annet at pasienter i psykisk helsevern som har kommunale helsetjenester er mindre tilfredse enn de som ikke har. Det motsatte finner vi for lavterskeltiltak blant pasienter hos avtalespesialister. Å ha vært innlagt er negativt assosiert med tilfredshet samlet sett for pasienter i TSB og motsatt for pasienter hos avtalespesialister. Koordineringstiltak er positivt assosiert med tilfredshet for pasienter i TSB og avtalespesialister.

Pasienter med mer enn fem år med utfordringer er mer tilfredse med behandlingen enn pasienter som har hatt utfordringer kortere tid. Det samme gjelder pasienter som har vært mer enn seks måneder i behandling sammenlignet med de som har vært kortere tid i behandling. Som de andre regresjonsanalysene, viser også denne at behandlerrelasjon har størst betydning for tilfredshet.

Når det gjelder regionale forskjeller viser denne analysen i likhet med den forrige (jf. Tabell 12-2) at pasienter i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst er mer tilfreds med behandlingen enn pasienter i Helse Vest. Samtidig at pasienter hos avtalespesialist i Helse Midt er mindre tilfreds enn pasienter i Helse Vest.

## 12.4 Regresjonsanalyser for hele pasientpopulasjonen

I tillegg til separate regresjoner for hver av de tre pasientpopulasjonene, har vi kjørt regresjoner samlet for hele utvalget på de tre spørsmålene om tilfredshet og utbytte (om man opplever at behandlingen hjelper; om behandlingen gir tro på et bedre liv; og om man alt i alt er tilfreds med behandlingen). Dette for å gjøre en sammenligning mellom pasienter i de tre sektorene (psykisk helsevern, TSB og avtalespesialist) som kontrollerer for andre variabler. Vi har valgt å oppsummere resultatene her, men uten å presentere tabellene. Regresjonsanalysene bekrefter forskjellene mellom de tre pasientpopulasjonene som vises gjennomgående i rapporten – at pasienter hos avtalespesialist er mer tilfredse med behandlingen enn pasienter i psykisk helsevern og TSB, og at pasienter i TSB er mer tilfredse med behandlingen enn pasienter i psykisk helsevern.

## 12.5 Oppsummering – tilfredshet og utbytte med behandlingen

- Undersøkelsen viser at pasienter både i psykisk helsevern, i TSB og hos avtalespesialist generelt sett er relativt tilfredse med behandlingen de får eller har fått. Regresjonsanalyser av hele pasientpopulasjonen viser at pasienter hos avtalespesialist er mer tilfredse enn pasienter i psykisk helsevern og TSB, og at pasienter i TSB mer tilfreds enn pasienter i psykisk helsevern.
- Regresjonsanalysene viser at på tvers av tre tjenesteområdene er det en rekke variabler som har gjennomgående stor betydning for pasientenes opplevelse av behandlingen. Pasienter med store psykiske utfordringer opplever i mindre grad at behandlingen hjelper mot plagene. De har mindre tro på at behandlingen gir tro på et bedre liv, og de er mindre tilfredse med behandlingen alt i alt. Det samme gjelder pasienter med flere diagnoser i poliklinikk (ikke pasienter hos avtalespesialist).
- Lengde på behandlingen har også betydning for opplevelse av tilfredshet og utbytte på tvers av de tre tjenesteområdene, der mer enn seks måneders behandlingstid korrelerer positivt på samtlige spørsmål for pasienter i psykisk helsevern og hos avtalespesialist. Hos pasienter i TSB korrelerer også kortere behandlingstid når det gjelder tro på- og tilfredshet med behandlingen.
- Det er interessant at også koordineringstiltak – det å ha ett eller flere koordineringstiltak som IP, ansvarsgruppe og koordinator - har betydning utbytte av behandlingen, tro på et bedre liv og alt i alt tilfredshet med behandlingen. Dette gjelder på tvers av de tre tjenesteområdene på spørsmålet om behandlingen gir tro på et bedre liv mens for de to andre spørsmålene (utbytte av behandlingen og alt i alt tilfreds) gjelder det bare for poliklinikkpasientene.
- Det er også interessant at det å ha oppsøkende team (FACT, ACT el.l.) slår positivt ut for pasienter i psykisk helsevern både når det gjelder utbytte av behandlingen og tro på et bedre liv som følge av behandlingen. Videre at bruk av dagsenter/lavterskeltiltak slår positivt ut for pasienter hos avtalespesialist.
- Det som gjennomgående betyr aller mest for utbytte og tilfredshet med behandlingen er en god behandlerrelasjon. Dette gjelder på tvers av pasienter i alle tjenestene.

## 13 Oppsummering av resultater

Pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialister har det til felles at de får behandling for psykisk helse og /eller rusutfordringer i spesialisthelsetjenesten, men er ulike på en rekke viktige områder – noe som er et viktig «bakteppe» når man leser denne rapporten om hvordan de tre gruppene opplever behandlingstilbudet. Pasientpopulasjonene er ulike når det gjelder sentrale bakgrunnsvariabler, og det er store forskjeller når det gjelder diagnoser og omfang av utfordringer, med en mye større andel med lettere og moderate psykisk helse- og eller rusutfordringer blant pasienter hos avtalespesialist.

En svært viktig forskjell generelt sett er at pasienter hos avtalespesialist er lengre i behandling enn pasienter i offentlig poliklinikk. I vår undersøkelse har pasientene hos avtalespesialist også vært lengre tid i behandling enn poliklinikkpasienter på svartidspunktet. Dette betyr at for spørsmål om hvor fornøyd de er med behandlingen, kan noe av forskjellene mellom poliklinikkpasienter og pasienter hos avtalespesialist forklares med at mange av sistnevnte har vært lengre tid behandling når de svarte på undersøkelsen.

I det følgende oppsummeres funnene i resultatkapitlene, først med gjennomgang av det som skiller de tre pasientpopulasjonene når det gjelder demografi, behandling og omfang av utfordringer.

### **Demografi og behandling**

Populasjonene er ulike når det gjelder demografiske variabler - med en høyere andel kvinner i psykisk helsevern og hos avtalespesialister, og høyere andel menn i TSB. Forskjellen mellom kjønnene er størst blant avtalespesialistpasientene, der 74 prosent av deltakerne i undersøkelsen var kvinner (andelen kvinner i denne populasjonen var, ifølge Norsk pasientregister, 71 prosent). Gjennomsnittsalderen er vesentlig lavere blant pasienter i psykisk helsevern og TSB enn hos avtalespesialister. En større andel av pasientene hos avtalespesialist hadde høyere utdanning, og var i arbeid enn tilfellet var blant poliklinikkpasientene i psykisk helsevern og TSB. En svært viktig forskjell generelt sett er også at pasienter hos avtalespesialist i gjennomsnitt er vesentlig lengre i behandling enn pasienter i poliklinikk.

### **Diagnoser og omfang av utfordringer**

Flest pasienter i vår undersøkelse oppgir at de utredes eller behandles for depresjon eller angstlidelse blant pasientene i psykisk helsevern og hos avtalespesialist, dernest Post-traumatisk stresslidelse (PTSD) og Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD/ADD). Utenom rusmiddelavhengighet, oppgir også pasienter i TSB disse diagnosene hyppigst.

Det er størst andel blant pasientene i psykisk helsevern som svarer at de har store psykiske helseutfordringer (37 prosent), og færrest blant pasienter hos avtalespesialist (19 prosent). Det er også betydelig større andel pasienter i psykisk helsevern som svarer at de *for tiden* har dårlig, eller svært dårlig psykisk helse, sammenlignet med pasienter hos avtalespesialist. De fleste - mellom 75 og 81 prosent, oppgir at de har hatt psykisk helse og/eller rusutfordringer i mer enn fem år. Det er flest som oppgir store psykiske utfordringer i mer enn fem år blant de som utredes eller behandles for personlighetsforstyrrelse, tvangslidelser/fobier og autisme. Lavest andel med store og langvarige psykiske utfordringer finner vi blant pasienter med (eller som utredes for) angstlidelse, rusmiddelavhengighet, ADHD/ADD og depresjon.

Andel som oppgir middels, god eller svært god psykisk helse «for tiden» er høyest for pasienter hos avtalespesialister for alle diagnosegruppene, bortsett fra de rusrelaterte, og for schizofreni. Lavest andel som opplever sin psykiske helse som god «for tiden» er de samme gruppene der flest oppgir store psykiske utfordringer i mer enn fem år; pasienter som behandles eller utredes for personlighetsforstyrrelse, tvangslidelser/fobier og autisme. I tillegg finner vi spiseforstyrrelser i denne gruppen.

Det er høyere andel som svarer at de for tiden har god psykisk helse blant pasienter i psykisk helsevern enn blant pasienter i TSB av de som behandles eller utredes for bipolar lidelse, schizofreni eller tvangslidelser/fobier. Bildet er tilsvarende for pasienter i psykisk helsevern med rusrelaterte diagnoser i

den forstand at de rapporterer dårligere psykisk helse for tiden enn pasienter i TSB med rusrelaterte diagnoser.

### **Helsetjenestebruk ved ulike diagnoser og omfang av utfordringer**

Når det gjelder bruk av andre helsetjenester og tiltak er mønsteret ulikt mellom de tre gruppene, der pasienter hos avtalespesialist i betydelig mindre grad har kontakt med andre tjenester enn det som er tilfelle blant poliklinikkpasientene. Behovet for andre tjenester er mindre fordi dette er pasienter der en vesentlig større andel har lettere og moderate lidelser enn blant poliklinikkpasientene. Pasienter med store eller svært store psykiske utfordringer i mer enn fem år rapporterer vesentlig mer kontakt med ulike tjenester enn pasienter som oppgir lettere eller moderate utfordringer. Forskjellene er signifikante for de fleste tjenester. Unntaket er de tjenestene folk flest bruker, som for eksempel fastlege.

De siste årene har vi sett utvikling av oppsøkende team som ACT og FACT. Undersøkelsen viser at 6-7 prosent av pasienter i psykisk helsevern og TSB har kontakt med et oppsøkende team. Dette gjelder mindre enn en prosent blant pasienter hos avtalespesialist. I tillegg til personer som behandles eller utredes for rusmiddelavhengighet, er det størst andel av pasienter i de små diagnosegruppene som har kontakt med ulike kommunale tjenester – personer som behandles eller utredes for personlighetsforstyrrelse, tvangslidelser/fobier, autisme, psykose og schizofreni.

Andelen pasienter som svarer at de har behov for *mer eller bedre oppfølging* fra tjenesteapparatet samlet sett er høyest blant pasienter i psykisk helsevern (31 prosent) og lavest blant pasienter hos avtalespesialist (21 prosent). Behovet for mer eller bedre oppfølging fra tjenesteapparatet knytter seg til omfang av psykiske utfordringer, et større behov hos de yngste pasientene, og blant de som har hatt innleggelse siste året. Behov for mer eller bedre oppfølging blant pasienter i psykisk helsevern som nylig har avslutta en behandlingsperiode (i poliklinikk), kan tyde på for dårlig oppfølging etter endt behandling. God behandlerrelasjon og koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe, koordinator) er assosiert med et lavere behov for mer eller bedre oppfølging av tjenesteapparatet samlet sett.

### **Videokonsultasjon i behandlingen**

Pandemien bidro til en vesentlig økning i bruk av videokonsultasjon i helsetjenestene, ikke minst innen psykisk helsevern. Ifølge tall fra Samdata for 2022 utgjorde telefon- og videokontakter en fjerdedel av den polikliniske virksomheten (Helsedirektoratet, 2023b).

Resultatene fra vår undersøkelse tyder på at bruk av videokonsultasjon i behandlingen er mer vanlig hos avtalespesialister enn i poliklinikk. Her oppgir 26 prosent av pasientene at de har fått det mens andelen er 18 prosent blant pasienter i psykisk helsevern og 15 prosent i TSB. Vi vet imidlertid ikke hvor mange videokonsultasjoner det dreier seg om, det kan være avgrenset til en enkelt konsultasjon. Samlet sett for det totale utvalget er det høyest andel som får videokonsultasjon blant pasienter som behandles eller utredes for tvangslidelse/fobier (26 prosent), og lavest andel blant personer som behandles eller utredes for schizofreni og psykose (17 prosent) og rusmiddelavhengighet (15 prosent).

På tvers av de tre tjenestene avtar sannsynligheten for å motta videokonsultasjon med alder, og øker med utdanningsnivå og lengde på behandling, og har sammenheng med god behandlerrelasjon. Om lag halvparten av pasientene er i stor eller svært stor grad fornøyd med videokonsultasjon. I psykisk helsevern er de yngste (18-24 år) mindre fornøyd med videokonsultasjon enn flere av de eldre aldersgruppene mens blant pasienter hos avtalespesialist er voksne og eldre mindre fornøyd enn de aller yngste. Mens relasjon til behandler (behandlerrelasjon/terapeutisk relasjon) har en relativt svak sammenheng med det å få videokonsultasjon, har det en sterk sammenheng med hvor fornøyd man er med videokonsultasjon i behandling.

### **Kvalitetsmål i nasjonalt pasientforløp**

Mål om brukermedvirkning, sammenhengende og koordinert pasientforløp, og oppfølging av somatisk helse og levevaner i forløpet er generelle kvalitetsmål i det nasjonale pasientforløpet. Når de gjelder brukermedvirkning tyder undersøkelsen på at pasienter i TSB opplever mer medvirkning enn de to andre gruppene. Eksempelvis svarer 46 prosent pasienter i TSB at de har en behandlingsplan mens 35 prosent av pasientene i psykisk helsevern og 21 prosent blant pasienter hos avtalespesialist svarer dette. Svarene fra pasienter hos avtalespesialist kan tyde på mindre ønske eller forventning om medvirkning ved at de i større grad svarer «ikke aktuelt» - for eksempel gjelder det om de har en behandlingsplan, og ønske om involvering i utvikling av behandlingsplan. Derimot har en vesentlig større andel hos avtalespesialist fått informasjon om de behandlingsmulighetene som fins sammenlignet med poliklinikkpasientene. Det at en mye høyere andel pasienter hos avtalespesialister ikke synes det er relevant for dem å bestemme over medisiner, kan skyldes at medisiner er mindre aktuelt for dem enn hos poliklinikkutvalget ettersom en større andel har lettere psykiske utfordringer.

I alle tre gruppene tyder regresjonsanalyse på at *behovstilpasset behandling* er mer sannsynlig når det gjelder pasienter med lettere/moderate psykiske utfordringer, og blant pasienter som har vært en stund i behandlingen. Sannsynligheten for å ha en behandlingsplan er vesentlig større for pasienter med koordineringstiltak, og for pasienter i psykisk helsevern kan det også knyttes til kontakt med oppsøkende team. Den viktigste faktoren for behovstilpasset behandling er en god behandlerrelasjon, som korrelerer sterkt i alle tre grupper.

Også når det gjelder sannsynlighet for å ha en *behandlingsplan* finner vi en sterk positiv sammenheng med koordineringstiltak hos pasienter i poliklinikk, mens dette har en negativ sammenheng for pasienter hos avtalespesialist. For pasienter i psykisk helsevern knyttes det til pasienter som har vært en stund i behandling mens hos avtalespesialister er det omvendt, og knyttes i større grad til pasienter som har kortere tid i behandling. En god behandlerrelasjon har stor betydning når det gjelder pasienter i poliklinikk, men er ikke signifikant for pasienter hos avtalespesialist.

Koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og koordinator) oppgis av en større andel pasienter i TSB enn i de andre gruppene. Sannsynlighet for koordineringstiltak korrelerer blant annet med mer bruk av en rekke tjenester for alle gruppene (f.eks. kommunale helsetjenester, oppsøkende team, dagsenter/lavterskeltiltak). Svarene fra pasienter i TSB tyder også på at behandler i større grad involverer og samarbeider med pårørende, og at pasientene er mer fornøyde med samarbeidet.

Når det gjelder oppfølging av somatisk helse er det er en relativt høy andel av pasientene med dårlig eller svært dårlig fysisk helse som svarer at fastlegen ikke er godt nok involvert.

### **Behandlerrelasjon**

Behandlerrelasjon – eller terapeutisk relasjon, regnes som kjernen i psykologisk behandling, både fra pasientens perspektiv og fra kliniske perspektiv (Catty, 2004; Marchi et al., 2023; Wampold, 2001). Denne undersøkelsen viser at godt over 80 prosent svarer at de opplever å ha en ærlig relasjon med behandler, og at de er åpne med hverandre, og godt over 70 prosent oppgir at de sammen med behandler jobber mot samme mål. Tilfredshet med behandlerrelasjon er svært høy hos alle tre gruppene, og signifikant høyest blant pasienter hos avtalespesialist. Pasienter som behandles eller utredes for PTSD, bipolar lidelse, depresjon eller angstlidelse er mest fornøyd med sin behandlerrelasjon, mens pasienter som behandles eller utredes for personlighetsforstyrrelse, psykose, autisme og schizofreni er minst fornøyd.

God behandlerrelasjon er sterkere for pasienter med lettere/ moderate psykiske utfordringer enn for tyngre lidelser, og knytter seg til en rekke bakgrunnsvariabler (kjønn, alder, utdanning, inntekt og bosituasjon – litt ulikt for de tre gruppene). Videre knyttes god behandlerrelasjon til det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe, koordinator), og til behandlingens lengde.



### ***Kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet***

Kontinuitet i behandlingen regnes som grunnleggende for helhetlig helsehjelp, og innebærer at behandlingen er godt koordinert over tid - både mellom tjenester, og internt i tjenesten, og i tråd med pasientens behov (Stephen Puntis et al., 2015). Undersøkelsen inkluderte tolv spørsmål om opplevelse av kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet de siste tolv måneder.

Det at pasienter hos avtalespesialister opplever kontinuiteten i samlet tjenestetilbud som bedre enn poliklinikkpasientene må sees i sammenheng med at de har vesentlig mindre kontakt med andre tjenester enn tilfellet er blant poliklinikkpasientene. Det som alle tre pasientgruppene skårer dårligst er muligheten for å velge mellom ulike typer behandling, og det å ha tilgang til tjenestetilbud på kveldstid og helg. Av de ulike diagnosegruppene skårer pasienter som behandles eller utredes for schizofreni, bipolar lidelse og psykose kontinuitet høyest mens pasienter som behandles eller utredes for personlighetsforstyrrelse og autisme rangerer sin opplevelse av kontinuitet lavest av pasientene totalt sett.

Pasientene som opplever god kontinuitet, har i større grad lettere/ moderate psykiske utfordringer. De som har kommunale helsetjenester, opplever mindre kontinuitet i det samlede tjenestetilbudet. Det å ha koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og koordinator) knyttes i sterk grad til opplevelse av god kontinuitet for alle tre grupper, noe som kan tyde på at denne type tiltak virker etter hensikten. Også når det gjelder kontinuitet viser analysen stor betydning av god behandlerrelasjon.

### ***Tilfredshet og utbytte av behandlingen***

Undersøkelsen tyder på at pasienter både i psykisk helsevern, i TSB og hos avtalespesialist generelt sett er relativt tilfredse med behandlingen de får eller har fått. Pasienter hos avtalespesialist opplever større utbytte, har større tro på at behandlingen gir et bedre liv, og er alt i alt mer tilfredse enn pasienter i psykisk helsevern og TSB. Blant pasienter i poliklinikkene er pasienter i TSB mer tilfredse enn pasienter i psykisk helsevern.

Pasienter som behandles eller utredes for bipolar lidelse, PTSD og/eller rusmiddelavhengighet opplever større utbytte og tilfredshet enn pasienter som har svart andre diagnosekategorier, mens personer med personlighetsforstyrrelse, autisme, psykose og schizofreni er minst tilfredse med behandlingen.

På tvers av de tre tjenesteområdene er det en rekke variabler som har gjennomgående stor betydning for pasientenes opplevelse av utbytte og tilfredshet. Pasienter med store psykiske utfordringer opplever i mindre grad at behandlingen hjelper mot plagene, i mindre grad tro på et bedre liv, og de er mindre tilfredse med behandlingen alt i alt. Det samme gjelder pasienter med flere diagnoser i poliklinikk (ikke pasienter hos avtalespesialist). Behandlingslengde har betydning for opplevelse av tilfredshet og utbytte for alle tre gruppene.

Det å ha ett eller flere koordineringstiltak (IP, ansvarsgruppe og koordinator) har stor betydning for tilfredshet og utbytte for poliklinikkpasientene. Pasienter hos avtalespesialist har vesentlig mindre kontakt med andre tjenester enn poliklinikkpasientene, og følgelig i vesentlig mindre grad koordineringstiltak. Det er også interessant at det å ha oppsøkende team (FACT, ACT el.l.) slår positivt ut for pasienter i psykisk helsevern.

Det som gjennomgående betyr aller mest for utbytte av, og tilfredshet med behandlingen, er å ha en god behandlerrelasjon – noe som gjelder på tvers av pasienter i psykisk helsevern, TSB og hos avtalespesialist.



## 14 Litteratur

- AHRQ. (2022). *CAHPS Mental Health Care Surveys*. Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved 20 November 2023 from <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/echo/index.html>
- Black, N., Burke, L., Forrest, C. B., Sieberer, U. H., Ahmed, S., Valderas, J. M., Bartlett, S. J., & Alonso, J. (2016). Patient-reported outcomes: pathways to better health, better services, and better societies. *Qual Life Res*, 25(5), 1103-1112. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1168-3>
- Braun, M. T., & Oswald, F. L. (2011). Exploratory regression analysis: A tool for selecting models and determining predictor importance. *Behavior Research Methods*, 43(2), 331-339. <https://doi.org/10.3758/s13428-010-0046-8>
- Catty, J. (2004). 'The vehicle of success': Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(2), 255-272. <https://doi.org/https://doi.org/10.1348/147608304323112528>
- Catty, J., Cowan, N., Poole, Z., Clement, S., Ellis, G., Geyer, C., Lissouba, P., Molodynski, A., White, S., & Burns, T. (2013). Continuity of care for people with non-psychotic disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 18-27. <https://doi.org/10.1177/0020764011421442>
- Engström, I., Hansson, L., Ali, L., Berg, J., Ekstedt, M., Engström, S., Fredriksson, M. K., Liliemark, J., & Lytsy, P. (2023). Relational continuity may give better clinical outcomes in patients with serious mental illness – a systematic review. *BMC Psychiatry*, 23(1), 952. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05440-1>
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2022). *Norway: Health System Summary*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X. Y., Baumstarck, K., Lançon, C., Berna, F., Schurhoff, F., Aouizerate, B., Henry, C., Etain, B., Samalin, L., Leboyer, M., Llorca, P. M., Coldefy, M., Auquier, P., & Boyer, L. (2020). Measuring the Patient Experience of Mental Health Care: A Systematic and Critical Review of Patient-Reported Experience Measures. *Patient Prefer Adherence*, 14, 2147-2161. <https://doi.org/10.2147/ppa.S255264>
- FHI. (2023a). *Kontinuerlige elektroniske målinger av brukererfaringer i psykisk helsevern (PHV)*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 18. november from <https://www.fhi.no/ku/studier/kontinuerlige-elektroniske-malinger-av-brukererfaringer-i-psykisk-helsevern/>
- FHI. (2023b). *Pasienterfaringer - et viktig mål på kvalitet i helsetjenestene*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 20 November 2023 from <https://www.fhi.no/ku/brukererfaringer/pasienterfaringer-en-viktig-del-av-kvaliteten-pa-helsetjenester/>
- Finnsen, J. T. m. (2021). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>
- Gordon, R. A. (2015). *Regression analysis for the social sciences*. Routledge.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9ed416ab2b62646d/no/pdfs/forenkle-og-forbedre-rapport.pdf>
- Helsedirektoratet. (2022a, 8. september 2022). *Fra pakkeforløp til Nasjonale pasientforløp*. Retrieved 22. desember 2023 from <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/fra-pakkeforlop-til-nasjonale-pasientforlop>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Psykiske lidelser - voksne. Nasjonalt pasientforløp*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/om-forlopet>
- Helsedirektoratet. (2022c). *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2023a, 4. januar 2023). *Hva er nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus?* Helsedirektoratet. Retrieved 10. januar 2024 from .

- Helsedirektoratet. (2023b). *Psykisk helsevern for voksne: Nedgang i polikliniske kontakter siste år [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Retrieved 28. januar 2024 from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/nedgang-i-polikliniske-kontakter-i-psykisk-helsevern-for-voksne-siste-ar>
- Holmboe, O., & Sjetne, I. S. (2022). Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021. Nasjonale resultater. *PasOpp-rapport*.
- Hustvedt, I. B., Bosnic, H., & Håland, M. E. (2021). *BRUKERPLAN – ÅRSRAPPORT 2020. Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester*. <https://www.helse-stavanger.no/4afc13/contentassets/4dbb8f6d065848a3b43130eb61ce4ca2/brukerplan-arsrapport-2020-digital.pdf>
- Ishaque, S., Karnon, J., Chen, G., Nair, R., & Salter, A. B. (2019). A systematic review of randomised controlled trials evaluating the use of patient-reported outcome measures (PROMs). *Quality of Life Research*, 28(3), 567-592. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2016-z>
- Krogsgaard, M. R., Brodersen, J., Christensen, K. B., Siersma, V., Kreiner, S., Jensen, J., Hansen, C. F., & Comins, J. D. (2021). What is a PROM and why do we need it? *Scand J Med Sci Sports*, 31(5), 967-971. <https://doi.org/10.1111/sms.13892>
- Langhammer, A., Krokstad, S., Romundstad, P., Heggland, J., & Holmen, J. (2012). The HUNT study: participation is associated with survival and depends on socioeconomic status, diseases and symptoms. *BMC Med Res Methodol*, 12, 143. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-143>
- Loranger, C., & Fleury, M.-J. (2020). Factors Associated with Perceived Continuity of Care Among Patients Suffering from Mental Disorders. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 670-679. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00528-z>
- Marchi, M., Venturi, G., Visentini, C., Pinelli, M., Priebe, S., & Galeazzi, G. M. (2023). The therapeutic relationship in community mental health services: a systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02581-2>
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychol Med*, 37(1), 85-95. <https://doi.org/10.1017/s0033291706009299>
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Nes, R., Hansen, T., Barstad, A., Vittersø, J., Carlquist, E., & Røysamb, E. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem* (IS-2727, Issue).
- Norman, R., Bjertnæs, Ø., Danielsen, K., & Holmboe, O. (2022). Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022. (PasOpp-rapport 2022: 566). In: Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NOU. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse-og omsorgstjeneste*. Helse-og omsorgsdepartementet Oslo
- Ose, S. O., & Kaspersen, S. L. (2023). *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (8214077192). (SINTEF-rapport 2023:01333, Issue).
- Ose, S. O., & Pettersen, I. (2014). *Polikliniske pasienter i TSB*. <http://hdl.handle.net/11250/2501193>
- Ose, S. O., Ådnes, M., & Pettersen, I. (2014a). Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013. <http://hdl.handle.net/11250/2500494>
- Ose, S. O., Ådnes, M., & Pettersen, I. (2014b). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013*. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/pasientkartlegging/rapport-a26337-poliklinidkr-pasienter-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2013.pdf>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Rose, D., Sweeney, A., Leese, M., Clement, S., Jones, I. R., Burns, T., Catty, J., & Wykes, T. (2009). Developing a user-generated measure of continuity of care: brief report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 320-324. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01296.x>
- Skudal, K. E., & Holmboe, O. (2019). Resultater fra nasjonal brukererfaringundersøkelse blant foresatte til barn og unge innen psykisk helsevern (BUP) i 2017. *PasOpp-rapport*.



- Smith, W. G. (2008). Does gender influence online survey participation? A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. *Online submission*.
- Stephen Puntis, B.Sc. , Jorun Rugkåsa, Cand.Polit. , Ph.D. , Alexandra Forrest, B.Sc. , M.Sc. , Amy Mitchell, B.Sc. , M.Sc. , & Tom Burns, M.D. , D.Sc. (2015). Associations Between Continuity of Care and Patient Outcomes in Mental Health Care: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 66(4), 354-363. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400178>
- Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A., & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ådnanes, M., Høiseth, J., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Rapport 2*. (ISBN 978-82-14-06486-5). [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2\\_pakkeforlop\\_1.3.2021\\_signert.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf)
- Ådnanes, M., Kalseth, J., Ose, S. O., Ruud, T., Rugkåsa, J., & Puntis, S. (2019). Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. *Quality of Life Research*, 28(3), 713-724. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2039-5>
- Ådnanes, M., Kaspersen, S., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus-fagfolks erfaringer første året* (8214063019). <https://hdl.handle.net/11250/2719242>
- Ådnanes, M., & Steihaug, S. (2016). "You Never Know What Happens Next" - Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. *Int J Integr Care*, 16(3), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.2435>



## **Vedlegg**

Spørreskjema

Det tar ca. 15 minutter å fylle ut skjemaet. Du kan lagre underveis dersom du ikke ønsker å fullføre skjemaet med én gang (gå helt nederst i skjemaet for å lagre). Ikke lukk nettleseren før du har lagret eller levert inn skjemaet. Husk å trykke "Levere skjema" når du har gått gjennom spørsmålene.

## Helsetjenestebruk

### Er du for tiden i behandling, eller har du nylig avsluttet behandling i poliklinikk innen psykisk helsevern eller rusbehandling?

#### *Psykiske helseutfordringer*

Er i behandling  
Nylig avsluttet behandling  
Ikke aktuelt

#### *Rusmiddelproblemer*

Er i behandling  
Nylig avsluttet behandling  
Ikke aktuelt

### **Avbrøt du behandlingen i psykisk helsevern tidligere enn planlagt?**

Ja  
Nei

### **Avbrøt du behandlingen i rusbehandling tidligere enn planlagt?**

Ja  
Nei

### **Gi gjerne en kort beskrivelse av hvorfor du avbrøt behandlingen**

#### **Hvor lenge har behandlingen du mottar nå pågått?**

Mindre enn 1 mnd  
1-2 mnd  
3-6 mnd  
Mer enn 6 mnd

#### **Omtrent hvor mange ganger har du hatt kontakt med behandleren din i denne behandlingsperioden?**

1 gang  
2 ganger  
3-5 ganger  
Mer enn 5 ganger

#### **Hvor lenge varte behandlingen du mottok sist?**

Mindre enn 1 mnd  
1-2 mnd  
3-6 mnd  
Mer enn 6 mnd

**Har du mottatt behandling fra én eller flere behandlere i siste behandlingsperiode?**

- En behandler
- Flere behandlere

**Dersom du har hatt behandling både i psykisk helsevern og i rusbehandling skal du kun svare for én av behandlingene. Velg den du ønsker å svare for i resten av undersøkelsen.**

- Psykisk helsevern
- Rusbehandling

**Har du mottatt behandling via videokonsultasjon i forbindelse med det polikliniske behandlingstilbudet?**

- Ja
- Nei

**Alt i alt, er du fornøyd med behandlingen på skjerm?**

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

## Spørsmål om behandlingen

### Om informasjon

**Fikk du god nok informasjon om innholdet i behandlingsopplegget ved oppstart?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

**Fikk du informasjon om tidsplanen i behandlingsopplegget?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

**Har du fått god nok informasjon om dine plager/din diagnose?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

**Har du fått god nok informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes for deg?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

**Har du fått informasjon om hva pakkeforløp eller nasjonalt pasientforløp er?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

## Om utbytte av behandlingen

**Synes du at behandlingen hjelper deg med plagene dine?**

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**Gir behandlingen deg tro på et bedre liv?**

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**Er du alt i alt tilfreds med behandlingen?**

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

## Om medvirkning i behandling

**Har du en behandlingsplan?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**Deltok du aktivt i utvikling av behandlingsplanen?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**Skulle du ønske du var mer involvert i utvikling av behandlingsplanen?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**Synes du at behandlingen tilpasses deg og dine behov?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

**Har du og behandler snakket om behov for endringer i behandlingsopplegget underveis?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

**Har du vært med å bestemme over valg av medisiner i behandlingen?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

**Har du gitt tilbakemelding på behandlingen underveis?**

- Ja, muntlig
- Ja, via papirskjema
- Nei
- Ønsker ikke å gi tilbakemelding

## Om familie og venner

**Hvordan er ditt forhold til:**

### *Familie*

- Svært bra
- Ganske bra
- Ganske dårlig
- Svært dårlig
- Ikke relevant

### *Venner*

- Familie
- Svært bra
- Ganske bra
- Ganske dårlig
- Svært dårlig
- Ikke relevant

**Har behandler snakket med deg om å informere eller involvere dine pårørende og ditt nettverk?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**Ønsker du at behandler samarbeider med den eller de som er dine pårørende?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**Opplever du at behandler samarbeider godt nok med dine pårørende?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke



## Din relasjon til behandler

I de følgende spørsmålene ber vi deg tenke på behandleren din i pågående eller siste behandlingsperiode. Hvis flere behandlere har vært involvert, gi en vurdering av den behandleren du har hatt mest tid med.

**Min behandler snakker med meg om mine personlige mål og tanker om behandling**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Behandleren min og jeg er åpne med hverandre**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Min behandler og jeg har et tillitsfullt forhold**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Jeg tror at min behandleren holder tilbake sannheten for meg (ikke er helt ærlig)**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Min behandler og jeg har en ærlig relasjon**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Min behandler og jeg arbeider mot mål vi er blitt enige om**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Min behandler er lite forståelsesfull når jeg snakker om ting som er viktig for meg og min situasjon**

Aldri  
Sjelden  
Av og til

Ofte  
Alltid

**Min behandler og jeg har kommet frem til en forståelse av hva slags endringer som vil være bra for meg**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Min behandler er utålmodig med meg**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Min behandler ser ut til å like meg uansett hva jeg gjør eller sier**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Vi er enige om hva som er viktig for meg å arbeide med**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

**Jeg tror at min behandler forstår hva mine erfaringer har betydd for meg**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte  
Alltid

## **Samarbeid og koordinering**

**Opplever du at fastlegen har vært godt nok involvert?**

Aldri  
Sjelden  
Av og til  
Ofte

**Har du fått spørsmål om din fysiske helse i løpet av den polikliniske behandlingen?**

Ja  
Nei  
Av og til  
Ofte

**Har du fått spørsmål om dine levevaner i løpet av den polikliniske behandlingen?**

Ja  
Nei  
Av og til  
Ofte

**Har du de siste 12 måneder hatt kontakt med noen av følgende tjenester? (du kan sette flere kryss)**

Fastlege  
Psykolog eller psykiater som du betaler fullt selv  
Psykolog i kommunen  
Oppsøkende team (f.eks. ACT, FACT eller lignende)  
Andre kommunale psykiske helsetjenester  
Kommunale rustjenester  
Hjemmesykepleie  
Dagsenter eller annet lavterskeltiltak  
Støttekontakt  
Fysioterapeut, ergoterapi eller lignende  
Arbeids- eller opplæringstiltak  
NAV – økonomi / bolig  
Hjelpetelefon, chat eller liknende  
Innleggelse i sykehus  
Har ikke kontakt med andre helsetjenester

Innleggelse psykisk helsevern  
Innleggelse rusbehandling  
Innleggelse fysisk sykdom  
Har ikke kontakt med andre helsetjeneste

**Synes du at du har fått tilstrekkelig behandling i poliklinikk?**

Ja  
Nei  
Vet ikke

**Er du fornøyd med oppfølgingen du får fra tjenestene du er i kontakt med?**

Ja, jeg er stort sett fornøyd  
Nei, jeg har behov for mer oppfølging  
Nei, jeg har behov for bedre oppfølging

**Opplever du at behandler i poliklinikken samarbeider godt nok med andre involverte helsetjenester?**

Ja  
Nei  
Vet ikke  
Ikke relevant

**Har du en individuell plan (IP)?**

Ja  
Nei, ikke relevant  
Nei, ønsker ikke  
Vet ikke  
Nei, har ikke fått tilbud

**Har du en koordinator, det vil si en person i tjenestene som koordinerer hjelpen du mottar?**

- Ja
- Nei, ikke relevant
- Nei, ønsker ikke
- Vet ikke
- Nei, har ikke fått tilbud

**Ansvarsgruppe Har du en ansvarsgruppe der du deltar på møter med de som hjelper deg?**

- Ja
- Nei, ikke relevant
- Nei, ønsker ikke
- Vet ikke
- Nei, har ikke fått tilbud

**Har du de siste 12 månedene hatt en kriseplan eller et system på plass for krisehåndtering (dersom det skulle oppstå en krise for deg)?**

- Ja
- Nei, ikke relevant
- Nei, ønsker ikke
- Vet ikke
- Nei, har ikke fått tilbud

**Har du de siste 12 månedene hatt enkel tilgang til tjenestetilbud når du har hatt behov for det?**

- Helt klart
- Stort sett
- Noen ganger
- Delvis
- Helt klart ikke
- Uaktuelt/ikke behov

**Har du de siste 12 månedene fått alle de tjenestene du føler at du trenger?**

- Helt klart
- Stort sett
- Noen ganger
- Delvis
- Helt klart ikke
- Uaktuelt/ ikke behov

**Har du de siste 12 månedene hatt muligheten til å velge mellom ulike typer behandling?**

- Helt klart
- Stort sett
- Noen ganger
- Delvis
- Helt klart ikke
- Uaktuelt/ ikke behov

**Har du de siste 12 månedene måttet vente lenge på å motta tjenestetilbud?**

- Helt klart
- Stort sett
- Noen ganger
- Delvis
- Helt klart ikke
- Uaktuelt/ ikke behov



**Har du de siste 12 månedene hatt tilgang til støtte og hjelp fra tjenestetilbud på kveldstid og helg?**

Helt klart  
Stort sett  
Noen ganger  
Delvis  
Helt klart ikke  
Uaktuelt/ ikke behov

**Har det de siste 12 månedene vært hyppig bytte av helsepersonell involvert i oppfølging av deg?**

Helt klart  
Stort sett  
Noen ganger  
Delvis  
Helt klart ikke  
Uaktuelt/ ikke behov

**Har du de siste 12 månedene fått den informasjonen du trenger fra behandler eller annet helsepersonell?**

Helt klart  
Stort sett  
Noen ganger  
Delvis  
Helt klart ikke  
Uaktuelt/ ikke behov

**De siste 12 månedene, har tjenestetilbudet endret seg for å tilpasses dine behov?**

Helt klart  
Stort sett  
Noen ganger  
Delvis  
Helt klart ikke  
Uaktuelt/ ikke behov

**Har tilbudet du har mottatt de siste 12 månedene hjulpet deg å gjøre framskritt?**

Helt klart  
Stort sett  
Noen ganger  
Delvis  
Helt klart ikke  
Uaktuelt/ ikke behov

**Har du de siste 12 månedene hatt inntrykk av at helsepersonell som er involvert i oppfølging og behandling av deg kommuniserer med hverandre (om din sak)?**

Helt klart  
Stort sett  
Noen ganger  
Delvis  
Helt klart ikke  
Uaktuelt/ ikke behov



**Har du de siste 12 månedene hatt støtte fra andre personer (venner eller bekjente) som har opplevd lignende helseutfordringer som deg?**

- Helt klart
- Stort sett
- Noen ganger
- Delvis
- Helt klart ikke
- Uaktuelt/ ikke behov

**Har du de siste 12 månedene vært nødt til å fortelle "livshistorien" din til nytt helsepersonell?**

- Svært ofte
- Ofte
- Noen ganger
- Sjelden
- Aldri

## Livskvalitet og helse

**Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?**

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?**

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**Hvordan er din psykiske helse for tiden?**

- Svært god
- God
- Middels
- Dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

**Hvordan er din fysiske helse for tiden?**

- Svært god
- God
- Middels
- Dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

**Opplever du at helseproblemene dine går ut over daglige aktiviteter?**

- Ja, mye
- Ja, til en viss grad
- Nei
- Vet ikke



**Hva er du i utredning eller behandling for?** (du kan sette flere kryss)

Depresjon  
Angstlidelse  
Bipolar lidelse/Mani/Hypomani  
Schizofreni/Schizotyp lidelse/Paranoide lidelser  
Psykose  
Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)  
Spiseforstyrrelser  
Tvangslidelser/Fobier  
Personlighetsforstyrrelse  
Skadelig bruk av rusmidler  
Rusmiddelavhengighet  
Avhengighet (ikke rusrelatert)  
Autisme  
Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD/ADD)  
Annen diagnose  
Vet ikke

**Annen diagnose, hva?**

**Vet ikke diagnose**

Nei  
Ja

**Hvordan vil du beskrive dine utfordringer når det gjelder psykisk helse og/eller rus?**

*Psykiske utfordringer*

Lettere  
Moderate  
Store  
Ikke relevant

**Hvor mange år har du hatt psykiske utfordringer?**

Mindre enn 1 år  
1-2 år  
2-5 år  
Mer enn 5 år

*Rusmiddelproblemer*

Lettere  
Moderate  
Store  
Ikke relevant

**Hvor mange år har du hatt rusmiddelproblemer?**

Mindre enn 1 år  
1-2 år  
2-5 år  
Mer enn 5 år

## Bakgrunn

### Kjønn

Kvinne

Mann

Annet

Vet ikke

Ønsker ikke svare

### Kjønnsvariabel fra NPR

Mann

Kvinne

### Hvilket årstall ble du født?

År

### Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Grunnskole

Videregående skole

Høyere utdanning

### Er du under utdanning nå?

Ja

Nei

### Hva er din hovedinntektskilde per i dag (mer enn halvparten av total inntekt)?

Inntekt av eget arbeid

Alderspensjon eller uføretrygd

Annen type trygd, sykepenger eller sosialstønad

Studielån/stipend

Annet

### Bor du alene eller sammen med noen?

Alene

Med barn (uten ektefelle/samboer)

Med ektefelle/samboer (uten barn)

Med ektefelle/samboer og barn

Med foreldre

Med venner/kollektiv

Annet





SINTEF