



# Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser

Rapportens tittel: Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser.

Utgitt: Mai 2015

Ansvarlig utgiver: Helsedirektoratet v/helsedirektør Bjørn Guldvog

Redaktør: Birgitte Kalseth, Avdeling økonomi og analyse

Redaksjonsgruppe: Beate Huseby, Per Bernhard Pedersen, Anette Mjelde, Gitte Huus.

Bidragstere: Helsedirektoratet:  
Birgitte Kalseth, Per Bernhard Pedersen, Ragnild Bremnes, Thor Hallgeir Johansen, Gun-Mette Brandsnes Røsand, Pål Kristian Molin, Kaja Cecilie Sillerud, Ann Nordal, Wenche Øiestad, Freja Ulvestad Kärki, Martin Sjøly, Katarina Poleszynski, Åste Herheim.

Eksterne:  
Jorid Kalseth (SINTEF Teknologi og Samfunn).  
Anita Johanna Tørmoen, Erlend Mork, Ping Qin, Lars Mehlum (Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging).  
Arnulf Kolstad (Høgskolen i Nesna).

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling økonomi og analyse

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12C, Trondheim  
Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Publikasjonsnummer: IS-2314

Grafisk design: Andvord Grafisk AS

Trykkeri: Andvord Grafisk AS

# FORORD

Rapporten «*Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*» inngår i Helsedirektoratets rapportserie om utviklingstrekk og utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet har et ansvar for å følge opp helsepolitiske målsettinger på psykisk helse-feltet. Dette inkluderer oversikt over utviklingen i helsetjenesten og andre tjenester som er viktige for forebygging, behandling og oppfølging av psykiske vansker og lidelser.

Psykiske lidelser er et omfattende helseproblem i de fleste land. Med god hjelp kan mange vansker og lidelser reverseres eller man kan forhindre at tilstanden forverres slik at man kan leve et godt liv selv med kronisk sykdom. Økonomisk og kulturell utvikling, samt tilgang til gode metoder for behandling og rehabilitering, setter viktige rammebetingelser for tjenesteutviklingen i Norge og andre land. De fleste europeiske land har vært, eller er i reformprosesser for å bygge ut lokalbaserte tjenester innen psykisk helse og i større grad integrere psykisk helse i primærhelsetjenesten. Vi deler felles mål om at alle mennesker skal ha rett til gode, virksomme og pasientsentrerte helsetjenester med god tilgjengelighet, og at ingen skal bo mesteparten av sitt liv i institusjoner avsondret fra sitt lokalsamfunn.

Verdens helseorganisasjon (WHO), OECD og EU har de siste tiårene økt innsatsen for å få bedre kunnskap om forekomst av psykiske lidelser, tilgjengelighet til og kvalitet på tjenester, og ressursinnsats. En viktig del av dette er å utvikle gode modeller for organisering og finansiering av tjenestene. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet innen psykisk helse har i tillegg fått en stadig viktigere plass.

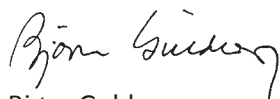
Vi ser at det stadig oftere kommer internasjonale sammenligninger hvor helsetilbudet i Norge blir vurdert opp mot andre land. Skal slike sammenligninger bidra som grunnlag for utviklingen av vårt eget helsesystem må vi kunne stole på resultatene og at de forhold som sammenlignes er gode indikatorer på det som ønskes målt.

Med denne rapporten ønsker vi å se psykisk helse og psykisk helsetjeneste i Norge innenfor rammen av en internasjonal kontekst, både når det gjelder utvikling i tjenestene og hvordan vi plasserer oss i internasjonale sammenligninger.

Norge er et av verdens rikeste land og kan forventes å ha gode og tilgjengelige tjenestetilbud. Opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1998 til 2008 var et viktig løft for tilbudet av lokalbaserte tjenester, både gjennom oppbygging av kommunale tilbud og gjennom økt tilgang på spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Likevel gjenstår det utfordringer med å gi alle som har psykiske vansker eller lidelser et best mulig tjenestetilbud. Tilgjengelig kunnskap gir indikasjoner på at det er noe flere ungdommer i Norge, enn i mange andre land, som har psykiske vansker. Dette blir et av flere viktige arbeidsområder de kommende år.

Det er mange som har bidratt i utarbeidelsen av rapporten, både i Helsedirektoratet og fra eksterne fagmiljøer. Vi vil takke alle som har bidratt i prosessen.

Oslo, mai 2015



Bjørn Guldvog  
Helsedirektør

# INNHOOLD

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sammendrag</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>1 Sammendrag</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>Del I: Bakgrunn</b> .....   | <b>14</b> |
| <b>2 Økt internasjonalt fokus på psykisk helse og tjenestetilbud</b> .....                         | <b>15</b> |
| 2.1 Psykiske lidelser – konsekvenser og kostnader .....  | 15        |
| 2.2 Menneskerettighetsperspektiv som grunnlag for utvikling av tjenestene .....                    | 16        |
| 2.3 Overnasjonale initiativ for å utvikle tjenestene .....   | 16        |
| <b>3 Informasjonsgrunnlag og utfordringer i internasjonale sammenligninger</b> .....               | <b>19</b> |
| 3.1 Rammeverket for sammenligninger- hvilke forhold bør vi se på? .....                            | 19        |
| 3.2 Mangel på data .....   | 19        |
| 3.3 Forhold som påvirker sammenlignbarhet; ulik organisering og ulik begrepsbruk .....             | 20        |
| 3.4 Sentrale bidrag og datakilder .....  | 23        |
| <b>DEL II: Forekomst av psykiske lidelser</b> .....  | <b>26</b> |
| <b>4 Psykisk helse i Norge og andre land</b> .....   | <b>27</b> |
| 4.1 Hva er forekomsten av psykiske lidelser blant voksne i Norge? .....                            | 27        |
| 4.2 Hva er forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge? .....                                | 30        |
| 4.3 Internasjonale sammenligninger av psykisk helse i befolkningen .....                           | 31        |
| <b>5 Prioritering av psykisk helse gjennom politikk og lovgivning</b> .....                        | <b>33</b> |
| 5.1 Økonomisk prioritering av psykisk helse .....  | 34        |
| <b>Del III: Utviklingstrender i helsetjenester innen psykisk helse</b> .....                       | <b>36</b> |
| <b>6 Internasjonale trender i utvikling av tjenester for mennesker med psykiske lidelser</b> ..... | <b>37</b> |
| 6.1 Fra sykehus til lokalsamfunn .....   | 37        |
| 6.2 Psykisk helse som en integrert del av generelle helsetjenester .....                           | 38        |
| 6.3 Innholdet i lokalbaserte tjenester innen psykisk helse .....                                   | 39        |
| 6.4 Mot en balansert tjenestemodell med hovedvekt på lokalbaserte tjenester .....                  | 41        |
| 6.5 Framvekst av nye modeller for å fremme kontinuitet og sammenheng i tjenestene .....            | 42        |
| 6.6 Sterkere pasient/brukerinvolvering .....   | 45        |
| 6.7 Mer fokus på forebygging, tidlig oppdagelse og rask hjelp .....                                | 46        |
| <b>7 Døgnbehandling i det psykiske helsevernet i Norge 1950-2013</b> .....                         | <b>48</b> |
| 7.1 Utviklingen i perioden .....   | 48        |
| 7.2 Perioder i utviklingen av tjenestene .....   | 52        |
| 7.3 Noen generelle utviklingstrekk .....   | 56        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 7.4      | De-institusjonalisering .....                                    | 57        |
| 7.5      | Konsekvenser av omleggingen av tjenestene .....                  | 59        |
| <b>8</b> | <b>Status for det lokalbaserte tilbudet i Norge .....</b>        | <b>60</b> |
| 8.1      | Kommunale tjenester er basis for det lokalbaserte tilbudet ..... | 60        |
| 8.2      | Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner .....          | 66        |
| 8.3      | Sentrale føringer for tjenesteutviklingen .....                  | 66        |
| 8.4      | Er det samsvar mellom mål og realiteter? .....                   | 67        |

#### **Del IV: Internasjonale sammenligninger av helsetjenester innen psykisk helse .... 74**

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| <b>9</b>  | <b>Lokalbaserte tjenester i et komparativt perspektiv .....</b>   | <b>75</b>  |
| 9.1       | Forebygging og tidlig intervensjonstiltak .....   | 76         |
| 9.2       | Aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT-team) ) .....  | 78         |
| 9.3       | Ambulante akutt-team sikrer lokalt akutt-tilbud hele døgnet .....   | 78         |
| 9.4       | Botilbud og rehabiliteringstjenester i lokalsamfunnet .....   | 79         |
| <b>10</b> | <b>Primærlegens rolle i et internasjonalt perspektiv .....</b>  | <b>80</b>  |
| <b>11</b> | <b>Personellinnsats, konsultasjonsbaserte tjenester og døgntilbud<br/>i et komparativt perspektiv .....</b> | <b>83</b>  |
| 11.1      | Personellressurser innen psykisk helsetjeneste .....  | 83         |
| 11.2      | Konsultasjonsbasert psykisk helsetjeneste .....   | 85         |
| 11.3      | Døgnplasser i psykisk helsetjeneste .....   | 89         |
| <b>12</b> | <b>Finansiering av helsetjenester og psykisk helsetjeneste i ulike land .....</b>                           | <b>100</b> |
| 12.1      | Hvordan finansieres ulike tjenester? .....  | 101        |
| 12.2      | Finansiering av ulike tjenester i åtte europeiske land .....  | 101        |
| <b>13</b> | <b>Kvaliteten på tjenestetilbud i et komparativt perspektiv .....</b>                                       | <b>104</b> |
| 13.1      | Reinnleggelser .....  | 104        |
| 13.2      | Målinger av pasient/brukertilfredshet .....   | 107        |
| 13.3      | Undersøkelse av kontinuitet og forhold som kan påvirke kontinuitet<br>i Refinement-landene .....            | 108        |
| 13.4      | Bruk av tvang i psykisk i psykisk helsevern i et internasjonalt perspektiv .....                            | 111        |
| <b>14</b> | <b>Selv mord i et internasjonalt perspektiv .....</b>   | <b>119</b> |
| 14.1      | Selv mord som globalt problem .....   | 119        |
| 14.2      | Selv mord i de nordiske land .....  | 121        |
| 14.3      | Selv mord i Norge .....   | 121        |
| 14.4      | Selv mordsforebygging i Norge .....   | 122        |
| <b>15</b> | <b>Litteratur .....</b>   | <b>123</b> |

# SAMMENDRAG



# 1 Sammendrag

Utgangspunktet for denne rapporten er en økende helsepolitisk erkjennelse av psykiske helseproblemer som samfunnsutfordring i Norge og i det internasjonale samfunn. Psykiske lidelser er et stort folkehelseproblem og en viktig årsak til fravær fra arbeid, førtidspensjonerings og arbeidsuførhet. Som samfunn skal vi arbeide for å forebygge forekomst av psykiske plager og lidelser samtidig som vi bygger ut tjenester med tilstrekkelig bredde og kvalitet for de som har fått psykiske vansker eller lidelser. Rapporten belyser en rekke temaer knyttet til psykisk helse, men har et hovedfokus på helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. I hvilken retning går tjenesteutviklingen og hvordan plasserer Norge seg når vi sammenligner oss med andre land? Fokuset på psykisk helsetjeneste gjør at det ikke går i dybden forebyggende folkehelsearbeid, og bredden i arbeidet på rusfeltet er ikke dekket. Rapporten synliggjør muligheter og utfordringer knyttet til internasjonale sammenligninger.

## Internasjonale sammenligninger av tjenester innen psykisk helse er i tidlig fase

Internasjonale sammenligninger er viktige som grunnlag for utvikling av helsetjenestene på tvers av land, både fordi man kan lære av andre lands måter å organisere og drive tjenestene på og fordi det kan gi grunnlag for å analysere effekten av helsepolitiske tiltak. Det er derfor viktig at informasjonsgrunnlaget for slike analyser og sammenligninger er pålitelig, og at bredden i tjenestene dekkes. I tillegg trengs gode epidemiologiske data om helsetilstanden i befolkningen.

Den mest tilgjengelige informasjon som rutinemessig innhentes via internasjonale organer er kvantitative ressursdata (penger, senger, personell). Det finnes også noe på bruk av tjenester, medisinbruk og mortalitetsdata. Kvaliteten på dataene er ofte usikker, spesielt med tanke på sammenligninger mellom land. Det er lite epidemiologiske data på psykisk helsetilstand for Norge i de internasjonale databasene. Det samme gjelder tilgang til gode kvalitetsindikatorer og informasjon om innsatsen på forebyggende tiltak.

Det er generelt mer informasjon om spesialisthelsetjenesten (sykehus) enn om lokalbaserte tjenester og primærhelsetjenester. Dette skyldes at det finnes lite komparative data om de lokalbaserte tjenestene. Kompleksiteten i organisering og innhold i tjenestetilbudene er en stor utfordring for standardisering av datagrunnlaget, både innen og mellom land. Informasjonen om det lokalbaserte tilbudet er derfor mangelfull og kvaliteten på tilgjengelig informasjon er ofte usikker. Fordi lokalbaserte tjenester har fått en stadig viktigere rolle i de fleste vesteuropeiske land blir det en voksende kunnskapsmangel omkring sentrale deler av tjenestetilbudet.

Ulik organisering og finansiering av tjenester, manglende eller mangelfulle data (pålitelighet) og usikker validitet på indikatorer (er det vi har tall på gode mål på det vi ønsker å måle?), er sentrale utfordringer i kvantitative sammenligninger på tvers av land. Generelt er det slik at resultatene ofte må tolkes med forsiktighet. Det er viktig å kjenne til forhold som kan påvirke kvaliteten på datagrunnlag og mulighetene for å kunne gjøre reelle sammenligninger. En rekke forskere har påpekt mangler og svakheter i slike sammenligninger, og er spesielt opptatt av at usikre resultater ikke brukes som grunnlag for politiske beslutninger. Samtidig vil forskning og utvikling på dette feltet bidra til at verdien og nytten av kvantitative sammenligningsdata etterhvert øker. Standardiserte kartlegginger og beskrivelser av karakteristika ved ulike lands tjenestetilbud/helsesystem, og surveydata gir også i dag verdifull informasjon.

## Forekomst av psykiske plager og lidelser i Norge er på nivå med andre vest-europeiske land, men det er indikasjoner på økt forekomst blant unge

Psykiske vansker og lidelser er vanlig. Gjennom livet regner man med at 30-50 prosent av oss vil oppleve psykiske vansker av et visst omfang, og noen vil ha lidelser som varer livet ut. De aller fleste er i utdanning eller arbeid selv om man får en psykisk lidelse, mens noen i perioder eller permanent ikke deltar i arbeidslivet på ordinære vilkår. I dag er målet at alle skal kunne ha et så godt og aktivt liv som mulig og bo i egen bolig. For at det skal være mulig må det være tilgang til hjelp og støtte i lokalsamfunnet.

Tilgjengelig kunnskap gir indikasjoner på at forekomsten av psykiske lidelser i Norge er på nivå med mange andre land i Vest-Europa. Mens barn i Norge og Norden for øvrig synes å ha relativt god psykisk helse sammenlignet med andre land, er det indikasjoner på at noe flere ungdommer i Norge, enn i mange andre land, har psykiske vansker.

Det er ikke klare holdepunkter for at forekomsten av psykiske lidelser har endret seg de siste tiårene, selv om det er indikasjoner på at det kanskje har økt noe blant ungdom. Måten vi forholder oss til psykiske lidelser på har likevel endret seg. Undersøkelser viser at det er mer åpenhet omkring temaet og at flere får støtte og behandling. Men mye gjenstår fortsatt. Gjennom de siste tiårene har forebygging og helsefremmende tiltak for god psykisk helse fått større plass i helsepolitikken både nasjonalt og internasjonalt. I tillegg er det viktig å redusere stigmatisering knyttet til psykiske lidelser gjennom økt åpenhet og kunnskap i befolkningen.

## Økte rettigheter og klarere prioritering av psykisk helse

Ivaretagelse av menneskerettigheter har vært en grunnleggende drivkraft i utviklingen av lovgivning og tjenester til mennesker med psykiske lidelser i Norge og internasjonalt. Økt politisk fokus og egne strategier for psykisk helse viser at dette feltet etter hvert har blitt mer tydelig prioritert. De fleste land har også etter hvert egen lovgiving for dette og omfanget av pasientrettigheter øker. Gjennom de fleste lands tilslutning til forpliktende overnasjonale strategier i regi av WHO og EU gis det klare føringer for landenes utvikling på feltet. Dette skal både bidra til bedre rettigheter, mer ressurser til forebygging, behandling og rehabilitering og mer åpenhet og kunnskap. Norge var tidlig ute med en egen pasientrettighetslov og har på linje med de fleste andre land en egen lov om psykisk helsevern.

Beregninger basert på tilgjengelige data viser at Norge er blant landene i Europa som bruker størst andel av det totale helsebudsjettet på psykisk helse. Internasjonale sammenligninger for å vurdere innsatsen på dette feltet er imidlertid komplisert fordi organiseringen av helsetjenester, og graden av integrasjon med andre tjenester ofte er forskjellig. Hvilke tjenester og aktiviteter det enkelte land innrapporterer som er direkte knyttet til psykisk helse kan derfor variere. Norge har, i likhet med andre nordiske land, Storbritannia, Italia, Spania, Portugal og Irland et betydelig innslag av skattefinansiering av tjenestene. I mange andre land i Europa finansieres helsetjenesten gjennom obligatoriske sosiale forsikringsordninger, herunder Tyskland, Nederland, Østerrike, Frankrike, Belgia og en rekke land i Øst-Europa. Innslaget av privat helseforsikring er relativt lite, men er av noe betydning i noen land. Egenandeler som andel av totale utgifter til helse utgjør i Norge omtrent det samme som i Danmark og Sverige, og noe lavere enn mange andre vest-europeiske land. Norge er blant landene med høyest offentlig finansiering.

## Målet er lokalbaserte tjenester med satsing på forebygging, tidlig hjelp, helhetlig fokus og med støtte fra spesialiserte tilbud i sykehus

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske vansker og lidelser har endret mye i Norge og vestlige land de siste 50 år. For de med alvorlige psykiske lidelser har endret ideologi i samfunnet og bedre behandlingsmetoder bidratt til en sterk deinstitusjonisering og nedlegging av de gamle



psykiatriske sykehusene hvor pasientene ofte oppholdt seg på mer eller mindre permanent basis. Utviklingen av alternative og mer lokalsamfunnsbaserte tjenester, integrering av psykisk helse i andre helsetjenester og i generelle tjenestetilbud i lokalsamfunnet har vært viktig for å få til dette. Verdens helseorganisasjon (WHO) arbeider for at psykisk helse skal sidestilles med andre helseproblemer i organisering og i måten helsetjenesten møter pasientene på. «Idealet» er en best mulig balansert tjenestemodell hvor både lokalsamfunnsbaserte tjenester og institusjonstilbud/sykehus har sin rolle, og hvor de lokalbaserte tjenestene integrerer sosiale og helserelaterte tilbud. Norge har styrket det lokalbaserte tilbudet gjennom utvikling av kommunenes rolle innen psykisk helsearbeid og tilbud ved distriktpspsykiatriske sentre. Mer brukermedvirkning og recovery-orienterte modeller har kommet som virkemidler for økt mestring og innflytelse over eget liv for personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette utfordrer tjenestene til å være mer fleksible og personorienterte.

I Norge har Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) vært sentral i utvikling og styrking av tilbudet til pasienter/brukere med psykiske vansker eller lidelser. Sluttevalueringen av opptappingsplanen, gjennomført av Forskningsrådet, slo fast at mange av målene som var beskrevet i opptappingsplanen ble nådd i planperioden. Blant annet hadde antall helsetjenesteårsverk i kommunene økt betydelig, antall desentraliserte botilbud til mennesker med psykiske lidelser hadde økt markant (cirka 3000 nye boliger), brukermedvirkning hadde fått en mer sentral plass i tjenestetilbudet og det ble registrert økt og styrket samarbeid mellom DPS/BUP og psykisk helsearbeid i kommunene.

De senere årene har blant annet samhandlingsreformen, Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) og Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) lagt sentrale føringer for ønsket utvikling og prioritering i tjenestetilbudet rettet mot brukere med psykiske vansker/lidelser.

I tillegg til gode tilbud for å følge opp de med alvorlige psykiske lidelser og langvarige behov er det blitt et større internasjonalt fokus på å bedre tilbudet til mennesker med mildere og moderate psykiske lidelser. Også mindre alvorlige lidelser kan ha store effekter for den enkelte og det har store konsekvenser for samfunnet som helhet på grunn av det store omfanget. Betydningen av forebygging og tidlig avdekking av behov har fått forsterket aktualitet. Primærhelsetjenesten har en viktig rolle i dette.

## Utviklingen fra institusjonsomsorg til lokalbaserte tjenestetilbud i Norge

Fram til begynnelsen av 1970-tallet økte tallet på døgnplasser i Norge. Plasstall og antall oppholdsdøgn har senere blitt kontinuerlig redusert. Antall utskrivninger økte fram til midten av 1970-tallet, men gikk deretter svakt ned fram til slutten av 1980-tallet. Etter den tid har utskrivningsraten blitt mer enn fordoblet. Etter opptappingsperioden har antall utskrivninger igjen stagnert. Utviklingen kan inndeles i syv perioder:

- Fram til 1955: Asyl-perioden
- 1955-65: Institusjonalisering og differensiering av tjenestene
- 1965-73: Stabilisering
- 1973-90: Nedbygging av sykehusene
- 1991-98: Fra sykehjem til lokalsamfunnsbaserte tjenester
- 1999-2008: Opptappingsplanen
- 2009-: Etter opptappingsplanen

For perioden under ett har en altså fått en nedbygging av antall plasser, men en økning i antall pasienter behandlet ved døgnavdelingene. I tillegg kommer en kraftig utbygging av den polikliniske aktiviteten, og mest ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS). Utviklingen kjennetegnes av en dreining av fokus for tjenesten, fra langtids-omsorg for kroniske pasienter til akutt-behandling av

pasienter med mindre alvorlige lidelser. Dreiningen har blitt understøttet gjennom utbygging av klinikkavdelinger ved de somatiske sykehusene fra slutten av 1950-tallet, og ved utbyggingen av DPS fra 1990-tallet og fremover. I tillegg har også virksomheten ved de tradisjonelle institusjonene blitt lagt om.

## Norge har et bredt tilbud av lokalbaserte tjenester for mennesker med psykiske lidelser, men det finnes få internasjonale sammenligninger av tilgjengelighet, innhold og kvalitet

OECD har nylig vurdert de psykiske helsetjenestene i Norge. Hovedkonklusjonen er at Norge gjennomgående har godt tilrettelagte tjenester, men at det fortsatt er muligheter for forbedringer.

Lokalbaserte tjenester spesielt rettet mot mennesker med psykiske lidelser omfatter i hovedsak konsultasjonsbaserte tjenester, mobile tjenester, rehabiliteringstilbud og botilbud. Stadig flere kommuner velger å ha felles enhet/avdeling/team for sine psykisk helse- og rustjenester, og i 2013 hadde 59 prosent av landets kommuner valgt en slik organisasjonsform for tjenestene. Enhetene tilbyr ulike typer tiltak som kartlegging og vurdering, behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig, dagtilbud og arbeidstiltak. Noen kommuner har opprettet ulike tverrfaglige enheter eller team, som ambulante booppfølgingsteam, stabiliseringsteam eller rehabiliteringsteam. Hoveddelen av de ansatte innen psykisk helse og/eller rusarbeid har høyere utdanning, og flere har spesial- eller videreutdanning. Kommunene ansetter også stadig flere psykologer, som bidrar til å styrke kommunenes kompetanse og komplementere tilbudene. I tillegg kommer lokalbaserte tjenester som brukes av hele befolkningen, men som også har ansvar for et tilbud innen psykisk helse. Det innbefatter blant annet primærlegetjenester. Å sammenligne hvor langt ulike land har kommet i utviklingen av lokalbaserte tjenester er svært krevende. Det finnes noe informasjon om hvilke typer av tjenester som finnes i ulike land i Europa, men sammenligninger av innhold, kvalitet og tilgjengeligheten til tjenestene er i mindre grad kartlagt.

I likhet med de fleste europeiske land, behandler primærlegene i Norge i hovedsak personer med lettere eller moderate psykiske vansker/lidelser. Norge er blant landene hvor primærlegene også har en rolle i oppfølgingen av personer med alvorlige lidelser, som krever et tett samarbeid med kommunens øvrige ansatte og spesialisthelsetjenesten. For gode lokalbaserte tjenester er det av stor betydning hvordan fastlege-kommune-spesialisthelsetjenester samarbeider. Landene i Sør- og Øst-Europa er i mindre grad involvert i oppfølgingen av disse pasientene. En stor andel av utskrevet psykofarmaka skjer i primærhelsetjenesten i mange europeiske land, også i Norge. I tillegg tilbys også samtaleterapi i primærhelsetjenesten i noen land, men det varierer mellom leger. I Norge finnes det en egen takst for lengre konsultasjoner (for eksempel samtaleterapi) og det finnes egne kurs i kognitiv terapi som er godkjent som videreutdanning for leger innen allmennmedisin. Engasjement og kompetanse på psykisk helse hos den enkelte lege vil variere. Inkludering av psykiatri i turnustjenesten er ulik mellom land. I Norge kan man velge å inkludere dette, men det er ikke obligatorisk.

I Norge henvises pasienter til spesialisthelsetjenesten via primærhelsetjenesten (fastlege, legevakt), mens noen land i mindre grad regulerer tilgangen til spesialister. En portvaktfunksjon skal bidra til hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helsepersonell i en helsetjeneste med knappe ressurser. I England (NHS) henvises nye pasienter til et vurderingsteam som avklarer behovet for videre oppfølging.

De fleste som trenger hjelp til behandling av psykiske vansker eller lidelser får behandling ved å gå til konsultasjoner hos en behandler i kortere eller lengre tid. Slike konsultasjonsbaserte tilbud organiseres på forskjellige måter i ulike land og typen helsepersonell som involveres kan variere, herunder psykiatrisk sykepleier, psykolog, psykiater eller annet autorisert helsepersonell. Det finnes

lite komparative data tilgjengelig når det gjelder tilgang og bruk av konsultasjonsbaserte tjenester. Tilgjengelige tall indikerer relativt sett god dekning i Norge, men det er usikkerhet knyttet til datagrunnlaget.

En viktig utvikling innen psykisk helsetjeneste/helsearbeid er mer bruk av teambasert organisering av arbeidet. Teamene er som regel tverrfaglige og kan også gå på tvers av nivå. Bred kompetanse inn i vurdering av behov og i oppfølgingen av den enkelte kan bidra til at hjelpen i størst mulig grad kan tilpasses den enkeltes behov. Norge har som i en rekke andre europeiske land tatt i bruk ambulante team i arbeidet med å øke tilgjengelighet, kontinuitet og kvalitet i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser (herunder ACT-team, Ambulant akutt-team, psykisk helseteam i kommunen ol).

De fleste europeiske land har en eller annen form for lokalbasert psykisk helsetilbud, men noen land har kommet lengre med utviklingen av en balansert tjenestemodell (balanced care model). England og Italia blir gjerne framhevet i den sammenheng. OECD nevner Norge som ett av landene som har kommet langt i endringen fra sykehusbaserte til lokalbaserte tjenester. I noen land er tilbudet av lokalbaserte tjenester fortsatt begrenset. Skillet går grovt sett mellom øst-europeiske og vest-europeiske land. Grovt sett kan man si at noen land har kommet langt i å erstatte senger i sykehus med lokalbaserte tjenester (som Italia, England), noen land har redusert sengetallet, men i liten grad bygget opp nye tilbud utenfor sykehus (som Albania og Tyrkia), mens andre land igjen har både et relativt høyt sengetall og et bredt tilbud utenfor psykiatriske sykehus. Det siste gjelder land som Belgia, Tyskland, Frankrike, og Nederland. Sammenholdes dokumentasjon fra denne rapporten er Norge også et eksempel på det siste.

## Brukermedvirkning for bedre kvalitet i tjenestene

Det er en økende vektlegging av at tjenestene skal være pasientsentrerte, både i måten helsesystemene samvirker og i møtet med den enkelte pasient/bruker. Pasienter/brukere skal aktivt involveres og høres, både på individnivå og på systemnivå. Dette er blant annet nedfelt i Mental Health Action Plan for Europe (WHO). Graden av brukerinvolvering i ulike land i Europa er ikke systematisk kartlagt. I Norge er pasientenes rett til medvirkning formalisert gjennom lovverket. I tillegg til en generell plikt i tjenestene til å involvere pasienter/brukere er sentrale virkemidler for medvirkning blant annet Individuell plan (IP), brukerråd, representasjon i sentrale beslutningsfora og pasient/brukerundersøkelser.

## Indikasjoner på god dekning av døgnplasser i psykisk helsevern, men noe usikkerhet rundt sammenlignbarhet på tvers av land

Det er godt dokumentert at antallet døgnplasser og oppholdstid i sykehus, i tråd med ønsket utvikling, har blitt dramatisk redusert over tid i de fleste europeiske land (OECD 2014a). Norge har hatt en tilsvarende utvikling kombinert med at antall innleggelses har økt. Tall publisert av OECD og WHO viser store forskjeller i antall døgnplasser i sykehus mellom europeiske land. Norge framstår med noe over gjennomsnittet antall sykehussenger, men dette inkluderer senger i DPS-ene som også kan defineres som et mer lokalbasert tilbud. Både Danmark, Sverige og Finland rapporterer i 2011 langt færre senger per innbygger enn Norge. Tall for innleggelses (2008) indikerer også et noe høyt nivå i Norge, men er enda høyere i Sverige til tross for langt lavere sengerate. Det er indikasjoner på at gjennomsnittlig oppholdstid er noe kortere i Norge enn i land som England og Finland

Flere forhold bidrar til en viss usikkerhet i sammenligningsgrunnlaget. Ulik organisering av tjenestene kan påvirke tall for plasser, innleggelses og oppholdstid. Oppgavefordeling mellom typer døgnenheter innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten /sykehusene og omfang av overføringer mellom døgnenheter under samme innleggelse vil påvirke sengetall, innleggelses og gjennomsnittlig oppholdstid. For Norges vedkommende vil direkte overføringer mellom sykehus og DPS-er gi

en forhøyet innleggsrate og underestimert oppholdstid hvis det ikke er justert for dette i de innrapporterte tallene. Det skiller heller ikke mellom akutte og planlagte innleggelser (og senger).

## Tilgjengelige data viser god dekning av psykiatere og sykepleiere i Norge sammenlignet med andre land, men datagrunnlaget er noe mangelfullt og usikkert også her.

Antall psykiatere per innbygger er høyest i europeiske høyinntekstland og Norge ligger midt i det øvre sjiktet i statistikken. Forskjellene mellom landene i øvre halvdel av rangeringen er ikke veldig store, med unntak av Sveits, som har en svært høy rate. Det er også publisert tall for antall sykepleiere i psykisk helsetjeneste. WHO definerer "a mental health nurse" til å være en høyskoleutdannet sykepleier som arbeider innen psykisk helse i sykehus, primærhelsetjeneste eller en annen setting. Det er dermed ikke knyttet til at disse har spesiell utdanning innen psykiatrisk sykepleie, men at de arbeider innenfor tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Av landene som har rapportert har Norge en høy rate for antall sykepleiere- godt over OECD-gjennomsnittet, og over Sverige og Finland. Det vanskelig å bedømme kvaliteten på de innrapporterte tallene. Tall for andre personellgrupper (f.eks. psykologer) finnes, men tallene mangler for svært mange land og det er svært stor usikkerhet knyttet til kvaliteten.

## Vanskelig å måle tjenestekvalitet på tvers av land

Kvalitet i tjenestene handler både om kompetansen og ferdighetene til de som arbeider direkte med pasientene og om systemet rundt dem som skal bidra til å understøtte mulighetene for god praksis. I Norge arbeides det i likhet med mange andre land med å utvikle kvalitetsindikatorer for helsetjenesten. For psykisk helsetjeneste er det vært svært krevende å definere og implementere valide indikatorer som kan brukes til å sammenligne tjenestetilbudet både innen og mellom land. Utfordringene er både manglende data (finnes ikke, rapporteres ikke), dårlig kvalitet på tilgjengelige data (er data pålitelige?), og hvorvidt forskjeller i resultat virkelig kan tolkes som ulik i kvalitet tjenestetilbudet (er dette en god kvalitetsindikator selv om vi har gode data?). Internasjonalt har det kommet flere forslag til rammeverk og indikatorer for å måle tjenestenes kvalitet innen psykisk helsetjeneste. Så lang har det vært få internasjonale sammenligninger i regi av WHO, OECD og EU. Dette arbeidet er svært krevende og er fortsatt i tidlig fase når det gjelder å implementere definerte indikatorer. I denne rapporten ser vi på noe av det som er publisert av sammenligninger mellom land på forhold som ofte regnes som relevante kvalitetsindikatorer eller hvor kvaliteten på tjenestetilbudet kan antas å påvirke omfang av et fenomen.

### Reinnleggelser:

I en sammenligning av reinnleggelser innen 30 dager etter utskriving for pasienter med hhv. bipolar lidelse og schizofreni lå Norge omkring eller litt over gjennomsnittet for OECD-landene i 2011. Sverige og Danmark hadde omtrent samme nivå som Norge, og de europeiske landenes plassering var relativt lik for de to diagnosegruppene. Finland hadde en langt lavere rate enn de andre nordiske landene i denne målingen. En svakhet ved sammenligningen er at man ikke skiller mellom akutte og ikke-akutte innleggelser og at det kun er reinnleggelsen ved samme sykehus som inngår. Dette svekker verdien av resultatene noe fordi det er usikkert i hvilken grad organisatoriske forskjeller vil påvirke resultatene. OECD understreker selv at resultatene må tolkes med forsiktighet og at det hadde vært ønskelig å kunne skille ut akuttinnleggelsene. I en annen sammenligning av 7 utvalgte geografiske områder i Europa kom Norge ut på omtrent samme nivå som fire andre land (områder i Finland, Italia, Frankrike og Østerrike) når det gjaldt reinnleggelser innen 30 dager etter akuttinnleggelse, men omfanget var mye høyere enn områdene i Spania og Romania. Forskjellene bør tolkes inn i en kontekstuell ramme hvor både organisering av tjenestene, institusjonsdekning i og utenfor sykehus, samt medisinsk praksis ses i sammenheng. For eksempel vil utstrakt institusjonalisering av pasienter med alvorlige psykiske lidelser medføre lavere reinnleggsrater fordi pasientene skrives ut i mindre grad.

**Oppfølging etter utskriving fra akuttinnleggelse:**

En viktig kvalitet ved et helsesystem er at ulike deler av helsetjenestene er godt koblet sammen slik at pasientene følges opp på en adekvat måte på tvers av ulike tjenester. En undersøkelse med tall fra fem land viste at pasienter i Norge og Østerrike i langt mindre grad enn Italia, Spania og England fikk oppfølging med spesialistkonsultasjon etter utskriving fra akuttinnleggelse. Tallene fra Østerrike, Spania og Italia inkluderte utvalgte geografiske områder. Resultatene gjenspeiler trolig at pasienter i Norge og studieområdet i Østerrike i stor grad henvises til oppfølging av allmennlege og kommunale tjenester.

**Tvangsbruk:**

Redusert bruk av tvang er en viktig målsetting for norsk psykisk helsetjeneste. Det finnes ingen universell lovgivning, men bruk av tvang i behandling av psykisk syke er regulert i nesten alle europeiske land. Tvungen behandling er og har likevel lenge vært gjenstand for offentlig debatt, og praksisen er for eksempel kritisert i lys av FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (NOU 2011: 9, punkt 6.5). Internasjonalt har man siden 1990-tallet sett en økende oppmerksomhet rundt tvangsreducerende tiltak og alternativer til tvang i både fagutviklingsarbeid og forskning, og dette er også i norsk sammenheng synliggjort i helsepolitiske føringer siste 20 år. Til tross for dette fokuset har man i Norge ikke indikasjoner på redusert tvangsbruk i tjenestene siste tiårsperiode, og internasjonale sammenligninger viser også at Norge har forholdsvis høye befolkningskorrigerede rater for tvangsinnleggelse i europeisk sammenheng. Samtidig er det ingen internasjonal enighet om hvordan tvang skal defineres eller måles, og sammenligning av tvangsbruk i tjenestene har vist seg å være vanskelig i både nasjonale og i internasjonale studier. Dette skyldes både at datagrunnlaget er mangelfullt, at lovgrunnlaget, organisering av tjenestene og det enkelte lands definisjon av tvang varierer betydelig. Sammenhengen mellom pasientens opplevelse av tvang og dokumenterte tvangstiltak er heller ikke entydig, og det kan derfor argumenteres for at analyser av tvang bør belyse flere forhold enn formell tvangsbruk. Mangel på valide og standardiserte indikatorer for tvangsbruk i tjenestene innebærer at publiserte mål på tvang må fortolkes i en lokal kontekst og at sammenligningsverdien på tvers av land er usikker.

**Selv mord:**

Omfang av selvmord påvirkes av mange forhold som ligger utenfor helsetjenestenes kontroll. Det arbeides imidlertid for å begrense omfanget av selvmord og mange land har etter hvert laget egne strategier for dette, noe som også involverer helsetjenestene. Dette gjelder også Norge. Selvmordsraten i Norge var ikke spesielt høy i Europeisk målestokk totalt i 2011, og vi lå omtrent på nivå med Sverige og Danmark, mens Finland hadde en klart høyere selvmordsrate. Det er mønster i retning av at landene i Øst-Europa har høyere selvmordsrater enn i Vest-Europa, og at landene i Sør-Europa har færre selvmord enn i Nord-Europa. I gjennomsnitt er selvmordsraten nesten 4 ganger så høy for menn som for kvinner, og forskjellen er størst i de øst-europeiske landene. Norge er av landene med minst kjønnsforskjell, men likevel er raten over dobbelt så høy for menn. I mange EU-land har finanskrisens betydning for psykisk helse og selvmord vært et viktig tema. I en rapport fra WHO «Mental health in economic crisis» fra 2011 pekes det på at i godt utbygde velferdsstater som de nordiske land er det mindre grad av sammenfall mellom endringer i økonomi og endringer i psykisk helse og selvmord.

## DEL I: BAKGRUNN



## 2 Økt internasjonalt fokus på psykisk helse og tjenestetilbud

Psykiske helseproblemer er en stor samfunnsutfordring i Norge og i det internasjonale samfunn. Denne rapporten er basert på erkjennelsen av at psykiske lidelser er et stort folkehelseproblem og en viktig årsak til fravær fra arbeid, førtidspensjoner og arbeidsuførhet. Som samfunn må vi arbeide for best og tidligst mulig forebygging og utvikle tilstrekkelig bredde og kvalitet i tjenestetilbudet.

Rapporten dekker en rekke temaer, men hovedfokus er rettet mot tjenester til mennesker med psykiske lidelser og vansker. Formålet er både å se på retningen i tjenesteutviklingen i et internasjonalt perspektiv og å se om innhold i tjenestene og tilgjengelige indikatorer for ressursinnsats, tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene gir oss et bilde av Norges posisjon.

Fordi rapporten har et hovedfokus på helsetjenestene dekkes ikke alle temaer og aktiviteter med relevans for psykisk helse i dybden. Rapporten beskriver forebygging i helsetjenesten, tidlig intervensjon og psykiske helsetjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten, men dekker ikke det brede folkehelsearbeidet; dvs det arbeidet som tar sikte på å redusere risikofaktorer og fremme beskyttelsesfaktorer for psykisk helse for hele befolkningen. Arbeidet med oppfølging av ruslidelser skisseres heller ikke på en dekkende måte, men oppfølging av pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser (ROP) inngår som en integrert del av arbeidet innen psykisk helsetjeneste.

Rapporten har tre deler. I første del (kapittel 2) beskrives bakgrunnen for rapporten og særskilte utfordringer knyttet til internasjonale sammenligninger (kapittel 3). I del II gis en kort beskrivelse av forekomsten av psykiske lidelse blant voksne, barn og unge i Norge og i et internasjonalt perspektiv (kapittel 4). Som avslutning på del II ser vi på måter å vurdere prioritering av psykisk helse internasjonalt. I del III beskriver vi viktige trender i utviklingen av tjenestene innen psykisk helse, både nasjonalt og internasjonalt. Det gis en grundig beskrivelse av utviklingen i døgntilbudet i Norge i kapittel 7 og status for utviklingen av lokalbaserte tjenester med spesiell vekt på kommunalt psykisk helsearbeid (kapittel 8). I del III setter vi nærmere søkelys på hva som karakteriserer Norge sammenlignet med andre land med basis i tilgjengelige data og internasjonal statistikk på psykisk helse og helsetjenester. Et viktig formål med rapporten er å belyse muligheter og utfordringer i internasjonale sammenligninger innen psykisk helse.

Del I: Bakgrunn

Del II: Forekomst av psykiske lidelser

Del III: Utviklingstrender i helsetjenester innen psykisk helse

Del IV: Internasjonale sammenligninger av helsetjenester innen psykisk helse

### 2.1 Psykiske lidelser - konsekvenser og kostnader

Verdens helseorganisasjon (WHO) har pekt på at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i den vestlige verden i 2020. De samfunnsmessige utfordringene er store og antas å vokse i framtida, og veksten er særlig knyttet til depresjon, angst og rusmiddelproblemer. Det vil være av stor betydning å redusere forekomsten av psykiske lidelser for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet de kommende årene.

Psykiske lidelser er anslått å koste det norske samfunn omkring 70 mrd. kroner per år<sup>1</sup>. Dette beløpet omfatter både direkte kostnader til behandling, i tillegg til de indirekte kostnadene som oppstår

<sup>1</sup> regjeringen.no, Helse- og omsorgsdepartementet.

fordi mennesker med psykiske lidelser både dør tidligere enn andre mennesker, oftere faller ut av arbeidslivet, og fordi mange går på uføretrygd.

I tillegg til de samfunnsmessige kostnadene, påvirker psykiske lidelser og vansker individets daglige fungering og resulterer ikke bare i stor følelsesmessig lidelse og redusert livskvalitet, men kan også lede til fremmedgjøring, stigmatisering, diskriminering og ekskludering, nedsatt somatisk helse og økt dødelighet. Pasienter med schizofreni har levealder som er omtrent 20 år kortere enn gjennomsnittet. Både genetiske og sosioøkonomiske forhold, samt usunn livsstil, selvmord og bruk av legemidler gir økt dødelighet. Pasienter med samtidig rusmiddelmissbruk er særlig utsatt for ulykker, voldsskader og tidlig død (Folkehelseinstituttet 2014).

Ettersom psykiske vansker og lidelser ofte debuterer tidlig og har en tendens til å vedvare, kan de få alvorlige konsekvenser på en rekke livsområder (utdanning, sysselsetting, inntekter, personlige relasjoner og sosial deltagelse) og kan medføre belastninger også for familie og nettverk. Konsekvensene for enkeltmennesket, familie/nettverk og samfunnet for øvrig er dermed svært omfattende.

## 2.2 Menneskerettighetsperspektiv som grunnlag for utvikling av tjenestene

Det er stor internasjonal anerkjennelse av generelle menneskerettigheter som gjelder alle mennesker, uavhengig av fysisk eller psykisk helsetilstand. Dette innebærer rettigheter til god fysisk og psykisk helse, juridiske rettigheter og informert samtykke, rett til frihet og sikkerhet, rett til ikke å bli diskriminert og beskyttelse mot inhuman og degraderende behandling (Caldas de Almeida og Killaspy 2011). Oppnåelse av best mulig fysisk og psykisk helse inkluderer blant annet tilgang til riktige tjenester, retten til individuell behandling, retten til rehabilitering og behandling som fremmer autonomi, retten til tjenester i lokalsamfunnet, retten til minst mulig restriktiv behandling, og beskyttelse av menneskets verdighet (ibid). Ivaretagelse av menneskerettighetene er derfor en grunnleggende drivkraft i den internasjonale utviklingen av lovgivning og tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Her vektlegges mer lokalsamfunnsbaserte modeller og mindre institusjonalisering og avsondring fra resten av samfunnet.

Retten til et selvstendig liv og lokalsamfunnsbaserte tjenester er tydelig uttrykt gjennom Artikkel 19 i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne fra 2006. Dette har viktige konsekvenser for organiseringen av psykisk helsetjeneste. Artikkelen innebærer at alle personer med funksjonsnedsettelse har rett til å bo i lokalsamfunnet, velge hvor de vil bo og ha tilgang til boligjenester og hjemmetjenester i tillegg til andre tjenester som gis lokalt. Det enkelte land skal også legge til rette for inklusjon og deltagelse i lokalsamfunnet for mennesker med funksjonsnedsettelse. Tjenester og lokaler som er tilgjengelig for den generelle befolkning skal også være tilgjengelige for mennesker med funksjonsnedsettelse (ibid).

## 2.3 Overnasjonale initiativ for å utvikle tjenestene

Landene i Europa er ulike når det gjelder økonomiske og sosiale utfordringer. Søken etter gode og effektive modeller for levering, organisering og finansiering av tjenester innen psykisk helse er likevel felles. De overordnede målene i helsepolitikken er også ofte like. Målsettingene i norsk helsepolitikk (nasjonal helseplan) kan gjenkjennes fra ledende prinsipper i blant annet WHO (WHO 2001a). Helsetjenestene skal være tilgjengelige (access), være preget av likhet (equity), tiltakene som settes i verk skal ha effekt (effectiveness) og ressursene vi bruker skal utnyttes effektivt (Efficiency). Både WHO, OECD og EU har de siste tiårene intensivert sin oppmerksomhet rettet mot psykisk helse. Viktige felles føringer i Europa skjer gjennom landenes forpliktelser til å følge opp WHO's deklarasjonen for mental helse (WHO 2005a) og den europeiske pakten for mental helse gjennom EU (2008). Nedenfor kommer en kort oppsummering av sentrale bidrag og føringer fra WHO, EU og OECD.



### Verdens Helseorganisasjon WHO

World Health Report i 2001 ble i sin helhet tilegnet psykisk helse. Gjennom rapporten kom WHO med 10 anbefalinger til medlemslandene (WHO 2001a):

- Gi behandling i primærhelsetjenesten
- Etablere nasjonal politikk, programmer og lovgivning
- Sørg for at psykofarmaka er tilgjengelig
- Gi omsorg i lokalsamfunnet
- Øk kunnskapen i befolkningen
- Involver lokalsamfunn, familier og brukere
- Utvikle ressursene den enkelte innehar
- Koble helsetjenesten til andre sektorer
- Monitorer psykisk helse i lokalsamfunnet
- Gi støtte til mer forskning

I 2005 undertegnet alle helseministrene i WHO's Europaregion en deklarasjon (Helsinkideklarasjonen for mental helse- Mental Health Declaration for Europe) hvor de ga sin tilslutning til viktige prinsipper for mental helsepolitikk og forpliktet seg til å ha en aktiv politikk og lovgivning på psykisk helseområdet og å følge opp prioriterte tiltak. I forbindelse med dette ble det utviklet en handlingsplan for mental helse, Mental Health Action Plan for Europe 2005-2012 (WHO 2005b). Her ble menneskerettigheter, tilgjengelighet til tjenester i lokalsamfunnet (økonomisk og geografisk) og retten til å bli møtt med respekt og trygge effektive tjenester særlig vektlagt. Tjenestene skal gi god fysisk og psykisk helsetjeneste for alle, de skal være samordnet på tvers av sektorer og være basert på kunnskap. Planen er fulgt opp med en ny plan for perioden 2013-2020 (WHO 2013a). I denne løftes brukermedvirkning (empowerment), god styring og organisering, og det forebyggende og helsefremmende perspektivet enda mer fram, samt at behovet for bedre informasjonssystemer, evidens og forskning understrekes. Universell dekning av helsetjenester og livsløpsperspektiv på tjenestene er kommet inn som to av seks tversgående prinsipper. WHO utgir en rekke publikasjoner og statusrapporter om helse og helsesystemer. WHO har også utarbeidet en sjekklister landene kan bruke for evaluering av mental helsepolitikk, mental helseplaner og lovgivning knyttet til mental helse (WHO 2009).

### Europaunionen EU

Også EU har igangsatt en mer systematisk oppfølging av psykisk helse som samfunnsutfordring. EU-kommisjonen publiserte i 2005 et såkalt «Green paper» med tittelen – «*Promoting the Mental Health of the population*». Towards a mental health strategy for EU». I 2008 ble dette fulgt opp med lanseringen av en europeisk pakt for mental helse og velvære. Pakten inneholdt fem prioriterte områder; Forebygging av selvmord, psykisk helse og utdanning blant unge, arbeidsplassen og psykisk helse, psykiske helse blant eldre og til slutt hindring av stigma og sosial eksklusjon. Resultatene på de prioriterte områdene skal kommuniseres gjennom «EU Compass for action on mental health and well-being»<sup>2</sup>. Implementeringsarbeidet skjer gjennom en gruppe av eksperter fra landenes helsemyndigheter.

<sup>2</sup> SE [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/index_en.htm)

## OECD

OECD bidrar med kunnskapsgrunnlag for å rådgi aktører innen politikk, næringsliv og frivillig sektor, og informere befolkning og medier om utviklingen på viktige samfunnsområder. Organisasjonen arbeider med ulike prosjekter som direkte og indirekte er relevant for temaet psykisk helse og publiserer rapporter og statistikk om blant annet helse og helsetjenester. OECD er blant annet opptatt av hvordan dårlig psykisk helse påvirker mulighetene for å delta i arbeidslivet og at dette får store samfunnsmessige virkninger<sup>3</sup>. *“Tackling mental ill-health of the working-age population is becoming a key issue for labour market and social policies in OECD countries”* (OECD nettside)<sup>3</sup>. I 2014 publiserte OECD en egen større publikasjon om psykisk helse (OECD 2014a) med utgangspunkt i de store sosiale og økonomiske kostnadene dette har.

---

<sup>3</sup> Gjennom et pågående større prosjekt gjennomgås utfordringer og muligheter i enkelte land på dette feltet. Prosjektet heter *“The OECD Mental Health and Work Project”* og det er utarbeidet en egen landrapport for Norge.

## 3 Informasjonsgrunnlag og utfordringer i internasjonale sammenligninger

*“Country comparisons that are not conducted with properly validated measures and unbiased policy interpretations may prompt adverse policy impacts and so caution is required in the selection of indicators, the methodologies used, and the interpretations made” (Smith og Papanicolas 2012).*

I de senere år har det vært økt oppmerksomhet rundt internasjonale sammenligninger innenfor psykisk helsefeltet. Internasjonale sammenligninger kan være et viktig grunnlag for utvikling av helsetjenestene på tvers av land, både fordi man kan lære av andre lands måter å organisere og drive tjenestene på og fordi det kan gi grunnlag for å analysere effekten av helsepolitiske tiltak. Det er derfor viktig at informasjonsgrunnlaget for slike analyser og sammenligninger er pålitelig, og at bredden i tjenestene dekkes. En trenger i tillegg å ha tilgang til gode epidemiologiske data om helsetilstanden i befolkningen.

Samtidig som stadig ny informasjon tilflyter oss er det en rekke forskere som viser bekymring omkring mangler og svakheter ved mange sammenligninger, og spesielt ved bruken av resultatene. Internasjonale sammenligninger av helse og helsetjenester er fortsatt i en tidlig fase og det er viktig at helsemyndigheter og brukere av komparative data kjenner til styrker og svakheter i sammenligninger på tvers av ulike helsesystemer (Papanicolas og Smith 2013).

### 3.1 Rammeverket for sammenligninger- hvilke forhold bør vi se på?

Hvis vi har som målsetting å vurdere kvaliteten/måloppnåelsen for ulike lands helsesystemer trenger vi et rammeverk som viser hva en slik sammenligning skal inneholde (hvilke dimensjoner og variable/mål). Bruk av noen få mål som grunnlag for vurderinger av et helt system har begrenset nytte som grunnlag for politikktutforming og det kan avlede oppmerksomheten bort fra andre sider ved tjenestene som burde få oppmerksomhet (Smith og Papanicolas 2012).

Det har vært utviklet flere omfattende rammeverk for evaluering av psykisk helsetjeneste både internasjonalt (Papanicolas og Smith 2013, Moran & Jacobs 2013, Wahlbeck 2011, Fisher mfl. 2013) og i ulike land (Lauriks mfl. 2012). Slike rammeverk kan inkludere både kvantitative mål (målbare forhold) og kvalitative beskrivelser. Det siste kan beskrive innholdet i lover, reguleringer, finansiering, retningslinjer for praksis, organisering og hva som finnes av ulike tjenestetilbud. Slike standardiserte beskrivelser av ulike lands systemer gir grunnlag for presentasjon av landprofiler (Country profiles). Slike er godt egnet for å sammenligne overordnede systemegenskaper, men gir samtidig begrenset grunnlag for å sammenligne ulikheter i tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene mellom land. Den største utfordringen har vært muligheten for å fremskaffe pålitelige og sammenlignbare kvantitative data som grunnlag for sammenligninger av psykisk helse, helsetjenester og effekten av disse.

### 3.2 Mangel på data

Sammenlignet med andre deler av helsetjenestene har det vært relativt lite komparativ forskning på kvaliteten og effektiviteten (performance) i psykiske helsetjenester (Moran og Jacobs 2013, Lauriks 2012). Årsaken til dette har vært svært begrenset tilgang til gode data som grunnlag for sammenligning. Manglende data er en side ved dette og en annen at innrapporterte data til ulike internasjonale databanker eller kartlegginger er mangelfulle. Koordinert og regelmessig innsamling av valide data for internasjonal sammenligning etterlyses, samtidig som en rekke tiltak er iverksatt av bla WHO, OECD og EU for å harmonisere definisjoner og datainnsamling (Wahlbeck 2011). OECD framhever betydningen av et mangelfullt informasjonsgrunnlag på følgende måte.

*“A clear picture of the status of mental health systems is lacking. Few countries can reliably measure the resources they devote to mental health care, in particular to primary care and other forms of community-based services, meaning that governments cannot fully quantify the cost of mental illness. The absence of comprehensive data on quality and outcomes, in turn, inhibits a full assessment of mental health system performance. The result is poor policies – in particular, an inability to focus scarce resources on those areas of care that will lead to improved functioning and better outcomes, including under-treated mild-to-moderate disorders such as depression and anxiety” OECD (2014).*

Få land har registre som fanger opp utbredelsen av psykiske lidelser. Ofte vil indikasjoner på utbredelse hentes fra utvalgsundersøkelser eller kontakter med helsetjenesten. I befolkningsundersøkelser er egenvurdert helse ofte brukt som indikasjon på psykiske vansker og lidelser. Det må legges stor vekt på å sikre sammenlignbarhet på tvers av land og kulturelle forskjeller når utbredelse skal undersøkes. Standardiserte intervju, som WHO har utvikla (WMH-CIDI)<sup>4</sup>, har sammenligning på tvers av land som et vesentlig mål for arbeidet.

De fleste land har best tilgang på ressursdata om sykehustjenestene (senger, personell, utgifter) og noe data på bruk av spesialisthelsetjenester (Lauriks mfl. 2012). Etter hvert som lokalbaserte tjenester utenfor sykehus spiller en stadig viktigere rolle i tjenestetilbudet blir gapet i informasjonstilfang større. Generelt kan man si at det er mest tilgang på data om struktur og aktivitet, og langt færre indikatorer for å måle prosessene og resultatene i den psykiske helse- og omsorgstjenesten (ibid).

I lokalbaserte tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten kan deler av tjenestetilbudet gis gjennom det generelle tilbudet til befolkningen. Årsaken til hjelpebehov (f.eks psykisk lidelse) trenger ikke være tilgjengelig informasjon. Dette gjør at man ikke enkelt kan hente ut data om tjenestebruk eller ressursinnsats knyttet til psykiske lidelser. I spesialisthelsetjenesten er dette ofte enklere enn i lokalbaserte tjenester (for eksempel i norske kommuner) fordi tjenestene er organisert etter spesialitet og pasientene har en diagnose.

Sammenlignet med mål på fysisk helse, er det en særlig krevende utfordring å finne gode mål på effekten av tjenestetilbudet (outcome) for pasientene/brukerne. At tjenestetilbudet innen psykisk helse er mer sammensatt og involverer mer enn bare rene helsetilbud kompliserer dette ytterligere. Det er foreløpig få internasjonalt tilgjengelige mål som kan sammenligne kvaliteten i helsetjenesten som system for levering av helsetjenester. OECD har definert et sett med indikatorer som anses som valide kvalitetsmål for psykisk helsetjeneste, men foreløpig er få land inkludert i datagrunnlaget for de fleste av indikatorene. Manglende muligheter for å følge pasientene på tvers av ulike deler av helsesystemet på grunn av juridiske og tekniske begrensninger er også en viktig faktor når det gjelder muligheter for å måle kontinuitet og sammenheng i tjenestene og effekten av tiltak.

### 3.3 Forhold som påvirker sammenlignbarhet; ulik organisering og ulik begrepsbruk

Når man har valgt hvilke mål som skal inngå i en sammenligning mellom land er det viktig at målene som velges er anerkjente/aksepterte, at de er robuste og dekkende for det man ønsker å måle (validitet), at de er godt definerte og at det er mulig å innhente data for å måle dem (pålitelighet). Mange forhold bidrar til at dette er svært krevende i internasjonale sammenligninger. Det er derfor viktig å kjenne til mulige feilkilder eller forhold som påvirker sammenlignbarheten når resultatene fortolkes.

<sup>4</sup> The World Mental Health Survey Initiative ( <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/index.php> )

Opgavefordeling, organisering, finansiering og personellsammensetning i ulike tjenester varierer mellom land. Slike forskjeller øker sannsynligheten for mangelfulle og ufullstendige data som grunnlaget for internasjonale sammenligninger av ressursinnsats, tilgjengelighet og kvalitet innen psykisk helsetjeneste. Vil man f.eks kartlegge det totale helsetilbudet til mennesker med psykiske lidelser er det derfor viktig å ha kunnskap om systemspesifikke ulikheter. Hva regnes for eksempel som helsetjenester? Innen psykisk helsefeltet er det mange gråsoner mellom helsetilbud, sosiale tilbud og aktivitetstilbud. Det kan også være utfordrende å få god oversikt over hvorvidt ressurser og aktivitet knyttet til behandling av for eksempel rusavhengighet og alderspsykiatriske tilbud inngår eller ikke i tall fra ulike land. Slike utfordringer vil være størst for lokalbaserte tjenester hvor organisering av tjenestene kan variere svært mye og målgruppen for ulike tjenester i varierende grad er spesielt innrettet mot mennesker med psykiske lidelser (som mange kommunale tjenester i Norge).

På grunn av forhold nevnt ovenfor er kvalitetssikring av datagrunnlaget en svært viktig del av arbeidet for å få til gode internasjonale sammenligninger. Vi kan bruke et par eksempler. Rapportering på antall psykiatriske senger i «mental hospitals<sup>5</sup>», «general hospitals» og «community psychiatric inpatient units» blir brukt av WHO (WHO 2008a). Klassifisering i tråd med disse kategoriene er imidlertid ikke helt entydig. I Norge er spesialisthelsetjenesten organisert som helseforetak hvor psykisk helsetjeneste organiseres i en divisjon, klinikk eller en avdeling i helseforetaket uavhengig av lokalisering. Slik sett er alle sengene tilhørende et «general hospital» (definert som en organisasjon som behandler alle typer tilstander). Samtidig er noen av enhetene geografisk atskilt fra den somatiske delen av sykehuset/helseforetaket fordi de holder til i lokaliteten til de gamle psykiatriske sykehusene (mental hospitals). I internasjonal statistikk (eks WHO 2011a-c) er alle døgnplasser i psykisk helsevern i Norge rapportert som senger i «Mental Hospitals», også sengene i Distriktpsykiatriske sentre. I en kartlegging i regi av WHO fra 2008 er imidlertid sengene i DPS-er definert annerledes.

Et annet eksempel er sammenligning av tjenester utenfor psykiatriske sykehus, såkalte lokalsamfunnsbaserte tjenester (Community mental Health services). De fleste land mangler dekkende data for dette og sammenligninger på tvers av land vanskeligjøres av at tilbudet og organiseringen varierer både innen og mellom land. I noen land er sosiale tjenester inkludert i primærhelsetjenesten/lokale helseorganisasjoner, mens i andre er det et klart skille mellom medisinske tjenester og sykepleie på den ene siden, og sosial omsorg på den andre. Noen tjenester kan også være integrert i det generelle tjenestetilbudet til befolkningen (spesielt i langtidsomsorgen-boligtjenester, hjemmetjenester). I Norge er organiseringen av psykisk helsearbeid i kommunene et eksempel på en integrering av ulike tjenester. Ulike grader av økonomisk og organisatorisk integrasjon mellom ulike typer tjenester og tilbud til ulike målgrupper i lokalsamfunnet gjør det derfor krevende å identifisere ressursinnsatsen og tilbudet innen psykisk helsetjeneste (både innen og mellom land)<sup>6</sup>.

Tabell 3.1 gir en forenklet kategorisering av hvilke typer tjenester som vanligvis organiseres via helsetjenesten, sosiale tjenester eller tilbys av andre sektorer (f.eks. arbeid, utdanningssektoren) eller også gjennom andre enn de offentlige.

5 Psykiatriske sykehus (mental hospital): En spesialisert sykehusbasert fasilitet/enhet som tilbyr innleggelse og langtidsopphold for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vanligvis er disse enhetene uavhengige og atskilt geografisk, selv om de kan ha koblinger til resten av helse-tjenesten. Graden av spesialisering kan variere mye; i noen tilfeller tilbys kun langtidsforvaring (custodial services), andre kan også tilby korttids-opphold/behandling (services).

6 Derfor er kunnskap om organisering av tjenester og hva som inngår i datagrunnlagene viktig i fortolkning av resultater i komparative analyser, bla i forhold til ressursinnsats.

Tabell 3.1 Vanlig fordeling av ulike typer tilbud fordelt på sektor<sup>7</sup>

| Type tilbud                                     | Helse  | Sosial/ omsorg/<br>rehabilitering                         | Andre off sektorer/ideelle<br>org./ frivillig sektor |
|---|--|---|--|
| Døgnbasert tilbud                               | Sykehus /lokalbaserte døgntilbud/<br>«Pleiehjem/sykehjem»  | Tilrettelagt boligtilbud /<br>langtidsomsorg              | Boligitilbud   |
| Dagtilbud                                       | Dagsykehus, dagklinikker   | Dagsenter, tilrettelagt<br>arbeidstilbud                  | Yrkestrening   |
| Konsultasjonsbaserte<br>tjenester               | Polikliniske tjenester i<br>sykehus, helsesentre,<br>privatpraktiserende psykiatere/<br>psykologer/allmen-leger, psykia-<br>trisk sykepleier , primærleger o.l | Veilednings/rådgivings-<br>tjenester ol                   | Veilednings/rådgivings-<br>tjenester ol              |
| Mobile tjenester                                | Ambulerende team ol<br>Langtidsomsorg (sykepleie)  | Ambulerende team ol<br>Langtidsomsorg<br>(rehabilitering) | Langtidsomsorg<br>(rehabilitering)                   |
| Telefontjenester/<br>interaktive nett-tjenester |  |   |  |

Gode definisjoner av indikatorer med klare inklusjon,-/eksklusjonskriterier er avgjørende i innsamlingen av data. I tillegg kan begrepene som brukes i slike definisjoner fortolkes ulikt hvis de ikke er godt nok definert. Hva er en «community mental health facility»? De fleste innsamlinger av data inkluderer en manual for rapporteringen og en ordliste (glossary) som skal veilede landene i sin rapportering, men også disse gir ofte rom for lokale tolkninger fordi engelske begreper må omsettes til egen kontekst.

I REFINEMENT-prosjektet<sup>8</sup> brukte man et nytt instrument for kartlegging av tjenester basert på en klassifikasjon som kan brukes på tvers av ulike tjenester og sektorer (Salvador-Carulla mfl. 2013). Erfaringene fra prosjektet er at en slik kartlegging kan gi verdifull informasjon om tjenestene utenfor sykehus som man ellers ikke har tilgang til. Innsamling av data fra mange land var imidlertid ressurskrevende og inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier var også i denne kartleggingen en utfordring. Sammenligning av land med relativt like helsesystemer og intern organisering øker mulighetene for gode komparative data.

### Kvalitetssikring av sammenlignbarhet

Innsamling og kvalitetssikring av datagrunnlaget i internasjonale sammenligninger kan være svært ressurskrevende, både for de som rapporterer og de som mottar data. Det er svært viktig at de organer som koordinerer og kvalitetssikrer datagrunnlagene har høy legitimitet i landene. WHO, OECD og EU har arbeidet for å etablere like definisjoner og samordne noe av datainnsamlingen (Wahlbeck 2011). OECD vektlegger også i større grad enn tidligere kommunikasjon med landene som rapporterer data (Forde mfl. 2013). Dette er viktig for å unngå at publisering av mangelfulle data eller at tallene fra ulike datakilder er svært forskjellige. Både OECD og WHO har eksempelvis tall for innleggelser i sykehus etter diagnosegrupper i sine databaser. Tallene for blant annet Norge på psykiske diagnoser framsto som mangelfulle fordi kun tall for somatiske institusjoner inngår (fram til 2012)<sup>9</sup>. Fordi det er lite data tilgjengelig på mange områder, for eksempel på tjenester utenfor sykehus, gjennomføres det ofte kartlegginger hvor representanter fra ulike land fyller inn informasjon om hva som finnes av tilbud i eget land. Dette gir mye god informasjon. En utfordring er likevel at kartlegginger, for eksempel i regi av WHO og OECD, ofte er beheftet med stor andel missing på mange spørsmål, noe som bidrar til at man ikke vet om manglende svar betyr at tjenestene ikke finnes eller at dette ikke er kjent for de som har fylt ut skjemaet. I tillegg sier eksistensen av en tjeneste ikke noe om kvaliteten eller tilgjengelighet/utbredelse i landene.

<sup>7</sup> Inspirert av tabell i Katchnig mfl. (2006).

<sup>8</sup> <http://www.refinementproject.eu/> Se også under neste delkapittel

<sup>9</sup> Antall innleggelser ser derfor ut til å være 3-4 ganger lavere enn i Sverige og Finland, noe som ikke harmonerer med at Norge har en sengerate som er noe høyere enn Finland og langt høyere enn Sverige.

### 3.4 Sentrale bidrag og datakilder

Gjennom det siste tiåret har det vært arbeidet med rammeverk for evaluering av helsesystemer, etablering av indikatorer og innsamling av informasjon (Lauriks 2012, Moran og Jacobs 2013, Papanicolas og Smith 2013). Noen av disse har vært innen psykisk helsefeltet. Slike prosjekter har skjedd i egen regi av overnasjonale organisasjoner som WHO, OECD og EU, samt at EU har gitt støtte til større internasjonale forskningsprosjekter gjennom sitt rammeprogram. Gjennom dette ønsker man å få bedre kunnskap om organisering, finansiering og levering av tjenester, samt evaluere effekten av disse gjennom utvikling av bedre data og metoder for sammenligning. Et viktig formål er også å kunne følge opp og evaluere internasjonale strategier hvor landene har forpliktet seg til å utvikle innsatsen og tjenestene i en bestemt retning.

#### WHO

Verdens helseorganisasjon utviklet i etterkant av World Health Report 2001 WHO-Aims «The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems» (WHO 2005c). Dette er et verktøy for å samle inn informasjon om psykisk helsesystemer og består av 156 enkeltpunkter innen seks dimensjoner (domains). Det var først og fremst utviklet med tanke på informasjonsinnhenting fra lav og middelsinntektsland, men kan brukes av alle land. Siden 2001 har WHO utgitt såkalte ATLAS-publikasjoner. WHO Mental Health Atlas 2011 ble blant annet basert på et spørreskjema til 193 land. Siste versjon vektlegger i større grad kvantitative data og indikatorer fra WHO AIMS har vært viktige i den sammenheng. WHO samler årlig inn både epidemiologiske data, tjenestedata og økonomiske data for helsetjenesten. Sentrale ressurser på nett er European Health for All database (HFA-DB), Mortality indicator database (mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB)), European detailed mortality database (DMDB), European hospital morbidity database (HMDB). I disse databasene er noe data relevant for psykisk helsefeltet.

I 2008 publiserte WHO rapporten "Policies and Practices for Mental Health in Europe". Førte to land i WHO's Europaregion deltok i dette prosjektet. Deltakerlandene ble bedt om å fullføre et baseline spørreskjema for evaluering, et instrument opprinnelig designet av WHO's regionkontor for Europa og videreutviklet i samråd med de nasjonale kolleger fra deltakerlandene. Spørreskjemaet inneholder 90 spørsmål fordelt på de 12 milepæler i Mental Health Action Plan for Europe, introdusert av en seksjon med fokus på generelle helsepolitikk for mental helse og lovgivning. Dette prosjektet hadde ikke kapasitet til å sjekke gyldigheten av de viktigste kildene til de data som er mottatt, og de data som presenteres i rapporten reflekterer derfor informasjonen gitt og bekreftet av de ansvarlige kontaktpersoner i de deltakende landene. De mottatte data ble likevel vurdert og nærmere avklaring ble forespurt når det framkom inkonsistens mellom innsendte data og andre funn.

#### EU

Også gjennom EU har det gjennom forskningsprogrammer blitt utviklet flere rammeverk med indikatorer for evaluering av psykisk helsesystem, blant annet gjennom MINDFUL-prosjektet (se Stakes 2002, Wahlbeck 2006, Lavikainen mfl. 2006). Det ble foreslått 35 indikatorer innen fire dimensjoner (demografiske og sosioøkonomiske faktorer, helsestatus, determinanter for helse, helsesystem). Organisasjoner som WHO, OECD og Eurostat var involvert i arbeidet. Utvikling av indikatorer er første skritt på veien. Gjennom det videre arbeidet fant man at antall indikatorer som kunne brukes i internasjonale sammenligninger var svært begrenset av mulighetene for innhenting av (pålitelige) data fra landene (Lauriks mfl. 2012). I sluttrapporten formuleres det slik:

*"MINDFUL also shows that in many cases mental health data is non-comparable across Member States, due to differences in data collection, indicator definitions and health systems. However, the project also proposes solutions to increase comparability. Even if valid international cross-sectional comparisons are difficult to implement, progress in public mental health can still be monitored by analysing time trends using a longitudinal set of population based mental health indicators"* (Wahlbeck 2006).

Man må derfor skille klart mellom selve utviklingen av indikatorer for viktige sider ved tjenestene (definisjoner) og muligheten for å implementere dem i internasjonale sammenligninger på kort sikt (noen ganger også på lang sikt).

REFINEMENT-prosjektet<sup>10</sup> (REsearch on FINancing systems' Effect on the quality of MENTAl health care) var et EU-finansiert prosjekt som kom i gang i 2011 ut fra behovet for å sammenligne og standardisere ulike systemer for finansiering og tjenestevurdering innen psykisk helse i Europa. Det foreslås en blanding av kvantitative og kvalitative data for å studere finansieringsmodeller, organisering av tjenester, kontinuitet i tjenestene og indikatorer på kvalitet og praksis. Et viktig formål var å utarbeide verktøy(toolkits) som planleggere og beslutningstakere kan bruke for å identifisere, sammenstille og analysere data og informasjon som er tilgjengelige, selv om disse er uensartete og kildene er fragmenterte. Ni europeiske land deltok i prosjektet. Norge deltok gjennom forskningsstiftelsen SINTEF. Også i dette prosjektet støtte man på utfordringer med å få fram sammenlignbare data for en del av indikatorene i den flernasjonale piloteringen av verktøyene. Innenfor land og mellom land hvor helsesystemene er relativt like kan prosessen med innsamling og kvalitetssikring av datagrunnlaget antas å være lettere. I Spania og Finland har innsamling av data på basis av verktøyer brukt i prosjektet fått innflytelse på tjenesteorganiseringen<sup>11</sup>.

EU-kommisjonen publiserte i 2013 rapporten *“Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)»*(European Commision 2013). Prosjektets mandat var å kartlegge psykiske helsesystemer i 27 europeiske medlemsstater og to andre land, Kroatia og Norge. Et hovedtema er i hvilken grad politikk for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser har påvirket helsesystemene og relaterte systemer innenfor hvert land. Statusrapporten forsøker å gi en oppdatering av psykiske helsesystemer i landene, status for psykisk helse i befolkningen, og en oversikt over utviklingen i helsefremmende og forebyggende tiltak knyttet til psykiske lidelser (i form av de forventede gevinster og retning på arbeidet).

## OECD

System of Health Accounts i regi av OECD har som formål å utvikle indikatorer på hvor godt helsesystemene leverer, inkludert utvikling av kvalitetsindikatorer. Dataene er tilgjengelige gjennom OECD Health Data som er tilgjengelig på nett og i publikasjoner i serien OECD Health at a Glance. En viktig oppgave er å harmonisere datainnsamlingen i regi av OECD, WHO og Eurostat, både for å bedre kvaliteten på rapportering og lette rapporteringsbyrden på landene. Dette skjer ved at det utarbeides felles skjema for rapportering. OECD Health Data-basen ligger tilgjengelig på nettet. OECD's rapport «Health at a Glance» har begrenset informasjon om psykisk helsefeltet, men i 2014 publiserte OECD rapporten *“Making Mental Health Count. The social and economic costs of neglecting mental health care”*. Publikasjonen ser på omkostningene knyttet til psykiske lidelser og plager, og gir ut fra tilgjengelig dokumentasjon anbefalinger knyttet til god tjenesteutvikling, kvalitetsmåling, organisering, finansiering og styring av psykisk helse. OECD laget også en egen rapport med en vurdering av norsk helsetjeneste i 2014 (OECD 2014b), herunder et eget kapittel som tok for seg utviklingen innen psykisk helse.

## Nordisk statistikk

Felles nordisk statistikk på helse og helsetjenester utarbeides av NOMESKO. De utgir en årlig publikasjon for sammenlignbar statistikk mellom landene, og gir også en oversikt over organisering av helsesektoren i de nordiske landene. Den årlige Helsestatistikken har lite spesifikt for psykisk helse, men gir noe informasjon på medisinforbruk og statistikk etter spesialitet hvor psykiatri inngår samt etter hoveddiagnose (ICD-10). I 2005 ble det imidlertid utarbeidet et eget bilag med fokus på psykisk helse. Statistikken er tilgjengelig på [www.nowbase.dk](http://www.nowbase.dk)

<sup>10</sup> Prosjektet REFINEMENT Se link: <http://www.refinementproject.eu/about.php>

<sup>11</sup> [http://cordis.europa.eu/result/rcn/149791\\_en.html](http://cordis.europa.eu/result/rcn/149791_en.html)



### **Økt fokus på regionale variasjoner innen land**

Nasjonale tall kan skjule at det kan finnes store regionale variasjoner innad i landene. Det har vært økt oppmerksomhet rundt slike regionale og geografiske variasjoner de senere årene. I deler av innrapporteringen til den internasjonale statistikken på helseområdet blir landene nå også bedt om å rapportere på regionnivå.

### **Datagrunnlag for denne rapporten**

Som grunnlag for de internasjonale sammenligningene i denne rapporten brukes tilgjengelige data fra WHO, OECD og EU supplert med andre sentrale forskningsbidrag og publikasjoner, blant annet noen resultater fra et EU-finansiert prosjekt hvor Norge deltok (REFINEMENT) som ble avsluttet i 2014.

## **DEL II: FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER**



## 4 Psykisk helse i Norge og andre land

Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen. WHO rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelsene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår (Helsedirektoratet 2009a). Analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende årsak til sykdom i den vestlige del av verden (Sartorius 2001; Ürstün og Kessler 2002).

OECD anslår at cirka 20% av befolkningen i yrkesaktiv alder i OECD-landene har et psykisk helseproblem som kvalifiserer til å gis en diagnose (OECD 2014a). En studie av europeiske land fant at 38 prosent av EU's befolkning i løpet av et år har en psykisk lidelse eller andre hjerne-relaterte tilstander. Da er tilstander som psykisk utviklingshemming, søvnforstyrrelser, demenslidelser, ADHD og autisme inkludert. Holdes de nevnte gruppene utenfor ble andelen redusert til 27 prosent (Wittchen mfl. 2011). Angst, søvnproblemer, depresjon og somatoforme<sup>12</sup> symptomer er de mest vanlige tilstandene. Noen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er milde, mens andre er svært alvorlige, noen kan være kortvarige og situasjonsbetingede, mens andre varer livet ut. Mange mennesker kan leve et vanlig liv med begrenset behov for hjelp fra helsetjenesten til tross for en psykiatrisk diagnose, mens andre har behov for omfattende oppfølging, i perioder eller kontinuerlig. Uansett behov er det viktig at samfunnet uavhengig av den enkeltes bakgrunn og posisjon kan hjelpe de som trenger det, når de trenger det. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er på nivå med forekomsten i andre europeiske land (Mykletun mfl.2009). Se kapittel. 4.3 for mer informasjon om internasjonale sammenligninger.

### 4.1 Hva er forekomsten av psykiske lidelser blant voksne i Norge?

#### Psykiske lidelser versus vansker

Psykiske lidelser er symptomer som påvirker tanker, følelser, væremåte og samvær med andre. Ved psykiske lidelser er symptombelastningen så stor at det kan stilles en diagnose, som moderat eller alvorlig depresjon eller angstlidelse. Psykiske lidelser debuterer som regel tidlig i livet og kan vedvare med gjentatte episoder dersom de ikke behandles eller behandlingsprognosen blir dårligere om en venter lenge med å oppsøke hjelp. Psykiske vansker oppleves som belastende, og medfører ofte redusert livskvalitet. Symptombelastningen er likevel ikke så stor som ved psykiske lidelser. Psykiske vansker innebærer gjerne så mye symptomer at det går utover trivsel, daglige gjøremål, læring, og samvær med andre, men uten at kriteriene for diagnoser er tilfredsstillt (Mykletun m.fl 2009).

#### Forekomst av psykiske lidelser

I løpet av ett år vil 10-30 prosent av den voksne befolkningen ha psykiske symptomer som fyller kriteriene for minst én psykisk lidelse, og av disse vil halvparten fylle kriteriene for minst to lidelser. Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Folkehelseinstituttet 2014). Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/ misbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen. Rundt en fjerdedel av den voksne befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet og rundt 15 prosent i løpet av ett år. Omtrent like mange vil rammes av alkoholavhengighet og alkoholmisbruk. Depresjon vil ramme en av fem nordmenn i løpet av livet og 10 prosent i løpet av ett år (Kringlen mfl. 2001; Mykletun mfl. 2009)<sup>13</sup>. De relativt høye forekomsttallene må forstås utfra at diagnosesystemene favner ganske bredt, f.eks. er spesifikke fobier og lettere depresjoner som varer kort tid og går over av seg selv inkludert.

<sup>12</sup> En somatoform lidelse er en tilstand med kroppslige symptomer og tegn uten at det foreligger en kroppslig sykdom. Pasienten er vedvarende bekymret for at det foreligger sykdom (Norsk Helseinformatikk)

<sup>13</sup> For mer utfyllende informasjon om forekomst av spesifikke lidelser (ulike former for angstlidelser, stemningslidelser, rusrelaterte lidelser m.m., se Mykletun m.fl FHI Rapport 2009:8).

Det er kjønnsforskjeller når det gjelder forekomst av en del psykiske lidelser. Forekomsten av angstlidelser, depressive lidelser, og spiseforstyrrelser er høyere hos kvinner (angst og depresjon er mer enn dobbelt så vanlig hos kvinner som hos menn), mens rusrelaterte lidelser er vanligere hos menn (forekommer halvparten så hyppig for kvinner). For de fleste andre psykiske lidelser er det kun små kjønnsforskjeller. Forekomsten av psykiske lidelser varierer også med bl.a. alder, sivil status, bosted og sosioøkonomisk status (Nes mfl. 2011).

Det er begrenset kunnskap om utbredelsen av psykiske lidelser blant innvandrerbefolkningen (Folkehelseinstituttet 2014). Helse- og levekårsundersøkelsen for innvandrere fra 2005 viste til en høyere andel psykiske lidelser i innvandrerbefolkningen enn blant etnisk norske, men det er noe variasjon mellom gruppene som undersøkelsen omfattet.

For flyktninger er det betraktelig mer psykiske plager enn hos andre innvandrere og etnisk norske. Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport fra 2009 viste til at man for enkelte grupper antar at mer enn halvparten av de som søker om opphold i Norge har psykiske senskader av en art som normalt vil kreve behandling. De hyppigst forekommende psykiske lidelsene i flyktninggruppen er posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depressive lidelser og angstlidelser, somatiske lidelser, korte reaktive psykoser og tilpasningsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2009b). De psykiske plagene og lidelsene kan ha sammenheng med belastninger i hjemlandet (til eksempel krig, tortur, forfølgelse og vold), belastninger ved migrasjonen i seg selv eller forhold knyttet til eksiltilværelsen.

#### **Komorbiditet** <sup>14</sup>

Folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet 2014) viste til at 10-30 prosent av den voksne befolkningen i løpet av ett år vil ha psykiske plager som fyller kriteriene for minst én psykisk lidelse, og av disse vil halvparten fylle kriteriene for minst to lidelser (fra Kessler 2005). Angst og depresjon, samt ruslidelser og andre stemningslidelser er lidelsene som oftest opptrer sammen. Forskningen viser også at personer som rammes av flere psykiske lidelser har sterkere funksjonsnedsettelse og dårligere prognose enn de som rammes av én lidelse (ibid). For eksempel kan personlighetsforstyrrelser vanskeliggjøre behandling av angst og depresjon (Skodol 2011). Den totale sykdomsbyrden kan slik bli større enn summen av hver lidelse for seg.

#### *Mange har samtidig rusmiddelproblem*

Mange med psykiske lidelser opplever rusmiddelproblemer. Personer med psykiske lidelser har en høyere rusmiddelbruk enn ellers i befolkningen (Folkehelseinstituttet 2014). Livstidsforekomsten (misbruk, skadelig bruk eller avhengighet) av en ruslidelse blant personer med schizofreni eller bipolar lidelse ligger på mellom 40 og 60 prosent (Regier mfl. 1990, Ringen mfl. 2008). En undersøkelse fra Oslo viste at pasienter med stabil schizofreni eller bipolar lidelse hadde 44 prosent høyere andel med livstidsforekomst av illegalt rusmiddelbruk enn en kontrollgruppe. Spesielt var bruken av sentralstimulerende legemidler høy blant pasienter med schizofreni (Ringen mfl. 2008).

Det er en lavere forekomst av ruslidelser blant de med mindre alvorlige psykiske lidelsene som angst og depresjon, men den er fortsatt er høy. Befolkningsstudier viser at mellom 18-28 prosent av personer med depresjon også har problemer med misbruk eller avhengighet av alkohol eller andre rusmidler. For personer med angstlidelser varierer det fra 14 til 24 prosent siste året. Forekomsttallene er høyest for personer med rusmiddelavhengighet som er den alvorligste formen for ruslidelser. Personer med agorafobi og panikkanfall og generalisert angst har den høyeste forekomsten av en ruslidelse (Grant mfl. 2004).

Flere utenlandske og norske studier viser høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er i behandling i psykisk helsevern (Helsedirektoratet 2012b). Størst er forekomsten i sikkerhetsavdelinger

<sup>14</sup> Den generelle beskrivelsen av komorbiditet i befolkningen er i hovedsak hentet fra Folkehelse rapporten 2014 (Folkehelseinstituttet 2014).

og akuttavdelinger (ca 40 - 60 prosent). Innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det høy forekomst av psykiske lidelser, særlig personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon. Sosialtjenesten mener at deres største utfordring er å hjelpe klienter som har samtidig rus og psykiske lidelser. Ose og Pettersen (2014) viste at av hele pasientpopulasjonen ved døgnavdelinger innen psykisk helsevern (punkt telling 2012 ) var det 12 prosent som hadde samtidig alvorlig psykisk lidelse og et rusproblem. Dette var enten i form av en ruslidelse som hoveddiagnose eller bidiagnose eller at pasienten bruker rusmidler oftere enn to ganger i uken. Andelen blant mannlige pasienter var 18 prosent, mens andelen var seks prosent blant de kvinnelige pasientene.

#### *Mange med psykiske vansker og lidelser i fengslene*

I rapporten «Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler» – fant man at 73 prosent av utvalget hadde symptomer forenlig med en eller flere personlighetsforstyrrelser, 42 prosent hadde symptomer på pågående angstlidelse, 23 prosent hadde symptomer på pågående stemningslidelse, 18 prosent hadde symptomer forenlig med ADHD og 4,1 prosent hadde symptomer forenlig med pågående psykose. 28,7 prosent hadde hatt alkoholmisbruk eller avhengighet, og 51,3 prosent hadde hatt narkotikamisbruk eller avhengighet. Altså en betydelig høyere forekomst enn i befolkningen ellers (Cramer 2014).

#### **Omfanget av vold i nære relasjoner i Norge**

Vold i nære relasjoner er i St. Mld. 15 «Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner: Det handler om å leve» (2012-2013) definert som et folkehelseproblem. Stortingsmeldingen viser også til de helsemessige konsekvensene volden kan gi, herunder også langvarige negative helseeffekter. Volden kan bidra til svekket fysisk og psykisk helse, og til eksempel risikoatferd som røyking, rusmiddelmisbruk og mangel på fysisk aktivitet. Voldserfaringer tidligere i livet kan gi framtidig svekket helse også som voksen. Vold i nære relasjoner har en betydelig påvirkning på omfanget av psykiske lidelser og vil også øke risikoen for selvmordsforsøk

I 2014 ble den nasjonale omfangsundersøkelsen «Vold og voldtekt i Norge» lansert (Thoresen og Hjemdal 2014). Blant hovedfunnene i denne undersøkelsen ble det vist til at forekomsten av voldtekt noen gang i løpet av livet var 9,4 prosent for kvinner og 1,1 prosent for menn. 49 prosent av kvinnene rapporterte voldtekt hadde opplevd voldtekt før fylte 18 år, og det var ingen indikasjoner på at omfanget på voldtekt mot unge kvinner hadde gått ned over tid. Om lag 5 prosent av både mennene og kvinnene hadde opplevd alvorlig fysisk vold fra foresatte i løpet av barndommen. For mindre alvorlig vold i barndommen var forekomsten noe lavere blant de yngre som deltok i undersøkelsen, mens denne endringen ikke var til stede for den mer alvorlige volden. For partnervold var det 8,2 prosent av kvinnene og 1,9 prosent av mennene som hadde opplevd å ha vært utsatt for alvorlig vold (sparket, tatt kvelertak, banket opp). Disse og flere av de andre funnene i den nasjonale omfangsundersøkelsen underbygger at vold i nære relasjoner bør ses på som et alvorlig folkehelseproblem, og undersøkelsen er planlagt gjennomført på nytt hvert femte år. Har nivået av psykiske lidelser blant voksne endret seg?

#### **Har forekomsten av psykiske lidelser blant voksne endret seg?**

Ut fra dagens kunnskap har man ikke grunnlag for å si at utbredelsen av psykiske lidelser i den voksne befolkningen har endret seg de senere årene. De fleste resultatene fra de viktigste norske og internasjonale undersøkelsene av endring i utbredelse viser ingen vesentlig endring (Mykletun mfl. 2009). Andre studier viser både høyere og lavere forekomst. Samfunnets måte å forholde seg til disse lidelsene på har imidlertid endret seg; stadig flere med psykiske vansker og lidelser blir behandlet, og en større andel uførepensjonere innvilges med bakgrunn i en psykisk lidelse (ibid.).

## 4.2 Hva er forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge?

Psykiske vansker og lidelser er et stort helseproblem hos barn og unge i Norge i dag. På ethvert tidspunkt har mellom 15 og 20 prosent av barn og unge i Norge nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. Omtrent 8 prosent av norske barn og unge har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Hos mange er symptomene midlertidige, og hver tredje 16-åring vil oppfylle de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse en eller annen gang i løpet av barneårene (Mykletun mfl. 2009).

Symptomene på og forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge varierer på ulike alderstrinn, men kan også variere med familiære og sosioøkonomiske forhold. Beregningen av forekomsttall varierer også med informantgruppe og målemetode.

De vanligste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene er angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Om lag 5 prosent av barn i grunnskolealder antas å ha ADHD. Mellom 25 og 40 prosent av barn med diagnostiserbar psykisk lidelse vil ha symptomer som varer i mange år, mens de resterende vil ha forbigående symptomer (Mykletun mfl. 2009).

Tall fra Mykletun m.fl. (2009) viser at hyppigst i tidlig førskolealder (0 - 4 år) er reguleringslidelser (søvn, spising og renslighet) (10 - 15 prosent), atferdsforstyrrelser (6 - 10 prosent) og angstlidelser (6 - 10 prosent). Fra tre-fireårsalderen identifiseres autismspekterforstyrrelser (knappe 1 prosent), mens utviklingsforstyrrelser som ADHD (2 - 5 prosent) vanligvis diagnostiseres fra fem-seksårsalderen. I siste del av barndommen diagnostiseres de første barna med alvorlige depresjoner (3 - 8 prosent), alvorlige spiseforstyrrelser (rundt 1 prosent) og psykoser (knappe 1 prosent).

Ved slutten av tenårene er de mest utbredte lidelsene: angstlidelser, depresjon, atferdsforstyrrelser og lærevansker, ADHD, spiseforstyrrelser, villet egenskade, rusmisbruk, og i sjeldnere tilfeller også autismspekterforstyrrelser, psykoser og manier.

Folkehelse rapporten viser at forskjellene i psykiske helseplager mellom innvandrere og etnisk norske er mindre for barn enn for voksne (Folkehelseinstituttet 2014). En undersøkelse gjennomført av Folkehelseinstituttet (2008) basert på data fra UngKul-undersøkelsene viste til at emosjonelle problemer var hyppigere forekommende blant barn med innvandrerbakgrunn i aldersgruppen 10-12 år enn hos etnisk norske fra samme aldersgruppe.

### Komorbiditet

Også blant barn og unge er det mange som har flere lidelser som opptrer samtidig (Folkehelseinstituttet 2014). Det er blant annet funnet at 40 prosent av ungdommer i 13-18-årsalderen som lider av en gruppe av psykiske lidelser (f.eks. stemningslidelser) også tilfredsstillende kriteriene for en annen gruppe av psykiske lidelser (f.eks. atferdsforstyrrelser) (Merikangas 2010). Også blant yngre barn er komorbiditet vanlig, blant annet hos barn med atferdsforstyrrelser.

### Omfanget av vold mot barn og unge

Den nasjonale omfangsundersøkelsen på vold og voldtekt i Norge (2014) inneholdt også spørsmål om voldserfaringer som barn og unge. Om lag like mange menn som kvinner (10 pst.) hadde opplevd fysisk vold mellom sine foreldre i barndommen, mens flere kvinner (15,4 pst.) enn menn (11,2) hadde opplevd psykologisk vold fra foresatte i barndommen. Flere menn (33,0 pst.) enn kvinner (27,7 pst.) hadde opplevd mindre alvorlig fysisk vold fra sine foresatte i barndommen.

I en undersøkelse gjennomført av NOVA i 2007 (Mossige og Stefansen 2007), der avgangselever i videregående skole ble stilt spørsmål om voldserfaringer, oppga 25 prosent av elevene at de hadde opplevd minst ett tilfelle av fysisk vold fra en av foreldrene, 7 prosent oppga erfaringer med fysisk vold fra begge foreldrene. Hver tiende ungdom oppga at de hadde sett eller hørt minst en av foreldrene blitt utsatt for fysisk vold i løpet av oppveksten. I samme undersøkelsen rapporterte

15 prosent av jentene og 7 prosent av guttene at de hadde blitt utsatt for seksuelle krenkelser av alvorlig karakter (erfaringer både i og utenfor egen familie).

#### Har nivået av psykiske lidelser blant barn endret seg?

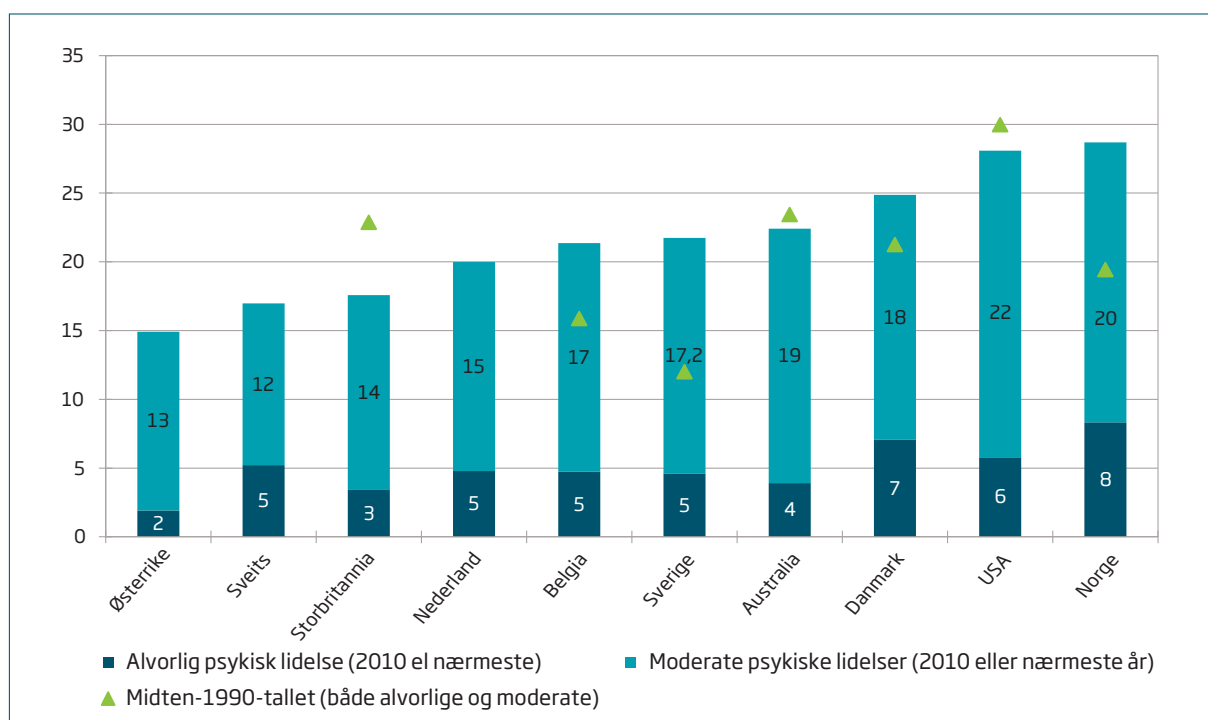
Det finnes noen nyere rapporter fra Norge og Norden som berører dette temaet. Det ser ikke ut til å være noen entydig trend her, selv om det finnes holdepunkter for å anta en svakt økende utbredelse av psykiske lidelser blant unge (Augustsson & Hagquist 2011; Samdal mfl. 2009); von Soest 2012; SSBs HUS 2012).

### 4.3 Internasjonale sammenligninger av psykisk helse i befolkningen

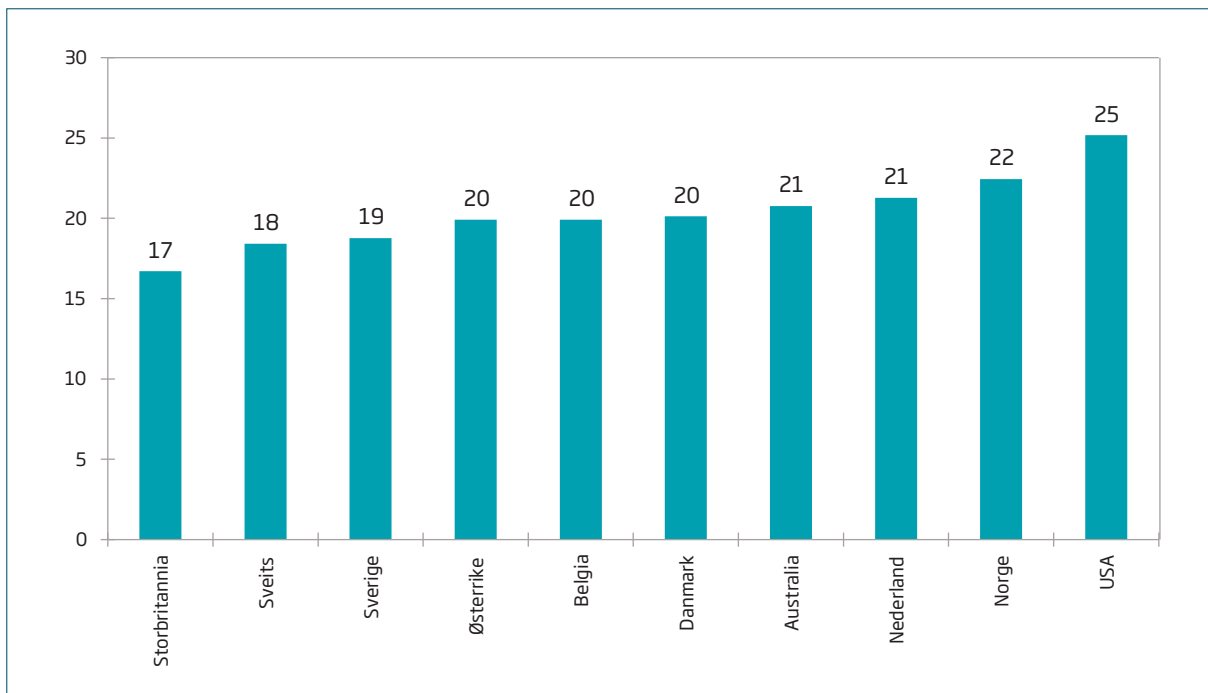
Tidligere internasjonale sammenligninger av land i Europa viser at Norge og de skandinaviske landene ligger i toppen når det gjelder tilfredshet med livet og andel som opplever personlig og sosialt velvære (Clench-Aas mfl. 2009).

Når det gjelder diagnostiserte psykiske lidelser foreligger det få internasjonale undersøkelser med felles metodikk der en direkte kan sammenligne hyppigheten av psykiske lidelser. En rapport fra Folkehelseinstituttet (Mykletun mfl. 2009) gir en oversikt over tilgjengelige datakilder og beregninger for de ulike psykiske lidelsene. I sum viser denne rapporten at forekomsten av psykiske lidelser i Norge er på nivå med forekomst i andre europeiske land. Den såkalte ODIN-studien (ODIN = Outcome of Depression in Europe Network) som sammenligner depresjon i fem europeiske land (Norge, Irland, England, Finland og Spania) viser for eksempel at norske forekomsttall ikke skiller seg fra gjennomsnittet (Ayuso-Mateos mfl. 2001). Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er også på nivå med forekomst i USA, med unntak av stoff og alkoholmisbruk, hvor forekomsten er høyere i USA (Nes mfl. 2011).

Tall fra OECD indikerer en relativt høy andel med psykiske lidelser blant unge i alderen 15-24 år i Norge sammenlignet med 9 andre OECD-land (OECD 2014a). Den totale prevalensen for befolkningen i yrkesaktiv alder var imidlertid relativt lik i landene og lå rundt 20 prosent slik dette ble beregnet av OECD.



Figur 4.1 Andel av befolkningen i alderen 15-24 år med psykiske plager eller lidelser (mental disorder).



Figur 4.2 Andel i alderen 15-64 år med psykiske plager eller lidelse (2010 eller nærmeste år).

Kilde: OECD 2014a Making Mental Health Count<sup>15</sup>

Ifølge OECD-tall er bruken av antidepressiva i Norge omtrent på gjennomsnittet sammenlignet med 23 andre OECD-land (OECD 2014a) og i de fleste land har det vært en betydelig vekst fra 2001 til 2011. Ulikheter mellom landene kan både skyldes ulik forekomst av psykiske plager, men også ulik medisinsk praksis eller organisering og tilgjengelighet til tjenester.

#### Psykiske lidelser blant barn i Norge sammenlignet med andre land

Resultater fra Barn i Bergen-studien (longitudinell befolkningsbasert studie som følger alle barn født i Bergen 1993 -95 fra tidlig skolealder til ungdomstiden) viser at rundt 7 prosent av 8-10-åringene har en eller annen psykisk lidelse (utfra kriterier i DSM-IV og ICD-10). Dette ligger i nedre del av skalaen når en sammenlikner med tall fra studier gjort i andre land i verden (Heiervang et. al 2007). I følge Folkehelse rapporten 2014 (Folkehelseinstitutt 2014), ser det ut til at atferdslidelser er mindre vanlig hos norske barn enn hos barn i andre vestlige land. Det samme gjelder depresjonsplager i ungdomsårene. Dette kan imidlertid komme av kulturelle forskjeller i forståelsen og rapporteringen av problematisk atferd og psykiske lidelser hos barn og unge.

<sup>15</sup> Se redegjørelse for datagrunnlag i originalkilden. OECD (2012), "Measuring Mental Health and its Links with Employment", in Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-4-en> Norway: Level of Living and Health Survey 1998, 2002 and 2008



## 5 Prioritering av psykisk helse gjennom politikk og lovgivning

At det enkelte land har en klar politikk og strategiske planer for psykisk helse feltet er et viktig signal om at psykisk helse er et prioritert område, og det er viktig for å koordinere aktiviteter, utnytte ressurser mer effektivt og gi bedre kvalitet på tjenestene, og sikre lik tilgjengelighet. Egne planer for psykisk helse kan også være et effektivt verktøy for å prioritere psykisk helse økonomisk.

I 2001 oppga 67 prosent av landene i Europa at de hadde en egen politikk for psykisk helse (WHO 2001b). Gjennom Helsinkideklarasjonen for psykisk helse i Europa (2005) forpliktet landene i den europeiske regionen av WHO å etablere en helsepolitikk for psykisk helse og lage strategier og lovgivning basert på eksisterende kunnskap. I flere nyere kartlegginger etter dette angir de fleste europeiske land at de har strategier og planer for psykisk helse (European Commission 2013, WHO 2008a, Semrau mfl. 2011). Samtidig kan det variere i hvilken grad disse er integrert i generelle helseplaner. I 2008 hadde 21 av 42 land i WHO's europaregion utarbeidet strategier for mental helse som egne dokumenter, mens 13 land oppga at dette var integrert som en del av den generelle helsepolitikken herunder Østerrike, Finland, Sverige og Luxemburg (EU15 land). 78 prosent hadde strategier totalt sett.

Det kan også variere om strategier og planer er nasjonale eller om ansvaret for dette ligger på regionalt eller lokalt nivå. Ulike organisasjonsmodeller for planlegging og styring av tjenestene kan tenkes å påvirke prioriteringen av psykisk helse, blant annet gjennom finansiering.

En kartlegging i åtte europeiske land (Italia, Spania, Frankrike, Østerrike, England, Romania, Finland og Norge) i 2013 viste at de fleste av disse landene har en overordnet nasjonal plan for psykisk helse (Refinement-prosjektet <sup>16</sup>). Unntakene var Østerrike og Italia som har planer på regionnivå. Planer på region- og/eller lokalt nivå finnes i flertallet av landene. I Norge har vi også planer på flere nivå. I noen land (Italia, Romania og Spania) finnes separate forvaltningsenheter for psykisk helse på regionnivå som er involvert i tjenestepanlegging, men ikke nødvendigvis i styring av tjenestene (Romania).

### Litt mer om lovgiving og pasientrettigheter

OECD spurte i 2012 medlemslandene om psykisk helse i lovgivningen. Flesteparten av landene har inkludert psykisk helse i generell lovgivning som omhandler for eksempel tilgang til tjenester, rettigheter for mennesker med funksjonsnedsettelse eller som omhandler ulike former for diskriminering. I tillegg har mange land egen lovgivning på psykisk helsefeltet.

Tabell 5.1 Lovgivning om psykisk helse i OECD land

| Det finnes egen lovgivning om psykisk helse  | Psykisk helse er inkludert i generell lovgivning (Mental health provisions are included in different legislations)                                  | Det er egen lovgivning på psykisk helse og regulering knyttet til psykisk helse er også inkludert i annen lovgivning |
|--|---|--|
| Canada, Estland, Finland, Frankrike, Island, Irland, Israel, Italia, Japan, Korea, Luxembourg, New Zealand, Norge, Polen, Portugal, Slovenia, Sverige, Storbritannia (England) | Australia, Østerrike, Belgia, Canada, Tyskland, Ungarn, Israel, Italia, Luxembourg, Mexico, Nederland, Norge, Slovakia, Spania, Sveits, Tyrkia, USA | Canada, Israel, Italia, Luxembourg, Norge  |

Kilde: OECD (2014) basert på OECD Mental Health Questionnaire 2012.

<sup>16</sup> Publisert i *The Refinement Decision Support Toolkit Manual – APPENDIX. Examples from the REFINEMENT data collection.* Se <http://www.refinementproject.eu/results.php>. Under download section

De fleste land gir gjennom sin lovgivning retningslinjer for bruk av tvangsinnleggelses og bruk av tvang under behandling. Av landene i Europa som har egne lover knyttet til psykisk helse hadde cirka 40 prosent oppdatert disse siden 2005 (i hht. Europeisk deklarasjon for mental helse) ifølge Semrau mfl. (2011), mens i 25 prosent av landene var lovgivningen uendret siste 10 år.

I noen få land er det kommet lovgivning knyttet opp mot grunnleggende helsereformer, og spesielt for å fase ut bruken av psykiatriske sykehus (langtidsavdelinger) og erstatte dette med mer lokalbaserte tjenester utenfor sykehus kombinert med akuttpsykiatriske avdelinger ved ordinære akuttpsykehus. Dette var blant annet tilfelle i Italia i 1978. I blant annet Norge (Opptrappingsplanen 1998-2008) og i Sverige (Psykiatireformen 1995) ble det satt i gang reformer som skulle styrke den åpne omsorgen og det lokalbaserte tilbudet, men endringen ble i hovedsak gjennomført ved bruk av øremerkede midler til oppbygging av ønskede tilbud og ikke gjennom lovendringer (Lindquist mfl. 2011). Kommunens ansvar for personer med psykiske problemer og rusmiddelproblemer er tydeliggjort i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) som trådte i kraft 1.1.2012, der brukergruppene er nevnt eksplisitt.<sup>17</sup>Loven følger opp Samhandlingsreformen, og innebærer en harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Det er også etter hvert kommet egne lover om pasientrettigheter i en del land og her var Norge tidlig ute med lov om pasientrettigheter i 1999. En sentral del av dette er pasienters rett til utredning og behandling innen angitte tidsfrister. Rettighetene er ofte generelle og gjelder ofte alle pasientgrupper inklusive psykisk helsetjeneste. I noen land er det forsterkede rettigheter for barn og unge. Dette gjelder blant annet Norge, Sverige, Danmark og Finland. I tillegg til juridiske rettigheter kan ventetidsgarantier kan være kombinert med ordninger som gir pasientene muligheter til å velge behandler/behandlingssted. Norge har vedtatt at dette skal innføres også for psykisk helse og rusfeltet. Forskjeller i innhold og innslag av lover og regler som omhandler pasientrettigheter og valgfrihet varierer og kan tildels være relatert til styringssystem og styringslogikk i skattebaserte og forsikringsbaserte helsesystemer.

## 5.1 Økonomisk prioritering av psykisk helse

Tall fra OECD viser at generelle helseutgifter per innbygger er høy i Norge sammenlignet med de fleste OECD-land. Som andel av BNP ligger vi omkring gjennomsnittet (Kunnskapssenteret 2013). Ulike måter å avgrense helseutgifter på og ulike måter å ta hensyn til ulikt kostnadsnivå mellom land bidrar til at Norges plassering i forhold til andre høyinntektsland kan variere.

Andel av totale helseutgifter til psykisk helse kan brukes som en indikasjon på hvor høyt dette prioriteres i et land (WHO 2011d, 2013). Tall fra WHO viser store landvise forskjeller i nivået av utgifter til psykisk helse helsetjeneste (ibid). Det er en systematisk sammenheng mellom inntektsnivået i et land og hvor stor del av helseutgiftene som brukes på mental helse (WHO 2013). I WHO sine tall for europeiske land framstår Norge, Frankrike og Storbritannia som landene med høyest andel til psykisk helse av det totale helsebudsjettet (over 12 pst.), mens de fleste land bruker mellom fire og åtte prosent (European Commission 2013). Disse forskjellene oppstår både fordi landene har forskjellig nivå på sine utgifter (helsetjenester som andel av BNP) og fordi andel av det totale helsebudsjettet som er brukt på psykisk helse er forskjellig.

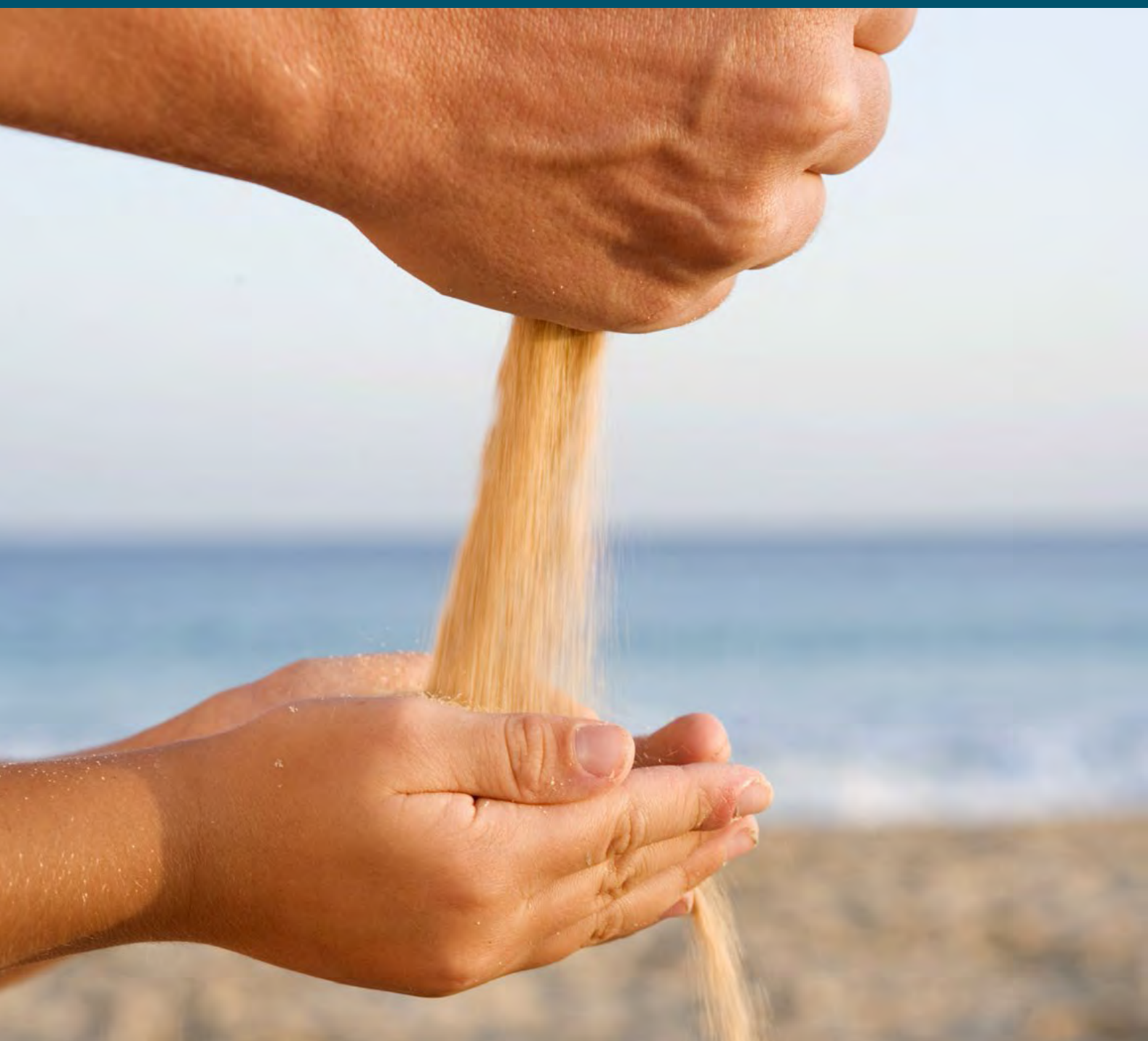
<sup>17</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd

Det er utfordrende å få fram gode og presise sammenlignbare data på landnivå. Dette skyldes både varierende tilgjengelighet på separate regnskapstall for psykisk helse og forskjeller i hva slags tjenester utgiftene som oppgis faktisk dekker. Avgrensingen av hva som regnes inn under psykisk helsetjenester kan være forskjellig og bidrar til å vanskeliggjøre direkte sammenligninger. Dette kan gjelde også innenfor et land.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Eksempler fra REFINEMENT-prosjektet knyttet til avgrensingen mellom helse og sosialtjenester illustrerer dette. I Veneto-regionen i Italia dekkes, i tillegg til helsetjenester, en rekke sosial tjenester, som omsorgs- og boligjenester, arbeidstiltak mm av det lokale helsedistrikt så langt budsjettet rekker og disse tjenestene kan identifiseres som utgifter tilknyttet psykisk helse. I Norge kan ikke kommunale utgifter til psykisk helse og omsorg identifiseres (skilles ut fra tjenester til andre grupper) i den offisielle statistikken, selv for tjenester som tilbys eksklusivt for psykisk helse brukere.

## **DEL III: UTVIKLINGSTRENDER I HELSETJENESTER INNEN PSYKISK HELSE**



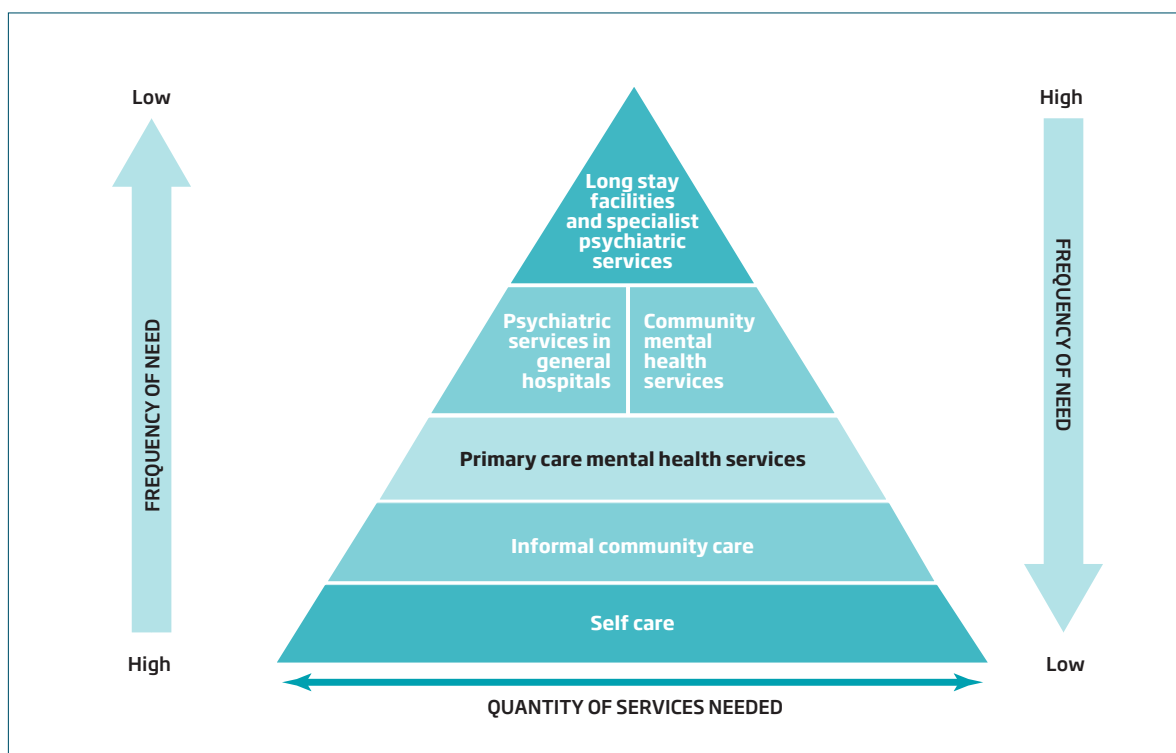
## 6 Internasjonale trender i utvikling av tjenester for mennesker med psykiske lidelser

### 6.1 Fra sykehus til lokalsamfunn

Internasjonalt har det vokst fram en konsensus om viktige prinsipper for organisering av tjenester til mennesker med psykiske helseplager eller lidelser (Caldas de Almeida og Killaspy 2011, Becker og Kilian 2006). Becker og Kilian oppsummerer noen ledende prinsipper i reformprosesser innen psykisk helsetjeneste i Europa i fire punkter:

- i) Deinstitutionalisering og nedleggelse av de gamle psykiatriske sykehus;
- ii) Utvikling av alternative lokalsamfunnbaserte/distriktspsykiatriske tjenester;
- iii) Integrering av psykisk helse i andre helsetjenester og
- iv) Integrering av psykisk helse i de generelle helse og omsorgstjenestene og sosialt arbeid i lokalsamfunnet

Prinsippene skissert ovenfor gjenspeiles også i WHO sin anbefaling for organisering av psykisk helsetjeneste (figur 6.1).



Figur 6.1 Pyramide for tjenesteorganisering som gir optimal sammensetning av tjenester innen psykisk helse. Kilde WHO (2009).

Et sentralt poeng er at tjenestetilbudet til de med psykiske lidelser skal sidestilles med andre helseproblemer. For det første ved at den generelle primærhelsetjenesten kan identifisere vanlige psykiske plager og behov for oppfølging. Et annet poeng er at sykehusbasert spesialisthelsetjeneste innen psykisk helse i størst mulig grad organiseres som en del av det generelle sykehusstilbudet.

Primærhelsetjenesten er viktigste vei inn i helsetjenesten for alle typer helseproblemer. Hvilken hjelp man får skal baseres på den enkeltes behov og samtidig sikre hensiktsmessig bruk av samfunnets kompetanse og ressurser. Primærlegen har et godt utgangspunkt fordi hun/han ofte har god kjennskap til sine pasienter og blant annet kan vurdere koblinger mellom somatiske symptomer og psykiske plager. For pasienter som den generelle helsetjenesten ikke har et godt nok tilbud til skal det finnes et lokalbasert tjenestetilbud (community mental health services) som dekker alt fra tilgang til spesialistkonsultasjoner til rehabiliteringstjenester og boligsosiale tiltak. De fleste med milde eller moderate psykiske lidelser bor i egen bolig, har en jobb eller går på skole, og klarer seg i hovedsak selv gitt god tilgang til konsultasjonsbaserte tjenester som primærlege, psykiatrisk sykepleier, psykolog, psykiater. Andre trenger støtte fra andre psykososiale tjenester over kortere eller lengre tid. Et mindretall med alvorlige psykiske lidelser trenger også et botilbud med tilgjengelig personell på dagtid eller døgnet rundt.

Innleggelse på sykehus kan være nødvendig ved akutte kriser. I tillegg kan det være hensiktsmessig å legge inn pasienter for utredning og behandling av tilstander som krever spesiell kompetanse og hvor tilbudet derfor er mer sentralisert geografisk. Slike spesialiserte tjenester kan for eksempel omfatte tilbud for spiseforstyrrelser, dobbeltdiagnoser rus og psykiatri (ROP), tvangslidelser mm. Det må også være tilgang til langtidsplasser innen sikkerhetspsykiatri.

Gjennom de siste 50 år har det skjedd store endringer i organiseringen av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser både i Norge og andre land. Historisk sett har tilbudet til de med alvorlige psykiske lidelser utviklet seg fra å være svært institusjonsbasert og preget av avsondring fra samfunnet utenfor, via en periode med nedbygging av asylene og nå til en mer lokalsamfunnsbasert tilnærming med en balanse mellom lokale helse,- og omsorgstilbud og sykehustjenester. De store mentalsykehusene med langvarige innleggelser som ofte var lokalisert helt for seg selv er i stor grad borte, i alle fall i vestlige høyinntektsland. Pasienter skal som hovedregel ikke lenger bo i institusjon over veldig lang tid. I dette ligger begrepet deinstitutionalisering. Utviklingen i Norge er nøye beskrevet i kapittel 7.

Både i Norge og i mange andre land er tjenestetilbudet i dag bredere og dekker et større spekter av vansker og lidelser enn det gjorde bare for noen tiår siden. Den internasjonale utviklingen kan i stor grad tilskrives kulturelle/ideologiske endringer med økt vektlegging av å sikre grunnleggende menneskerettigheter for alle, samt at nye modeller for organisering av tjenester og medisinsk utvikling understøtter mulighetene for at mennesker også med alvorlige psykiske lidelser kan leve i lokalsamfunnet. Et lands økonomiske utvikling er også en viktig faktor. I Norge har desentralisering og integrering vært en viktig målsetting for utvikling av de lokalbaserte tjenestene.

## 6.2 Psykisk helse som en integrert del av generelle helsetjenester

### Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten har en viktig rolle i tjenestetilbudet for mennesker med psykiske problemer. WHO anbefaler at primærhelsetjenesten integreres som en grunnleggende del av den psykiske helsetjenesten og er første kontaktpunkt med helsetjenesten. Et viktig prinsipp er at graden av spesialisert hjelp skal være direkte relatert til alvorlighetsgraden av psykiske helseproblemer. Thornicroft og Tansella (1999) postulerte at spesialisthelsetjenesten bør konsentrere seg helt om behandling av personer med de mest alvorlige symptomer og funksjonshemninger, mens primærhelsetjenesten bør ta vare på behovene til alle andre med mindre alvorlige tilstander. En integrering av psykisk helse i primærhelsetjenesten skal bidra til økt tilgjengelighet til hjelp og en hensiktsmessig utnyttelse av ressursene i helsevesenet. I mange lavinntektsland kan dette gi bedre tilbud til mennesker som har lite tilgang til spesialister.

Hva som er primærhelsetjeneste kan defineres ulikt i ulike land, men betegner ofte det første kontaktpunktet i helsetjenesten for helseproblemer. Who definerer det slik:

*“Mental health care in primary care is defined as ‘the provision of basic preventive and curative mental health care at the first point of contact of entry into the health care system’. Usually this means that care is provided by a non-specialist primary care clinician, such as a general practitioner (GP) or nurse, who can refer complex cases to a more specialized mental health professional” (WHO 2001b).*

Primærhelsetjeneste blir i mange sammenhenger brukt som betegnelse på primære medisinske tjenester som allmennlege, familielege eller fastlege, men kan også inkludere sykepleiere med henvisningsrett eller spesialsykepleier, fysioterapeuter, ergoterapeuter ol. I Norge regnes primærhelsetjenesten gjerne som den delen av helsetjenesten som kommunene har ansvar for, som helsestasjon- og skolehelsetjeneste, fastlege, hjemmetjenester og sykehjem<sup>19</sup>. De fleste av disse tjenestene er rettet mot hele befolkningen, og er ikke særlige tjenester for psykisk helsehjelp. Alle kommuner i Norge har imidlertid også ansvar for å ha et tilbud inne psykisk helsearbeid. Mange har tilgang på psykolog og mesteparten av disse er foreløpig mest rettet mot tjenester for barn og unge (Ådnanes mfl. 2013).

Ifølge OECD (2014) er det en utfordring at primærhelsetjenestene i mange land får flere oppgaver innen psykisk helse uten at det tilføres tilstrekkelige ressurser, og at det bør være tilgjengelige og oppdaterte retningslinjer for å kunne identifisere behov for hjelp og ha kunnskap om behandlingsmuligheter.

Selv om landene i Europa i økende grad integrerer psykisk helse i primærhelsetjenesten er det fortsatt store variasjoner og tilbudet er mangelfullt, også i en del høyinntektsland (Semrau 2011).

### 6.3 Innholdet i lokalt baserte tjenester innen psykisk helse

Det er viktig å ha gode tilbud nært der folk bor som kan hjelpe den enkelte å leve et mest mulig uavhengig liv og hindre forverring av plager og sykdom. Hva man legger i begrepet lokalsamfunnsbasert (heretter kalt lokalt basert) og hvilke tjenester som inngår i dette kan variere mellom og innen land. Ifølge WHO vil en tjenestemodell med høy grad av lokalt baserte tjenester ha som utgangspunkt at pasienten/brukeren bor i eget hjem/tilrettelagt bolig i lokalsamfunnet og at alle tjenester tilrettelegges med utgangspunkt i dette, inklusive tilgang til akutt plasser i sykehus. Følger vi WHO sin modell er tilgang til akutt psykiatriske senger i generelle sykehus en viktig forutsetning for en sterkt lokalt basert modell. Et annet sentralt poeng er at tjenestene bør bygges opp så nær pasients bosted som mulig, altså at tilbudet er mest mulig desentralisert. Hvor nært hjemmet ulike lokalt baserte tjenester kan være vil variere mellom og innen land og avhenge av befolkningstetthet og bosettingsstruktur. Desentralisering kan også innebære at ansvaret for lokalt baserte tjenester tillegges et lokalt styringsnivå. I Norge har vi en todelt forvaltningsmodell (staten og kommunene) og samtidig en trenivådeling av tjenesten til mennesker med psykiske lidelser som inkluderer tjenester gitt av hhv kommunene, distriktsmedisinske sentre (DPS) og sykehus. De kommunale tjenestene er grunnstammen i det lokalt baserte tilbudet i Norge, men desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom DPS er også en svært viktig del av det lokalt baserte spesialisttilbudet.

<sup>19</sup> Se Helsedirektoratets nettside og Store norske leksikon.

*WHO's definisjon av Community mental health services: secondary or specialist care (care that cannot be provided by a primary care physician). At its most basic, it may be office-based private care or, more often, outpatient clinic (polyclinic) provision for assessing and treating mental illness by a trained mental health professional (such as a psychiatrist or psychologist). It can also be provided by a multidisciplinary team (community mental health team) comprising psychiatrists, mental health nurses and often psychologists and social workers. They usually provide care for the inhabitants of a clearly defined catchment area (such as a borough or town). Care is provided in a variety of settings (such as clinics, people's homes and day centres). An alternative structure is the community mental health centre, where several teams run a range of services, one of which is assessment and care outside the hospital (WHO 2008a, WHO Mental Health Questionnaire 2012).*

Det engelske begrepet «community mental health services» kan i ulike land forstås ulikt ut fra måten tjenestene er organisert lokalt. Hovedsakelig består slike tjenester av konsultasjonsbaserte tjenester, mobile tjenester, rehabiliteringstilbud og botilbud. Det inkluderer altså både helsetjenester og sosiale tjenester/rehabiliteringstilbud. I praksis vil skillet mellom slike tilbud være glidende og organiseringen av tjeneste kan ofte innbefatte integrasjon på tvers av fagprofesjoner. I Norge er en integrering av disse tjenestene en grunntanke inn det kommunale psykiske helsearbeidet. Den generelle primærhelsetjenesten med fastlege, helsesøster osv er en naturlig del av dette. Ulike typer personell er involvert i ulike former for lokalbaserte tjenestene i ulike land. Det kan være spesialister i psykologi, psykiatri, psykiatrisk sykepleie og en rekke andre helse-, eller sosialfaglige personellgrupper som for eksempel sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter osv. Sosiale tjenester/rehabiliteringstjenester skal gi støtte i hverdagen slik at den enkelte kan utnytte sitt potensiale og ha det bra i egen bolig til tross for at man har en psykisk lidelse. Det kan være hjelp/veiledning til håndtering av økonomi, husarbeid, matlaging og innkjøp, hjelp til deltakelse i sosiale og fysiske aktiviteter, hjelp for vedlikehold og utvikling av kontakt med venner, familie og naboer, hjelp til å opprettholde tilknytningen til skole og arbeidsliv, hjelp til å bruke tilbud i lokalsamfunnet og bruk av offentlig transport mm. Slike tilbud er svært viktige for at spesielt mennesker med store og/eller langvarige hjelpebehov skal kunne bo i egen bolig. I Norge er det kommunene som har hovedansvaret for slike tjenester.

Thornicroft og Tansella (2004) skisserte ulike utviklingstrinn i utbyggingen av tjenester basert på tilgang til ressurser og kompetanse i ulike land. I høyinntektsland, som Norge, er målsettingen å ha tilbud hvor man i økende grad gir spesialiserte og individuelt tilpassede tilbud ut fra behov og at man bygger ut mobile tjenester for å forebygge og være et alternativ til innleggelse i institusjon.

Tabell 6.1 Komponenter i tjenester innen psykisk helse som er aktuelle i regioner med høyt nivå av ressurser.

| Spesialiserte og differensierte tjenester til mennesker med psykiske lidelser  |   |
|--|---|
| <p><b>Spesialiserte klinikker for spesielle lidelser eller pasientgrupper, inkludert:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spiseforstyrrelser</li> <li>• Dobbeldiagnoser</li> <li>• Affektive lidelser som er behandlings-resistente/ treatment-resistant affective disorders</li> <li>• Tjenester for ungdom</li> </ul> | <p><b>Alternativer til sykehusinnleggelse, inkludert:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemmebehandling/Ambulant akutt-team.</li> <li>• Kriseplasser/respice houses</li> <li>• Dagsykehus akutt</li> </ul>  |
| <p><b>Spesialiserte lokalbaserte psykisk helse-team, inkludert:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tidlig intervensjon/early intervention teams</li> <li>• aktiv oppsøkende behandling/assertive community treatment (ACT)</li> </ul>  | <p><b>Alternative botilbud (long-stay community residential care), inkludert:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Botilbud med høyintensiv 24-timers døgnbemanning</li> <li>• Botilbud med lavere bemanning</li> <li>• Boliger uten bemanning/independent accommodation</li> </ul> |

Kilde: Thornicroft og Tansella (2004)



## 6.4 Mot en balansert tjenestemodell med hovedvekt på lokalbaserte tjenester

Balansen mellom tjenestene og hvor langt ulike land er kommet i utviklingen av lokalbaserte tjenester vil avhenge av lokale forutsetninger. Bosettingsstruktur, historie og kultur, økonomi, politisk og administrative organisering og finansiering av offentlige tjenester vil kunne påvirke utviklingen innen og mellom land. I de fleste land er overgangen til mer lokalbaserte tjenester en komplisert prosess hvor det kan oppstå en rekke hindringer (Caldas de Almeida og Killaspy 2011). Det kan bero på manglende støtte politisk, i lovgivning og på grunn av manglende finansiering. Det kan også vise seg vanskelig å overføre ressurser fra store institusjoner som beslaglegger mesteparten av budsjettene. Dette kan blant annet medføre underfinansiering av lokalbaserte tjenester, manglende integrasjon av psykisk helse i primærhelsetjenesten, manglende integrasjon mellom helsetjenester og sosiale tjenester, mangel på koordinering mellom lovbestemte tjenester og den frivillige/private sektor og utilstrekkelig opplæring av personell på tvers av sektorer (ibid, WHO 2001).

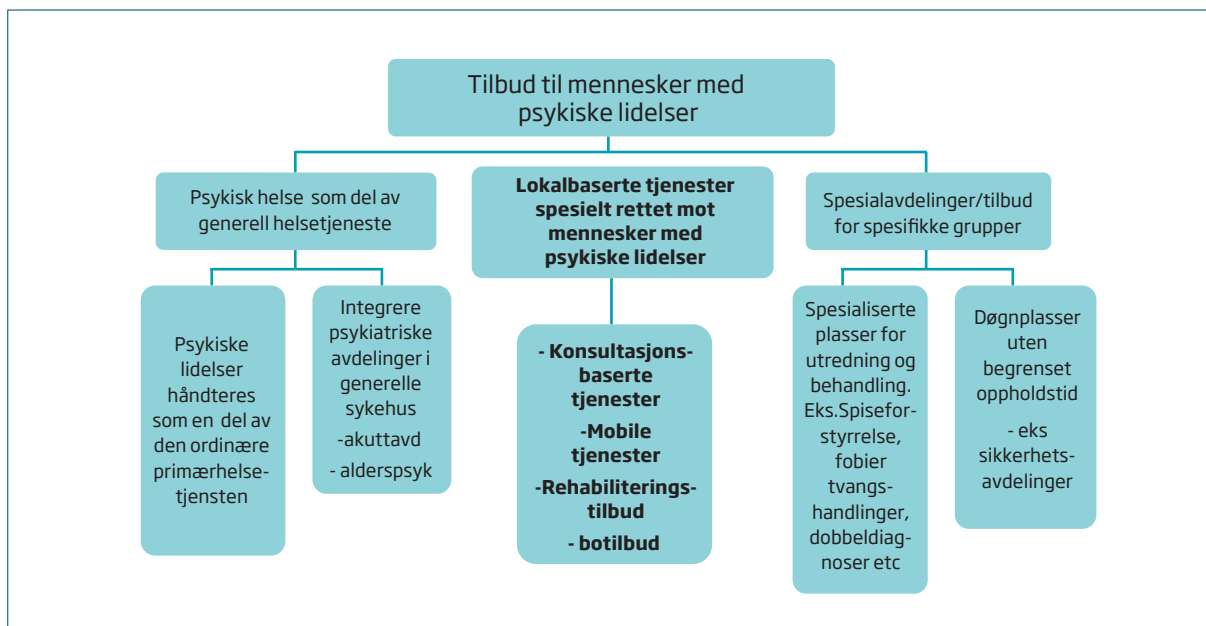
Mange land har kommet svært langt i å deinstitusjonalisere og desentralisere, men det er også en bekymring om tendenser til re-institusjonalisering i lokalsamfunnet for de med alvorlige psykiske lidelser og omfattende behov for støtte, f.eks. i store pleiehjem og andre lokale botilbud med svært mange beboere (Priebe mfl.2005). Det er viktig at reduksjonen i senger ved sykehusene skjer i tråd med oppbyggingen av gode nok alternativer i lokalsamfunnet for å hindre at tilbudet totalt sett blir dårligere. Økning i antall ikke- planlagte reinnleggelses blir ofte brukt som en indikator på at forholdet mellom tjenestene som gis i sykehus og utenfor ikke er godt nok balansert.

Internasjonal forskning på ulike organisasjonsmodeller gir ikke støtte til at en sykehusbasert tjenestemodell alene gir gode og dekkende tilbud til mennesker med psykiske lidelser, men det er heller ikke støtte for at man kun kan basere seg på lokalsamfunnsbaserte modeller. Sammenlignet med tradisjonelle psykiatriske sykehus, finner man støtte for å si at lokalbaserte tjenester gir bedre tilgjengelighet, redusert sykkelighet, et forbedret sosialt liv og større tilfredshet (Caldas de Almeida og Killaspy 2011). Nye recovery-orienterte og pasientsentrerte tilnærminger bidrar ytterligere til å fremme mastring og livskvaliteten til mennesker med psykiske lidelser (Thorncroft og Tansella 2013, Caldas de Almeida og Killaspy 2011, European Commission 2013).

En annen oppsummering av forskning på «community»-basert psykiske helsetjeneste konkluderer med at slike i hovedsak synes effektive, men det mangler fortsatt forskning av høy kvalitet fra en større bredde av land. Svært mye publisert litteratur fra Europa kommer fra Storbritannia (Semrau mfl. 2011). Totalt sett er det støtte for at man bør ha en fleksibel balanse i tilbudet, som inkluderer både sykehustjenester og lokale tilbud (Thorncroft og Tansella 2013). Knapp mfl. (2011) fant at det er liten evidens for kostandseffektiviteten ved deinstitusjonalisering og at det varierer mellom land.

Med utgangspunkt i WHO sin anbefalte modell skissert i avsnittene foran, er det lokalsamfunnsbaserte tilbudet en av tre hovedkomponenter i det totale tjenestetilbudet til mennesker med psykiske plager og lidelser (se figur 6.2). I tillegg skal den generelle helsetjenesten kunne håndtere lette og vanlige psykiske problemer. Spesialisthelsetjeneste og spesialiserte tjenester<sup>20</sup> (spesielt rettet mot personer med psykiske plager og lidelser) kan gis både innenfor det lokalbaserte tilbudet eller i sykehus.

<sup>20</sup> I internasjonal litteratur kan begrepet «specialised services» like gjerne bety at det er en tjeneste rettet inn mot spesielle grupper og ikke nødvendigvis bety «spesialisthelsetjeneste» slik vi avgrenser dette i Norge. Begrepet «specialist» kan også brukes om ulike typer helsepersonell som er spesielt utdannet for arbeid innen psykisk helsearbeid.



Figur 6.2 Komponenter i psykisk helsetjeneste (i henhold til WHO 2003).

WHO sin anbefaling for organisering av psykisk helsetjeneste er førende også for organisering av tjenestene i Norge. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) og Samhandlingsreformen (fra 2012) har vært viktige helsepolitiske tiltak for å understøtte en slik utvikling i Norge. Se mer om dette i kapittel 7 og 8.

I Norge finnes de fleste typer av tjenestetilbud som kjennetegner land som er kommet langt i utviklingen av lokalbaserte tjenester. Tilgjengelighet og kvalitet på disse tilbudene i Norge sammenlignet med andre land er likevel ikke dokumentert.

## 6.5 Framvekst av nye modeller for å fremme kontinuitet og sammenheng i tjenestene

Mange med psykiske lidelser er i kontakt med mange ulike tjenester og kan oppleve dem som lite koblet til hverandre. God kontinuitet og sammenheng innen og mellom tjenestenivåer er en viktig kvalitet ved et lands helse,- og omsorgssystem. God kvalitet fordrer at de rette tjenestene er til stede til rett tid. Hvis ulike deler av tjenestene opererer mer eller mindre som isolerte systemer vil mulighetene for god og helhetlig oppfølging reduseres. Fragmenterte tjenester er en generell utfordring i mange land (WHO 2009). Både i Norge og internasjonalt har tiltak mot fragmentering og mangelfull koordinering og kontinuitet i tjenestetilbudene vært på dagsorden i mange år. OECD (2014) vektlegger at man må få et enda større fokus på koordinering av tjenester og en styrking av koordinatorfunksjoner. Utgangspunktet for den norske Samhandlingsreformen var nettopp utfordringer med brist i samhandling og sammenheng i helsetjenesten, og på tvers av sektorer.

Internasjonalt har utvikling av metoder og verktøy (modeller) for å underbygge integrert oppfølging, «Integrated care»<sup>21</sup>, vokst de siste tiårene. Det er to hovedakser når det gjelder integrasjon. Vertikal integrasjon mellom nivå, som forholdet innad i helsetjenesten (for eksempel mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten). Den andre aksen er horisontal integrasjon mellom ulike tjenester, for eksempel koblingen mellom helsetjenester, sosiale tjenester, utdanning, sysselsetting.

<sup>21</sup> For en overordnet drøfting av begrepet «Integrated Care», se Kodner (2009).

Hovedmål i utviklingen har vært å finne modeller for god faglig oppfølging på pasientnivå. Kunnskap om hvordan organisering, finansiering og styring på systemnivå hindrer eller fremmer mulighetene for god praksis på pasientnivå har også etter hvert blitt et viktig tema i forskningen. Evans mfl. (2013) gjorde en gjennomgang av forskning og litteratur på integrerte tjenester i helsetjenesten de siste 25 årene. Det hadde skjedd klare skift fra fokus på horisontal integrasjon til større vektlegging av vertikal integrasjon, fra et sterkt institusjonsfokus til et bredere og mer lokalsamfunnsbasert fokus, og fra økonomisk fokus til mer fokus på kvalitetsutvikling. Man fant også at modellene hadde blitt mer pasientsentrerte, det er mer fokus på spesifikke grupper, mer vekt på kulturendring, og mer vekt på nye måter å arbeide på heller enn å modifisere omliggende strukturer. Tsasis mfl. (2012) fant at mulighetene for integrasjon utfordres av systemkompleksitet, svake bånd mellom fagfolk og det organisatoriske nivået, manglende finansieringsinsentiver for å understøtte samarbeid, og byråkratiske omgivelser basert på en kommando,- og kontrolltilnærming til ledelse.

Det finnes en rikholdig internasjonal litteratur omkring samhandling og integrasjon i helse og sosialomsorgen og ulike modeller for organisering og finansiering av tjenestene for å fremme kontinuitet og sammenheng (se bl.a. Sun mfl. 2014). Det er imidlertid få komparative studier av målt eller opplevd kontinuitet og samhandling i tjenestene.

### **Noen eksempler på strategier og modeller for å underbygge kontinuitet og sammenheng**

I REFINEMENT-prosjektet ble utvalgte representanter/eksperter i de åtte deltakerlandene spurt om kontakten mellom tjenesteytere og om samarbeidsmodeller mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å sikre god vurdering av behov og god oppfølging på riktig nivå. Eksempler på modeller for å sikre koordinering av tjenestene i landene inkluderer blant annet tverrfaglig teamorganisering (bla England), inkludering av spesialister i primærhelsetjenesten (for eksempel Spania og Finland), organisatorisk og budsjettmessig integrering av tjenestene (for eksempel Italia), og finansielle eller andre styringsmessige insentiver (for eksempel Norge). Fragmentert finansiering og fragmenterte tjenester, med fravær av forpliktende reguleringer, er angitt som viktige barrierer for koordinering og samarbeid, for eksempel i Østerrike og Frankrike. Organisatoriske skiller og adskilt budsjettansvar er også framhevet som begrensende faktorer i andre land, som Norge og Finland.

### ***Mer bruk av tverrfaglige team***

Både i Norge og andre land er det blitt mer vanlig å organisere arbeidet med bruker/pasient ved hjelp av tverrfaglige team. Ulik helsefaglig, men også sosialfaglig og yrkesfaglig kompetanse settes sammen etter behov og samarbeider i oppfølgingen av den enkelte pasient/bruker. En teambasert tilnærming kan gi mer helhetlig og treffsikker behovsvurdering og oppfølging. Teamarbeid kan bestå av vertikal integrasjon og/eller horisontal integrasjon av tjenester, kan være mer eller mindre spesialiserte og mer eller mindre rettet mot spesifikke grupper med spesielle hjelpebehov eller diagnoser. Noen team kan arbeide mye kontorbasert, mens mange team innen psykisk helse også er ambulante/ oppsøkende og reiser hjem til den enkelte som trenger hjelp. Eksempler på dette er ambulante akutt-team (kriseteam), ACT-team, rehabiliteringsteam, tidlig intervensjonsteam, rusteam eller habiliteringsteam. Ambulante tilbud kan blant annet sikre tilbud til personer som ellers i liten grad bruker/har tilgang til tjenestene.

*Eksempel fra ENGLAND*

Storbritannia (National Health Service NHS), og spesielt England er kjent for å ha kommet svært langt i retning av en «balanced-care-model», og med omfattende bruk av tverrfaglige team i oppfølgingen mennesker med psykiske lidelser (ulike former for Community Mental Health Teams- CMHT). Landet har vært modell for utvikling av teambaserte tilbud i mange andre land. Primærlegen kan henvise pasienten til «Community mental health teams» (CHMT) som ofte består av psykiater, psykolog, psykiatriske sykepleiere, sosialarbeidere og fysioterapeut. Ofte vil et «Access and Assessment Team» gjøre en vurdering av nye pasienters behov og alle med psykiske plager har rett til å få sine behov vurdert. Pasienten kan henvises videre til spesialistoppfølging utenfor CMHT eller at en eller flere i et slikt team følger opp pasienten. Teamenes oppfølging kan variere ulike steder i landet. Noen team konsentrerer seg om oppfølging av de med alvorlige psykiske lidelser og/eller langvarige behov. De med omfattende behov for hjelp over tid vil komme inn under et CPA-program «Care Program Approach» som koordinerer oppfølgingen av behov for støtte og tjenester. En «Care plan» følges opp på regelmessig basis av en oppnevnt koordinator som skal holde regelmessig kontakt med pasient/bruker. Denne skal koordinere og kontrollere at den enkeltes tjenesteplan følges og er i tråd med den enkeltes behov. Koordinatoren er hovedkontaktpunkt for brukerne. For personer med omfattende behov for hjelp, men som i liten grad oppsøker eller klarer å følge opp kontakten med ulike tjenester på egen hånd, kan CHMT henvise til såkalte Assertive Outreach Team som i langt større grad kan følge opp pasientene der de bor/oppholder seg.

Tverrfaglige team er velkjent i oppfølgingen av psykiske helseproblemer også i Norge (se mer om dette i kapittel 7 og 8). En klar utvikling er at teamene er mer ambulante, slik at man kan kontakte/møte pasienter/brukere utenfor kontoret.

*Inkludering av spesialister i primærhelsetjenesten*

Samarbeid mellom spesialister og primærhelsetjenesten i vurdering av behov for utredning og behandling kan gi bedre og mer effektiv oppfølging og arbeidsfordeling. Utfordringer knyttet til mulighetene for samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialister er en kjent problemstilling også i Norge (for eksempel Fredheim mfl.,2011). I flere land er det utviklet ordninger som gir bedre muligheter for faglig konferering og samarbeid.

*Eksempel fra SPANIA-Catalonia*

I 50 prosent av Catalonia-regionen har man «Primary Care Teams» som deltar i et støtteprogram for primærhelsetjenesten. Dette innebærer at helsepersonell, i hovedsak psykologer, psykiatere og sykepleiere, går inn i primærhelsetjenesten for å tilby støtte og hjelpe til identifikasjon, behandling og samarbeid om pasienter med moderate psykiske lidelser og henvisning av pasienter med komplekse tilstander. Noen av teamene legger hovedvekten på direkte pasientoppfølging, mens andre i større grad vektlegger veiledning og opplæring av helsepersonell og bidrar i utvikling av tjenestene, f.eks. deltakelse i planarbeid. Programmet er høyt verdsatt av både primærhelsetjenesten, spesialister og av brukerne. De viktigste fordelene er følgende

*For primærhelsetjenesten:*

- Forbedrer identifikasjonen av psykiske helseproblem
- Eksperimentell læring, intensiv og kortvarig

*For psykisk helsepersonell:*

- Øker muligheten for tidlig intervensjon
- Forbedrer mottak ved første besøk hos spesialist
- Forbedrer oppmerksomhet omkring alvorlig psykisk lidelse

*For brukerne:*

- Enkel tilgang til hjelp gjennom behandling ved det lokale helsesenteret
- Får en flerfaglig vurdering av sitt psykiske helseproblem
- Endret oppfatning av primærlegen, at hun/han arbeider med psykiske problemer
- Bedre egenoppfølging fra pasienten

Kilde: Refinement'

#### Eksempel fra FINLAND

I Finland bruker mange helsesenter i Helsinki og Uusimaa sykehusdistrikt en triangulær modell hvor psykiatrisk sykepleier (depression nurse) og primærlegen får veiledning av psykiater som arbeider ved poliklinikk i oppfølgingen av pasienter i primærhelsetjenesten. Ordningen er nå anbefalt på nasjonal basis. Det er også ordninger med ukentlig besøk av psykiater i lokale helsesenter. En undersøkelse fra 2008 viste at 78% av helsesentrene hadde en «depression» eller «psychiatric» nurse (psykiatrisk sykepleier) (OECD 2014a).

#### Organisatorisk og budsjettmessig integrasjon

Integrasjon av sentrale tjenester i en felles organisasjon med felles finansiering kan bidra til at samhandling i mindre grad hindres av finansielle og organisatoriske barrierer. Forvaltningsmessige skiller og inndeling i sektorer vil ofte lage slike skiller som man gjennom tversgående samarbeidsmodeller og samarbeidsavtaler prøver å begrense effekten av. Landene i Europa har ulike forvaltningsmodeller. Eksempelvis er helsetjenesten i Italia organisert i lokale helsedistrikt (en nasjonal helsetjeneste på distriktnivå) hvor både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (lokale psykiske helsesentre) inngår sammen med sykehusene. Dette framheves som viktig for å sikre en riktig arbeidsfordeling og samarbeid rundt mennesker med psykiske lidelser i Italia <sup>22</sup>.

På tjenestenivå har vi et eksempel fra Stocholms län i Sverige med den såkalte såkalte «Norrtäljemetoden» hvor tilbud til mennesker med psykiske lidelser er samlet i en driftsorganisasjon kalt TioHundra <sup>23</sup> og som inkluderer både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (Karolinska instituttet 2011). Södertäljemetoden er en helt annen modell (i samme län) hvor man ikke slo seg sammen i en driftsorganisasjon, men dannet et fysisk fellesskap for behandlerpsykiatrien og sosialpsykiatrien for å lage en felles dør inn for pasientene <sup>24</sup>. Den første modellen representerer en top-down tilnærming hvor man slår seg sammen for å fjerne barrierer. Den andre er eksempel på bottom-up-tilnærming for å overkomme barrierer <sup>25</sup>.

#### Styringsmessige insentiver og regulering

Reguleringer og lovverk kan pålegge ulike deler av helsetjenesten å delta i forpliktende samarbeid eller sette krav om oppfølging av retningslinjer for pasientforløp og oppfylging av pasientenes rettigheter. Samarbeidsavtaler som skisserer krav til koordinering og samarbeid og pasientenes rett til Individuell plan (IP) i Norge er eksempel på dette. En reell oppfølging av IP fordrer at de ulike tjenestene samarbeider. Slik lovgivning og regulering er kjent også fra Sverige og Danmark (Wadman mfl. 2009, Rudkjøbing mfl. 2014). Man kan også innrette finansieringsordninger og bruke særskilte økonomiske insentiver for å understøtte ønsket praksis om samarbeid. Fragmentert organisering og finansiering kan ofte være et hinder for koordinering og kontinuitet.

## 6.6 Sterkere pasient/brukerinvolvering

Tydlig brukermedvirkning (empowerment) er løftet fram som et viktig mål gjennom WHO's Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020. «*More active involvement and support of service users in the reorganization, delivery and evaluation and monitoring of services is required so that care and treatment become more responsive to their needs*».

I Norge er sterk bruker medvirkning blitt et uttalt mål i alle helsetjenester. Dette gjelder både på systemnivå og for den enkelte pasient/bruker av tjenester. Den enkeltes rett til involvering

22 The Refinement Decision Support Toolkit Manual – APPENDIX. Examples from the REFINEMENT data collection. Se <http://www.refinementproject.eu/results.php>. Under download section.

23 Gjelder også andre helsetjenester.

24 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - kapacitet, sammenheng og struktur : bilagsrapport 1 : afrapportering fra Arbejdsgruppe 1 under Regeringens Udvalg om Psykiatri.*

25 Presentasjon Brommels M: [http://www.integratedcarefoundation.org/sites/default/files/field/files/P12-Mats\\_Brommels-integrated-care-mental-health-Sweden-lessons-from-Norrtalje.pdf](http://www.integratedcarefoundation.org/sites/default/files/field/files/P12-Mats_Brommels-integrated-care-mental-health-Sweden-lessons-from-Norrtalje.pdf)

og medbestemmelse er nedfelt i Lov om pasient og brukerrettigheter fra 1999. Se mer om brukermedvirkning i Norge i kapittel 8.

I oppfølgingen av mennesker med langvarig behov for hjelp har såkalt «recovery» og personsentrerte tilnærminger blitt mer framhevet som en modell for utviklingen innen lokalbaserte tjenester. Dette er blant annet anbefalt av WHO. Recovery-perspektivet markerer en overgang fra pasientorientert til personorientert tjeneste.

*«Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. Tiltakene som iverksettes støtter opp under brukerens egen bedringsprosess (bedringsorientert praksis)» (Helsedirektoratet 2014a).*

En rekke land har eller er i ferd med å implementere recovery-orientert praksis som basis i det psykiske helsearbeidet. Noen norske kommuner arbeider også med å utvikle tjenestetilbudet mer i retning av dette (ibid, psykiskhelsearbeid.no).

## 6.7 Mer fokus på forebygging, tidlig oppdagelse og rask hjelp

Forebyggende og helsefremmende tiltak har fått en større plass i helsepolitikken internasjonalt. En viktig grunn til dette er en tiltakende bevissthet også rundt individuelle og samfunnsmessig konsekvenser av mer moderate psykiske plager og lidelser (OECD 2014a). Psykisk helse i folkehelsearbeidet handler om å bruke kunnskapen om menneskers omgivelser og på hvilken måte de bidrar til eller er til hinder for psykisk helse og trivsel, med et særlig fokus på mestring, og så bruke denne kunnskapen i samfunnsplanleggingen<sup>26</sup>. Mens forebygging i helsetjenesten i hovedsak er rettet mot den enkelte som står i fare for å få eller allerede har fått psykiske plager/lidelse, er tiltak i folkehelsearbeidet i større grad rettet mot de ytre rammebetingelsene eller vilkårene for god psykisk helse og trivsel. De siste tiårene har mange land satt i verk en rekke helsefremmende og forebyggende tiltak og etter hvert har det også kommet noe dokumentasjon på effekten av igangsatte programmer/tiltak (European Commission 2013). Samtidig er det et stort behov for mer kunnskap på dette området (Helsedirektoratet 2014a).

Psykisk helse kan i teorien forstås som et nøytralt begrep (omtrent som «helse»), der vi kan spesifisere med adjektiver som «god» eller «dårlig». I dagligtale brukes imidlertid 'psykisk helse' ofte i betydningen psykiske plager og lidelser. For eksempel blir psykisk helse oftere omtalt som en utfordring enn som en ressurs. Denne anvendelsen og forståelsen av psykisk helsebegrepet står i kontrast til de offisielle definisjonene (for eksempel WHO's definisjon av psykisk helse). I folkehelsearbeidet er det behov for å finne et begrepssett som også peker på 'den positive psykiske helsen', det vil si mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier, samt positive relasjoner. Det er her naturlig å se til internasjonale organer som WHO og OECD som benytter begrepet «well-being» for å beskrive positiv fysisk og psykisk helse. «Well-being» kan være vanskelig å oversette eller definere helt entydig. I den offisielle oversettelsen av WHO-definisjonen er «velvære» brukt, men «trivsel» og «livskvalitet» brukes også om noen av de samme fenomenene.

Grovt sett kan en si at psykisk helse er resultatet av samspillet mellom individuelle egenskaper og beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer i miljøet. I det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i Norge er

<sup>26</sup> Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er samfunnets innsats mot faktorer som direkte eller indirekte påvirker hele befolkningens helse og trivsel og retter seg derfor i hovedsak mot forhold utenfor helsetjenestene. Arbeidet omtales allikevel her da det er en prioritert oppgave innenfor psykisk helsefeltet.

målet å redusere risikofaktorer og fremme beskyttelsesfaktorer. Det betyr at vi må ha kunnskap om forhold som påvirker psykisk helse og trivsel, og mekanismene som knytter dem sammen.

Når det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i Norge skal inkludere psykisk helse og trivsel, bør fokus rettes mot de betingelsene i samfunnet som påvirker mestring. I sin ytterste konsekvens kan dette dreie seg om de fleste sider ved samfunnet vårt. Fra sosial sikkerhet og tilgangen på arbeid og utdanning, til mulighet for ulike typer deltagelse, sosial støtte og nettverk. Andre eksempler er fysisk utforming av nærmiljø, pedagogiske virkemidler i barnehager og skoler, samt offentlige tjenesters utforming.

Deltagelse på livets mange arenaer er av sentral betydning for mennesker psykiske helse og trivsel, enten det dreier seg om skole, arbeidsliv eller nærmiljø. Det å stå utenfor skole, arbeids- og samfunnsliv gir dårlige kår for helse og trivsel. Kunnskap om ulike barrierer for deltagelse anbefales som et utgangspunkt for tiltak og innsatser som har som mål å understøtte befolkningens psykiske helse og trivsel.

Psykisk helse er eksplisitt nevnt i definisjonen av folkehelsearbeid i den norske folkehelseloven. Hensikten med dette er ifølge forarbeidene til loven å bidra til bedre integrasjon av psykisk helse i folkehelsearbeidet. Se mer om dette i kapittel 8.

En viktig synliggjøring av satsing på forebygging og psykisk helsefremming er at det legges planer og strategier for dette området (European Commission 2013). Mange land har utarbeidet egne strategier for forebygging og helsefremming rettet mot befolkningen generelt, men sentralt står også tiltak for å forebygge utvikling av plager og sykdom i risikogrupper, for eksempel barn og unge, arbeidsledige, eldre, mennesker med kroniske tilstander/sykdommer osv. (se bla European Pact for Mental Health and well-being (European Union 2008).

### **Bedre tilgjengelighet til tilbud for mennesker med mindre eller moderate psykiske lidelser**

I tillegg til primærforebyggende tiltak har helsetjenesten selv en viktig rolle i forebygging, etablering av lavterskeltilbud og tidlig intervensjon. Enkel tilgang til for eksempel samtalerterapi kan være viktige sekundærforebyggende tiltak. Økt tilgjengelighet til slike tilbud etterlyses blant annet av OECD (2014a). Se mer om tiltak i Norge i kapittel 8.

### **Forebygge stigma**

Det eksisterer fortsatt fordommer om mennesker som har rusmiddelproblemer eller psykiske vansker og lidelser. Stigmaet synes å være sterkere ved rusmiddelproblemer enn ved psykiske helseproblemer, spesielt ved bruk av illegale rusmidler eller skadelig bruk av alkohol. Noen psykiske lidelser, for eksempel schizofreni, kan være mer stigmatiserende enn andre, som for eksempel depresjon (Helsedirektoratet, 2010a). Likevel er det blitt mer åpenhet og forståelse for psykiske problemer i samfunnet. En undersøkelse av engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykiske problemer etter Opptrappingsplanen viser større åpenhet og mindre stigmatiserende holdninger i befolkningen som helhet (Blåka, 2012). Informasjon og åpenhet er viktig for å bekjempe myter om psykiske lidelser. Det er viktig å vise at psykiske vansker er vanlig, at de fleste kan gå på skole/arbeid til tross for sine problemer og at mennesker, selv med alvorligste psykiske lidelsene, ekstremt sjelden er til fare for andre mennesker. At psykiske problemer «normaliseres» kan bidra til at de som har behov for hjelp lettere oppsøker hjelp. I den Europeiske deklarasjonen for psykisk helse fra 2005 forplikter landene seg til å arbeide for å redusere stigma. Dette er også en viktig oppgave for det kommunale psykiske helsearbeidet i Norge (Helsedirektoratet 2014a). En kartlegging av OECD viser at de fleste land i OECD-området har iverksatt anti-stigma kampanjer (OECD 2014a).

## 7 Døgnbehandling i det psykiske helsevernet i Norge 1950-2013 <sup>27</sup>

Fram til begynnelsen av 1970-tallet økte tallet på døgnplasser i Norge. Plasstall og antall oppholdsdøgn har senere blitt kontinuerlig redusert. Antall utskrivninger økte fram til midten av 1970-tallet, men gikk deretter svakt ned fram til slutten av 1980-tallet. Etter den tid har utskrivningsraten blitt mer enn fordoblet. Etter opptrappingsperioden har antall utskrivninger igjen stagnert. Utviklingen kan inndeles i syv perioder:

- Fram til 1955: Asyl-perioden
- 1955-65: Institusjonalisering og differensiering av tjenestene
- 1965-73: Stabilisering
- 1973-90: Nedbygging av sykehusene
- 1991-98: Fra sykehjem til lokalsamfunnsbaserte tjenester
- 1999-2008: Opptrappingsplanen
- 2009-: Etter opptrappingsplanen

For perioden under ett har en fått en nedbygging av antall plasser, men en økning i antall pasienter behandlet ved døgnavdelingene. I tillegg kommer en kraftig utbygging av den polikliniske aktiviteten. Utviklingen kjennetegnes av en dreining av fokus for tjenesten, fra langtids-omsorg for kroniske pasienter til akutt-behandling av pasienter med mindre alvorlige lidelser. Dreiningen har blitt understøttet gjennom utbygging av klinikkavdelinger ved de somatiske sykehusene fra slutten av 1950-tallet, og ved utbyggingen av DPS fra 1990-tallet og fremover. I tillegg har også virksomheten ved de tradisjonelle institusjonene blitt lagt om.

### 7.1 Utviklingen i perioden

Figur 7.1-7.5 viser den langsiktige utviklingen i døgnbehandlingen i det psykiske helsevernet i etterkrigstiden for:

- Døgnplasser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre
- Antall oppholdsdøgn per 1000 innbyggere 18 år og eldre
- Utskrivninger (avsluttede institusjonsopphold) per 10 000 innbyggere 18 år og eldre
- Gjennomsnittlig varighet av oppholdene (oppholdsdøgn i året/utskrivninger i året)

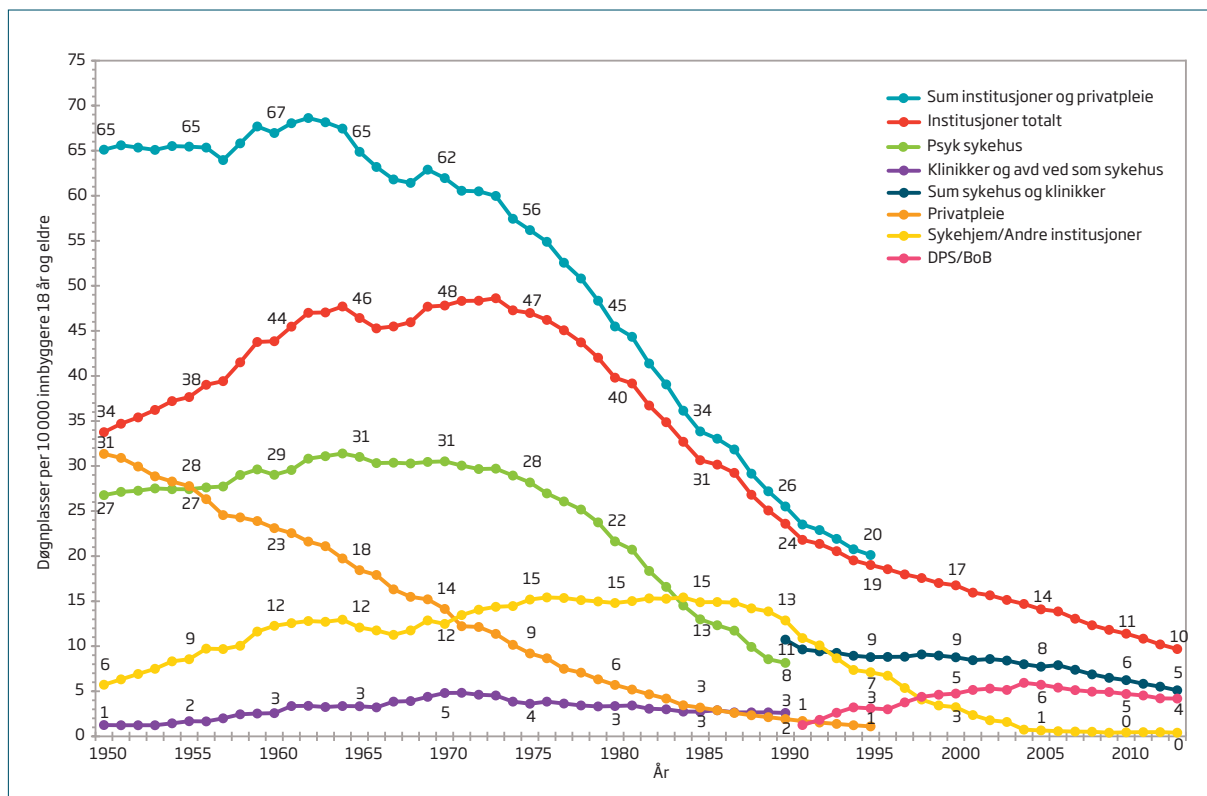
Framstillingen tar utgangspunkt i en inndeling i ulike institusjonstyper:

- Psykiatriske sykehus
- Psykiatriske klinikker og avdelinger ved somatiske sykehus
- Distrikpsykiatriske sentre, DPS, tidligere gjerne omtalt som psykiatriske bo- og behandlingssentre (BoB)
- Andre institusjoner. Denne siste gruppen omfatter i all hovedsak de psykiatriske sykehjemmene, fram til 1960-tallet betegnet som «pleiehjem og kolonier for sinnssyke med over 10 plasser».

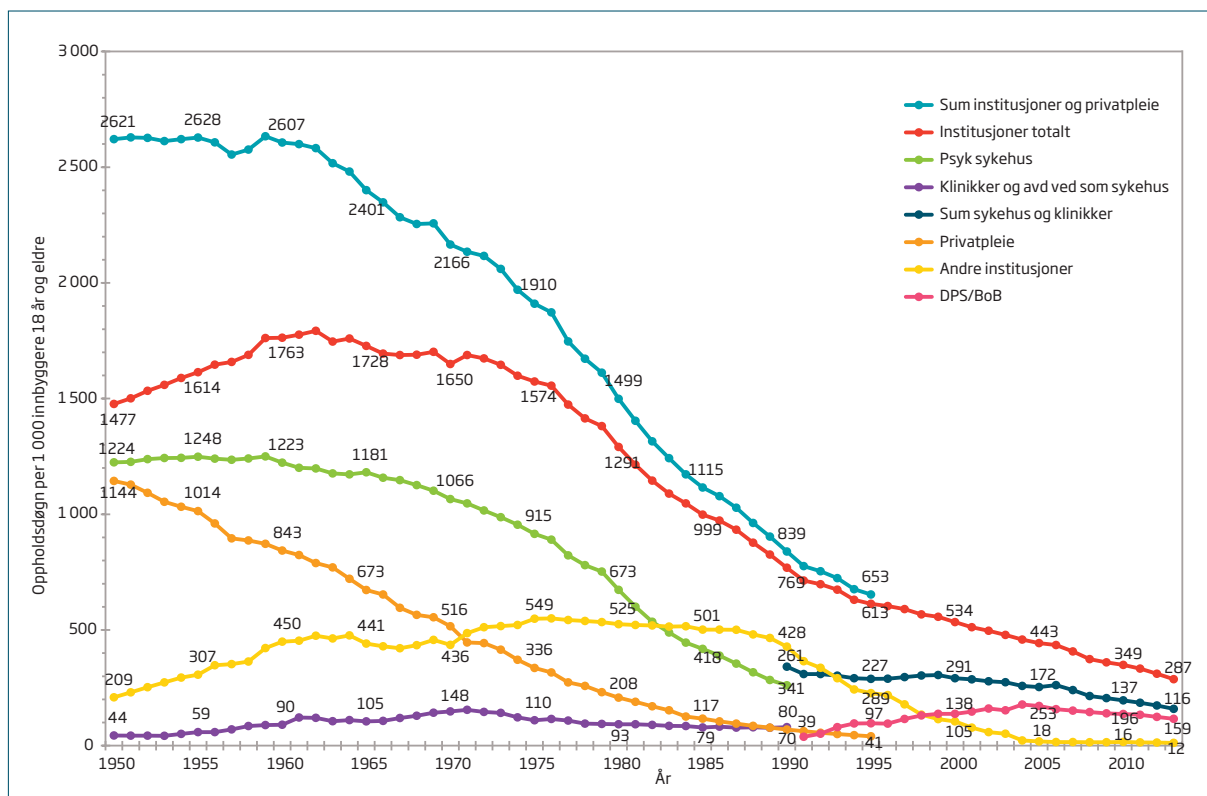
De psykiatriske sykehusene fikk etter hvert sammenfallende oppgaver med de psykiatriske klinikkene og avdelingene ved de somatiske sykehusene. Organisatoriske endringer gjorde det også etter hvert vanskelig å skille ut de psykiatriske sykehusene fra tilsvarende avdelinger ved de somatiske sykehusene. Etter 1990 behandles disse derfor under ett. Datagrunnlaget bygger hovedsakelig på oppgaver innsamlet av SSB, for perioden etter 1990 supplert med data fra SINTEF og fra Norsk pasientregister.

<sup>27</sup> Kapitlet bygger på en tidligere publisert artikkel: Pedersen PB og Kolstad A: De-institutionalisation and trans-institutionalisation – changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. *International Journal of Mental Health Systems* 2009, Vol 3:28. Artikkelen kan lastes ned gratis fra <http://www.ijmhs.com/content/3/1/28>.

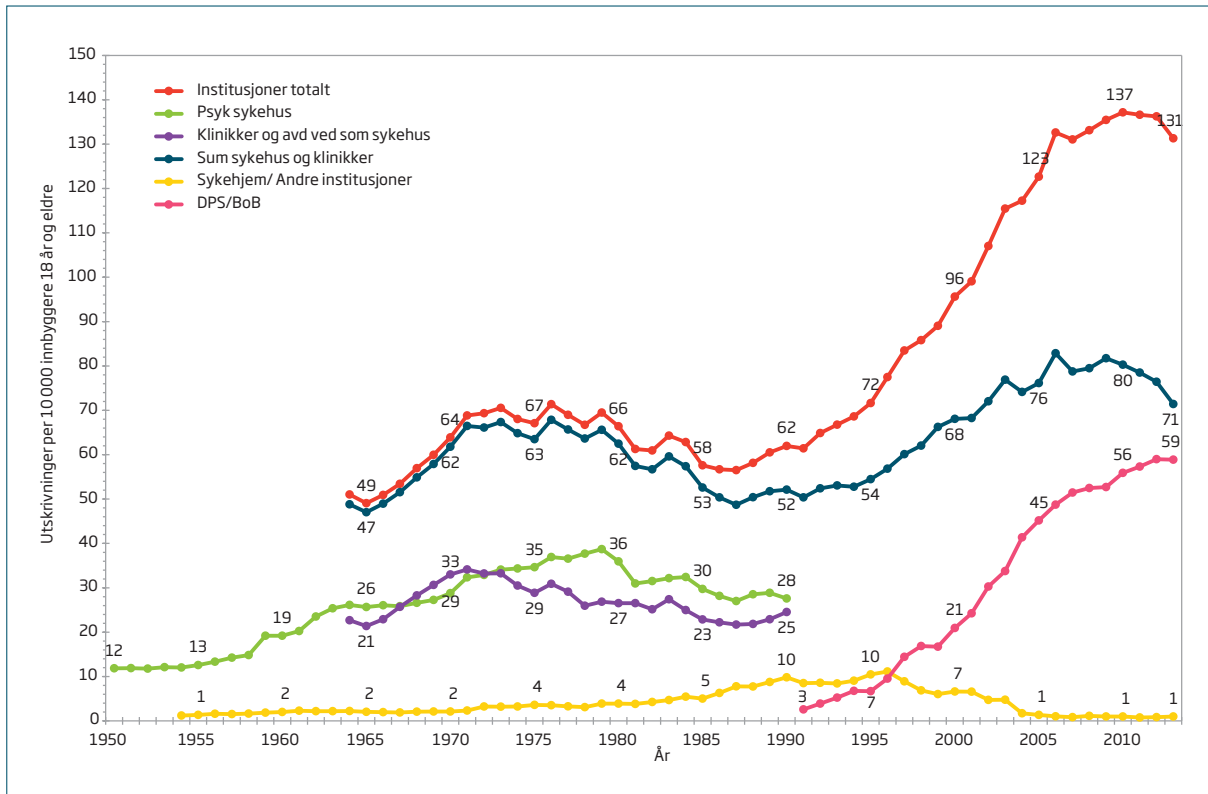




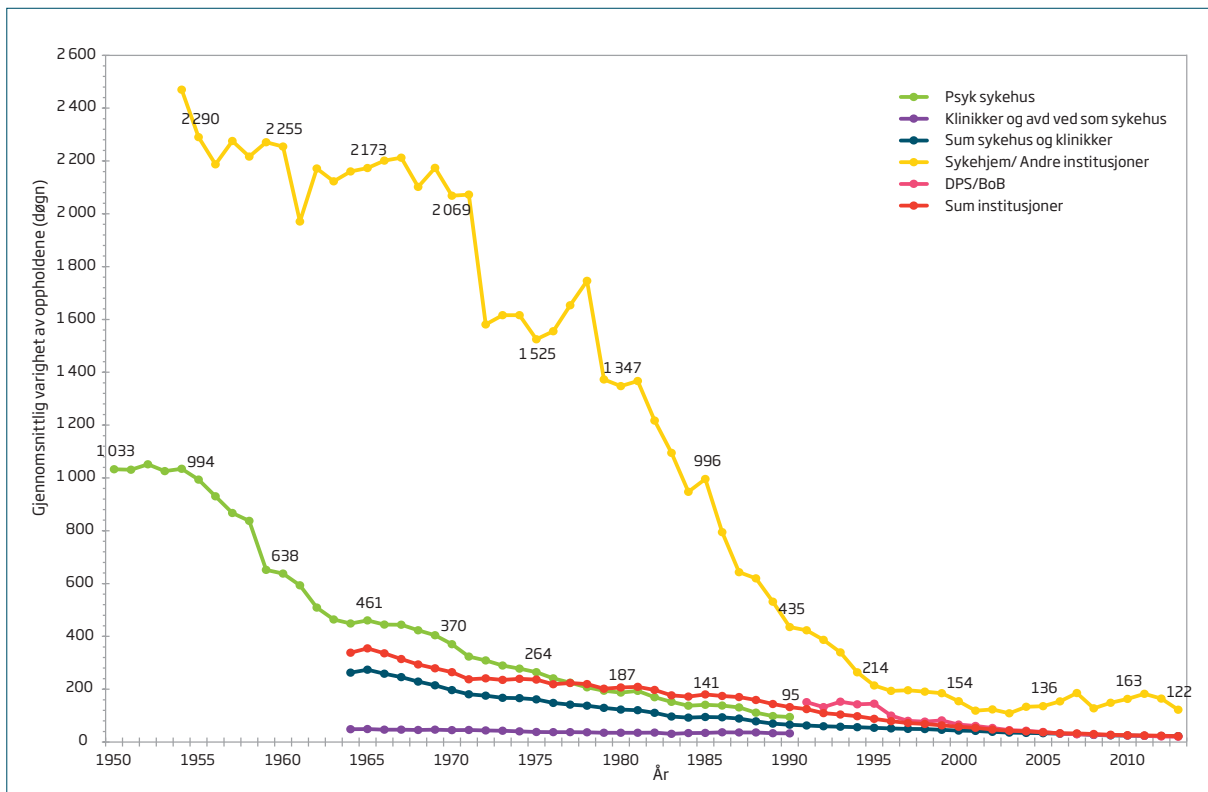
Figur 7.1 Døgnplasser etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1950-2013. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre



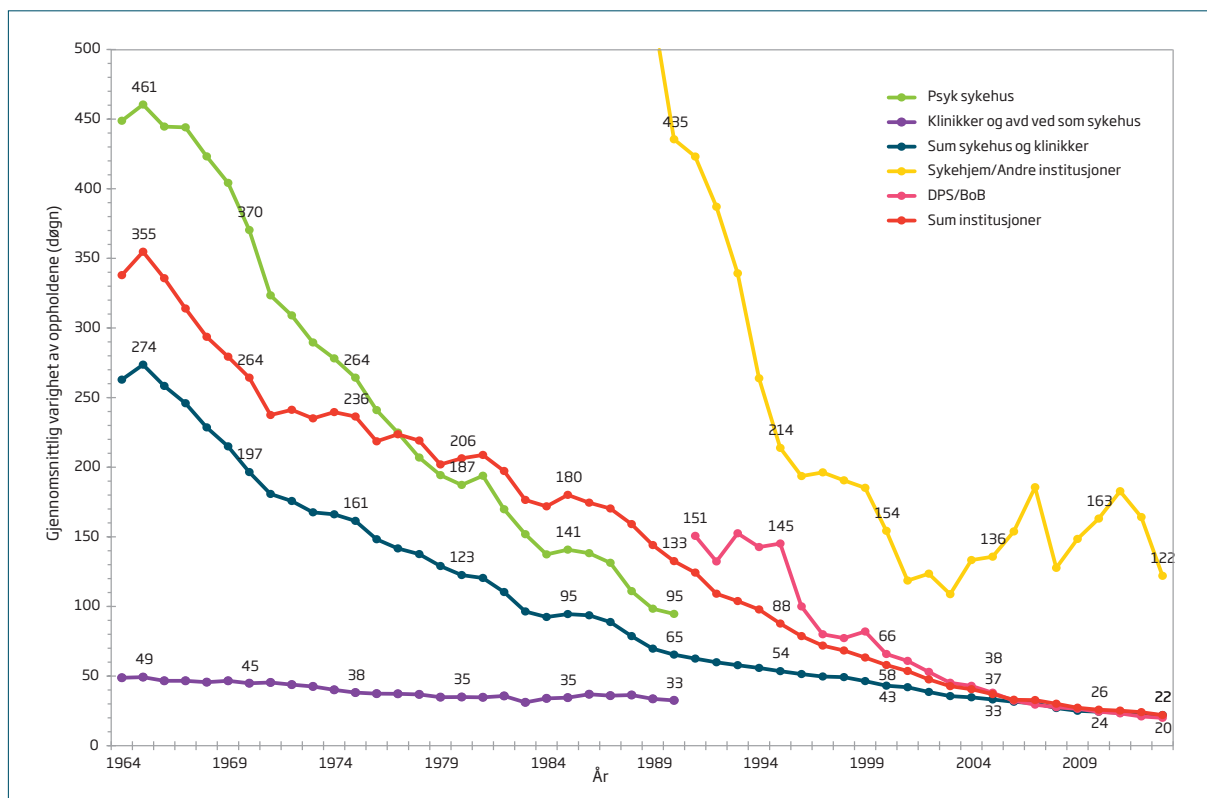
Figur 7.2 Oppholds døgn etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1950-2013. Rater per 1000 innbyggere 18 år og eldre



Figur 7.3 Utskrivninger etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1950-2013. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 7.4 Gjennomsnittlig varighet av oppholdene ved psykiatriske sykehus og ved andre institusjoner/sykehjem i det psykiske helsevernet for voksne 1950-2013



Figur 7.5 Gjennomsnittlig varighet av institusjonsopphold etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1964-2013.

### Døgnplasser

Tallet på døgnplasser brukes ofte som et mål på kapasitet i tjenestene. Figur 7.1 viser utviklingen i perioden 1950-2013, totalt og for ulike institusjonstyper. I første del av perioden var et betydelig antall pasienter plassert i privatpleie. Utviklingen innenfor institusjonene må sees i sammenheng med dette. I figuren har vi derfor også tatt med plasser i privatpleien <sup>28</sup>.

Samlet rate for døgnplasser, inklusive privatpleie, holdt seg tilnærmet stabil fra 1950 og fram til 1964, med en rate opp mot 70 plasser per 10 000 voksne. Siden den tid har raten blitt kontinuerlig redusert til dagens rate på 10, dvs. en reduksjon på 86 prosent.

Holder vi privatpleien utenfor, økte kapasiteten fra en rate på 34 i 1950 til 48 i 1964. Den holdt seg deretter rimelig stabil fram til 1973, da raten nådde et toppunkt på 49. Dette tilsvarer 13 800 plasser. Siden den tid er kapasiteten blitt kontinuerlig redusert ned til dagens rate på 10, eller 3 857 plasser.

### Oppholdsdøgn

Figur 7.2 viser utviklingen i ratene for oppholdsdøgn etter institusjonstype. Vi har igjen også tatt med døgntall for privatpleien. Samlet rate, inklusive privatpleie, holdt seg stabil fram til 1962, med en rate på ca. 2 600 døgn per 1 000 innbyggere (18 år og eldre). Antall oppholdsdøgn økte fra 6,2 til 6,6 millioner. Ratene har siden blitt kontinuerlig redusert.

Holder vi privatpleien utenfor, steg raten fra 1 477 i 1950 til 1 793 i 1962, eller fra 3,5 til 4,6 millioner døgn. Døgnraten ble etter dette gradvis redusert fram til 1972 da raten var 1 673. Dette skyldtes ikke en nedgang i pasienttallet, men at etterkrigs generasjonen i denne perioden passerte 18 års alder. Antall oppholdsdøgn var dette året 4,7 millioner. Siden 1972 har det vært en kontinuerlig nedgang i døgnraten. I 2013 var det 1,1 millioner oppholdsdøgn i institusjonene.

<sup>28</sup> Målt ved antall pasienter ved utgangen av året.

Utviklingen i oppholdsdøgnene viser ikke uventet langt på vei det samme mønsteret som for døgnplassene, men med en viktig forskjell: Fram til 1978 steg oppholdsdøgnene saktere/sank raskere enn døgnplassene. I første halvdel av 1950-tallet var det et betydelig overbelegg, særlig ved de psykiatriske sykehusene, med en beleggsprosent på 125. Først i 1969 beveget beleggsprosenten seg under 100.

### Utskrivninger

Utskrivningsraten er et vanlig brukt mål på tilgjengeligheten til tjenesten. Figur 7.3 viser utviklingen i utskrivningsraten over perioden etter institusjonstype og totalt for institusjonene<sup>29</sup>. Fram til 1964 har vi bare tall for de psykiatriske sykehusene og sykehjemmene<sup>30</sup>.

Utskrivningsraten for de psykiatriske sykehusene steg fra 12 i første halvdel av 1950-tallet til 39 i 1979. Fram til 1990 ble raten deretter redusert til 28. Utskrivningsraten for sykehjemmene var fram til 1980-tallet ubetydelig, med rateverdier mellom 1 og 4.

For institusjonene samlet steg utskrivningsraten betydelig fra 51 i 1964 til 77 i 1977, da raten nådde et foreløpig topp-punkt. Fram til 1987 sank raten deretter til 57. Siden den tid har raten igjen økt med mer enn 140 prosent, med et toppunkt på 137 ved Opptrappingsplanens avslutning i 2008. Siden den tid har raten flatet ut, og med en nedgang fra 2012 til 2013.

### Varigheten av opphold

Vi har ovenfor sett at vi i perioden har hatt en kraftig nedgang i antall oppholdsdøgn og antall døgnplasser, kombinert med en kraftig økning i antall utskrivninger. Denne utviklingen har bare vært mulig gjennom en kraftig nedgang i den gjennomsnittlige varigheten av det enkelte opphold. Dette er illustrert i figur 7.4, som viser utviklingen i varigheten ved de psykiatriske sykehusene og sykehjemmene over perioden 1950-2013, og figur 7.5 som viser utviklingen for alle institusjonstyper fra 1964 og frem til i dag.

Ved de psykiatriske sykehusene holdt behandlingstiden seg stabil fram til 1955. Gjennomsnittlig varighet var om lag 1 000 døgn, eller 2 år og 9 måneder. I det påfølgende ti-året ble varigheten halvert, til 462 døgn i 1965. Ved sykehjemmene var den gjennomsnittlige varigheten enda lengre, rundt 2 100 døgn, eller 5 år og 9 måneder. Varigheten holdt seg her stabil fra midten av 1950-tallet og frem til 1970.

For institusjonstjenesten som helhet reduseres den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene kontinuerlig fra ca. 450 døgn midt på 1960-tallet til 22 døgn i 2013, en nedgang på 95 prosent.

## 7.2 Perioder i utviklingen av tjenestene

Med utgangspunkt i figurene kan vi identifisere syv ulike perioder i utviklingen av tjenestene:

- Fram til 1955: Asyl-perioden
- 1955-65: Institusjonalisering og differensiering av tjenestene
- 1965-73: Stabilisering
- 1973-90: Nedbygging av sykehusene
- 1991-98: Fra sykehjem til lokalsamfunnsbaserte tjenester
- 1999-2008: Opptrappingsplanen
- 2009-: Etter opptrappingsplanen

<sup>29</sup> Det eksisterer ikke statistikk over utskrivningstall for privatpleien.

<sup>30</sup> Vi mangler også tall for utskrivninger fra de frittstående klinikkene for perioden 1966 til 1976. Antall utskrivninger er her estimert ut fra utskrivninger og kapasitet i 1965 og 1977.

### Asylperioden (fram til 1955)

Fram til midten av 1950-tallet besto tjenestene hovedsakelig av psykiatriske sykehus (asyl) og privatpleie. Sykehusene var gjennomgående overbefolket, med langt flere pasienter enn normerte plasser. På midten av 1950-tallet var beleggsprosenten <sup>31</sup> på sykehusene 25 prosent over normert plasstall.

For å avlaste sykehusene ble fram til 1950-tallet mange pasienter plassert i privatpleie, enten hos slektninger eller hos andre mot betaling. Privatpleien var gjerne knyttet til et gårdsbruk, og pasientene deltok i den daglige virksomheten på gården. Pasientene sto under tilsyn, enten fra et av sykehusene eller fra offentlig lege.

I tillegg til sykehus og privatpleie eksisterte det et fåtall «nerveklivner» for behandling av mildere lidelser, særlig for pasienter diagnostisert med «nevroses». Disse institusjonene kunne i liten grad avlaste sykehusene.

Fokus for tjenesten var i denne perioden langtids-omsorg, og oppbevaring mer enn psykoterapi. Mange pasienter levde det meste av livet i sykehusene eller under privatpleie. Det var en omfattende bruk av sjokkbehandling og lobotomi. Mellom 1941 og 1956 ble 2 500 pasienter lobotomert ved norske sykehus (NOU 1992:25).

### Institusjonalisering og differensiering av tjenestene (1955-65)

Fra tidlig på 1950-tallet var det en økende bekymring både blant fagfolk og politikere over forholdene ved de psykiatriske sykehusene. En komite ble nedsatt for å revidere sinnssykeloven fra 1848 (Komitéen til revisjon av sinnssykelovgivningen 1957). Komiteen foreslo en betydelig utbygging av de psykiatriske sykehusene og sykehjemmene. Pasienter med en kronisk lidelse skulle ikke oppholde seg ved sykehusene over lengre tid, men bli overført til psykiatriske sykehjem når de ikke lenger trengte sykehustjenester. På denne måten skulle overbelegget reduseres. Pasienter i privatpleien som ikke fikk et tilfredsstillende tilbud der skulle også overføres til sykehjemmene. Kommisjonen foreslo i tillegg at det skulle etableres psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus, beregnet på aktiv behandling av mildere lidelser («klinikkavdelinger»).

En annen komite foreslo forbedringer i finansieringen av sykehusene, og at ansvaret for driften skulle overføres fra staten til fylkeskommunene (Komitéen til utredning av sykehusordningen 1955).

På slutten av 1950 tallet ble mange sykehus ombygd og utvidet. Fra 1954 til 1964 økte i tillegg antall døgnplasser ved de psykiatriske sykehusene fra 6 614 til 8 164. Korrigert for befolkningsveksten gir dette en økning på 14 prosent. Antall oppholds-døgn økte imidlertid bare marginalt, og mindre enn befolkningsveksten. Overbelegget ble på denne måten redusert, og kvaliteten på tilbudet hevet. Beleggsprosenten falt fra 125 til 102 prosent.

Fra slutten av 50-tallet ble det også etablert flere psykiatriske avdelinger ved de somatiske sykehusene. Plasstallet ved frittstående klinikker og ved somatiske sykehus økte fra 407 i 1955 til 878 i 1965. Selv etter korreksjon for befolkningsveksten gir dette en fordobling av kapasiteten. Selv om plasstallet ved klinikkavdelingene er betydelig lavere enn ved de psykiatriske sykehusene, sto klinikkavdelingene midt på 1960-tallet for om lag samme antall utskrivninger som sykehusene. Varigheten av oppholdene ved klinikkavdelingene var gjennomgående betydelig kortere enn ved de psykiatriske sykehusene. Dette indikerer at vi i perioden fikk en betydelig vekst i antall pasienter som ble behandlet, og at behandlingstilbudet ble utvidet til grupper med mindre alvorlige/kroniske tilstander.

---

<sup>31</sup> Gjennomsnittlig daglig belegg\*100/antall døgnplasser.

Fra begynnelsen av 1950-tallet fikk vi en betydelig utbygging av psykiatriske sykehjem. Ratene for døgnplasser og oppholdsdøgn økte med om lag 40 prosent fra 1955 til 1965. Veksten fortsatt fram til midten av 1970-tallet, for deretter å stabilisere seg frem til midten av 1980-tallet.

Samlet sett økte plasstallet fra 9 140 i 1955 til 12 214 i 1965. Korrigert for befolkningsveksten gir dette en økning på 23 prosent. Døgnraten økte med ni prosent. Utbyggingen av klinikkavdelingene og kortere varighet av oppholdene ved sykehusene peker i retning økt vektlegging av aktiv behandling. Hovedvekten lå likevel fortsatt på langtidsomsorg, og «løsningen» på overbelegget var utbygging av eksisterende tjenester og heving av kvaliteten på disse.

I 1961 erstattet lov om psykisk helsevern sinnssykeloven av 1848 (Ot.prp. 69 (1959-60)). Loven forutså noen av de endringene som skulle komme, med en utvidelse av kriteriene for behandling også til «lettere» lidelser og utbygging bl.a. av poliklinikker. Fylkene skulle overta ansvaret for institusjonene og forebygging og rehabilitering ble vektlagt.

### Stabilisering (1965-73)

I denne perioden var det en fortsatt svak vekst i plasstallet, først og fremst ved sykehjemmene og i klinikkavdelingene. Tallet på døgnplasser nådde maksimum i 1973, med totalt 13 763 plasser. Allerede fra 1965 får vi imidlertid en svak nedgang i døgnratene, først og fremst ved de psykiatriske sykehusene. Gjennomsnittlig varighet av oppholdene ved sykehusene fortsetter å synke. Fra begynnelsen av 1970-tallet ser vi også tendenser til kortere varigheten av oppholdene ved sykehjemmene. Nedgangen er mindre uttalt ved klinikkavdelingene, som i utgangspunktet gjennomgående hadde kortere varighet av oppholdene enn de øvrige institusjonene. Samlet sett falt likevel den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene med 1/3, fra 355 til 235 døgn. Samlet utskrivningsrate steg fra 49 i 1965 til 71 i 1973, en økning på 44 prosent.

I 1970 ble den nye sykehusloven iverksatt (Ot.prp. 36 (1967-68)). I følge denne fikk fylkeskommunene ansvaret for alle spesialiserte helsetjenester, på linje med det ansvaret fylkeskommunene allerede hadde for det psykiske helsevernet. Samtidig ble finansieringen av spesialisthelsetjenesten betydelig forbedret gjennom økte statlige driftstilskudd per oppholdsdøgn (kurdøgnsystemet).

### Nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene (1974-90)

I 1975 publiserte regjeringen en stortingsmelding om organiseringen av helsetjenesten (St.meld. nr. 9 (1974-75)). Meldingen var delvis et svar på økte (statlige) kostnader etter innføringen av Sykehusloven. Samtidig hadde en tilbakegang i økonomien i etterkant av oljekrisa i 1973. Meldingen introduserte WHO's prinsipp om at tjenestene skulle leveres på Laveste Effektive OmsorgsNivå (LEON-prinsippet). Rammetilskudd basert på behovsnøkler skulle erstatte statlige kurlpenger per oppholdsdøgn. Denne reformen ble først iverksatt fra 1980. Fra 1975 til 1980 ble imidlertid den statlige finansieringsandelen redusert. Kommunene skulle ha ansvaret for de fleste primærhelsetjenestene. Denne reformen ble iverksatt fra 1984. Om det psykiske helsevernet het det:

*«Hva de psykiatriske sykehusene angår, tilstrebes en fortsatt utvikling i retning av å overføre deres langtidspasienter til psykiatriske sykehjem eller til hjemmet, en utvikling som dog vil ta tid. Utviklingen synes i det hele å føre til at forskjellene mellom de psykiatriske sykehusene og de psykiatriske klinikkene utviskes, med sikte på utvikling av samfunnspsykiatriske sektormodeller (side 77).»*

Meldingen introduserte også sektorprinsippet: At hvert av sykehusene eller klinikkene skulle ha ansvaret for tjenestene til befolkningen i hvert sitt geografiske område. Meldingen understreket også behovet for utbygging av den polikliniske behandlingsskapiteten.

Fra midten av 1970-tallet startet den egentlige de-institusjonaliseringen av de psykiske helsetjenestene i Norge. Fra 1973 til 1990 sank antall døgnplasser fra 13 800 til 7 700. Ettersom

befolkningen samtidig økte, ble plassraten og døgnraten begge halvert. Nedgangen kom i all hovedsak ved de psykiatriske sykehusene. Her sank plassstallet fra 8 407 i 1973 til 2 659 i 1990. Justert for befolkningsveksten gir dette en nedgang på 73 prosent. Plassstallet ved sykehjemmene holdt seg stabilt frem til slutten av 1980-tallet, og var fra midten av 1980-tallet blitt den volummessig største tjenesten, med flere plasser enn de psykiatriske sykehusene. Nedgang i varigheten av oppholdene kunne ikke lenger kompensere for nedgang i plassstallet. Fra 1973 til 1987 sank utskrivningsraten fra 71 til 57, eller med 20 prosent.

Skillet mellom psykiatriske sykehus og klinikkavdelinger ble i denne perioden visket ut. Institusjonene fikk det samme befolkningsansvaret, og korttidsterapi ble hovedfokus også for de psykiatriske sykehusene, slik det alltid hadde vært for klinikkavdelingene. Langtidsomsorgen ble sykehjemmenes ansvar alene.

### 1991-98: Fra sykehjem til lokalsamfunnsbaserte tjenester

Siden starten av 1980-tallet hadde sykehjemmenes rolle kommet på dagsorden. I 1985 publiserte Helsedirektoratet en rapport som anbefalte at sykehjemmene skulle omformes til Bo- og behandlingssentre (BoB). Disse ble senere omdøpt til Distrikpsykiatriske sentre (DPS). BOBene skulle tilby korttids døgnopphold, dagsenter og polikliniske tjenester til lokalsamfunnet (Gunnæs mfl. 1985).

I 1991 var det allerede etablert 412 døgnplasser i BoBene. I de påfølgende årene ekspanderte BoBene hurtig, til 1 492 plasser i 1998. På det tidspunktet var det allerede flere plasser ved BoB enn ved sykehjem. Samlet plassstall ved sykehus, klinikker og klinikkavdelinger var stabilt. Fra 1991 til 1998 ble de samlede ratene for oppholds-døgn og døgnplasser begge redusert med 20 prosent, ettersom plassstallet ved sykehjemmene ble redusert raskere enn utbyggingen av plasser ved BoB/DPS. Utskrivningsraten økte imidlertid med 39 prosent. Utbyggingen av BoB/DPS spilte en sentral rolle i denne utviklingen. Disse hadde i utgangspunktet betydelig kortere varighet av oppholdene enn sykehjemmene, og andel plasser ved DPS økte. Både ved sykehjem og DPS ble gjennomsnittlig varighet halvert i perioden.

I denne perioden kom også en kraftig utbygging av den polikliniske kapasiteten. Antall konsultasjoner økte fra 318 000 i 1991 til 476 000 i 1998, dvs. med 50 prosent.

### 1999-2008: Opptappingsplanen for psykisk helse

I 1997 presenterte regjeringen Psykiatrimeldingen (St.meld. nr. 25 (1996-97)). Stortingsmeldingen kom med kraftig kritikk av tjenestenes organisering, og foreslo en utbygging og omorganisering av disse<sup>32</sup>.

Meldingen ble fulgt opp av Opptappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-98)), som ble vedtatt av Stortinget året etter.

32 I meldingen ble tjenestetilbudet beskrevet på denne måte:

«-Det er for liten kapasitet i tilbudene for pasienter med psykiske lidelser.  
-Det er for dårlig utbygde tjenester i mange kommuner.  
-Det er for få tilgjengelige behandlingsplasser i sikkerhetsavdelinger og psykiatriske sykehus.  
-Det er for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til.  
-Det går for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn.  
-Det er for dårlig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus.»  
-Det er for mange pasienter som blir utskrevet for tidlig.  
-Det er for dårlig kvalitetssikring av tjenestene.»(side 13)

I planen ble det foreslått en omstrukturering av tjenesten. Tjenestene for voksne skulle i fremtiden bestå av:

- Spesialiserte sykehusavdelinger
- Distriktpsikiatriske sentre (DPS), som skulle levere mindre spesialiserte tjenester, herunder polikliniske tjenester, dagtilbud, korttids døgnbehandling, langtidsbehandling og rehabilitering, veiledning til primærhelsetjenesten og akutt-tjenester til befolkningen i opptaksområdet
- Avtalespesialister som skulle levere tjenester i samarbeid med øvrige tjenester

I løpet av planperioden skulle bevilgningene til det psykiske helsevernet øke med 29 prosent. Et tilsvarende beløp ble satt av til øremerket utbygging av tjenester i kommunene. Plasstallet skulle øke betydelig i DPSene, og marginalt i sykehusene. Sykehjemmene skulle bygges ned. Samlet plasstall skulle imidlertid ikke reduseres.

Fra 1998 til 2004 økte antall døgnplasser i DPS fra 1 492 til 2 091, men ble igjen redusert til 1 833 ved utløpet av planperioden i 2008. De gjenværende plassene i sykehjemmene var på det nærmeste avvirket i 2004. Samlet sett ble plasstallet redusert fra 5 980 til 4 557, en reduksjon i raten på 30 prosent. Oppholds døgnene viser en tilsvarende utvikling. Også i denne perioden finner vi en betydelig økning i antall utskrivninger, fra 29 000 i 1998 til 49 000 i 2008, en økning i raten på 55 prosent. Den polikliniske behandlingsskapasiteten ble samtidig bygget ut. Antall konsultasjoner økte fra 476 000 i 1998 til 1 099 000 i 2008. Dette gir en økning i raten på 113 prosent.

#### **Fra 2009:- Etter opptrappingsplanen**

Fra 2009 ble de øremerkede tilskuddene avvirket, og innarbeidet i de ordinære rammetilskuddene. Antall oppholds døgn og døgnplasser går fortsatt ned. Tallet på døgnplasser ble redusert fra 4 557 i 2008 til 3 857 i 2013, en nedgang i raten på 21 prosent. Antall oppholds døgn ble redusert tilsvarende. Gjennomsnittlig varighet har fortsatt å gå ned, men har bare kunnet kompensere for nedgangen i oppholds døgn. Utskrivningsraten har dermed flatet ut, og gikk ned fra 2012 til 2013. Den polikliniske konsultasjonsraten har økt med 24 prosent. Vi har også fått en utbygging av ambulante team.

### **7.3 Noen generelle utviklingstrekk**

Vi har i dette kapitlet sett på utviklingen i døgnbehandlingen etter 1950. Vi kan merke oss noen generelle utviklingstrekk.

Antall senger og antall oppholds døgn økte frem til begynnelsen av 1970-tallet. Siden den tid har antall døgnplasser og antall oppholds døgn blitt redusert kontinuerlig.

Siden midten av 1950-tallet har det vært en kontinuerlig reduksjon i den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene. Denne utviklingen har blitt understøttet gjennom utbyggingen av klinikkavdelinger ved de somatiske sykehusene fra slutten av 1950-tallet, og utbyggingen av BoB/DPS fra begynnelsen av 1990-tallet, som begge hadde kortere opphold enn de tradisjonelle institusjonene. I tillegg har også varigheten av opphold ved de tradisjonelle institusjonene blitt kraftig redusert, ved de psykiatriske sykehusene fra midten av 1950 tallet, og ved sykehjemmene fra begynnelsen av 1970-tallet.

På tross av redusert antall døgnplasser, har det gjennom det meste av perioden vært en betydelig vekst i antall utskrivninger. Unntaket er en periode på 1980-tallet. Etter Opptrappingsplanens avslutning har også økningen stoppet opp. Redusert plasstall og redusert antall oppholds døgn innebærer derfor ikke at færre mennesker mottar pleie og omsorg i institusjonene. Målt ved



utskrivningsraten har kapasiteten tvert om økt med 170 prosent siden midten av 1960-tallet<sup>33</sup>. I tillegg kommer en kraftig utbygging av polikliniske og ambulante tjenester siden begynnelsen av 1990-tallet. Tallet på pasienter som mottar behandling har altså økt kraftig. I 2013 mottok om lag 172 000 personer, eller om lag 4,3 prosent av voksenbefolkningen behandling i det psykiske helsevernet eller hos avtalespesialister. Av disse ble 27 200, eller 16 prosent innlagt (Helsedirektoratet 2014b). Nedgang i døgnplasser betyr med andre ord ikke nedgang i behandlingsskapasitet. Terskelen for behandling har på denne måten blitt vesentlig senket. Samtidig innebærer utbygging av DPSene at flere pasienter kan motta behandling nært eget bosted.

## 7.4 De-institusjonalisering

Figurene beskriver utviklingen i døgntjenestene i etterkrigstiden. Denne perioden faller sammen med det som har blitt omtalt som «nedbyggingen» eller «de-institusjonaliseringen» av det psykiske helsevernet, kjennetegnet ved nedbygging av sengekapasitet og oppholds-døgn i de psykiatriske institusjonene. I varierende grad har utviklingen vært ledsaget av en utbygging av alternative tjenester i lokalsamfunnet. En slik utvikling er ikke unik for Norge, en tilsvarende utvikling har funnet sted i de fleste vestlige land (Leff (ed.) 1997; Bachrach 1996; Busfield 1986; Fakhoury and Priebe 2002; Freeman mfl. 1985; Goodwin 1997; Haug and Rossler 1999; Jones 1988; Mackinnon and Coleborne 2003; Mechanic and Rochefort 1994; Pijl mfl. 2001; Pilgrim and Rogers 1993; Priebe mfl. 2005; Prior 1993; Rafferty 1995; Ramon 1996; Scull 1984; Sealy and Whitehead 2004; Shorter 1997; Thornicroft and Bebbington 1989). Utviklingen startet først i USA og i Storbritannia, med nedbygging av de psykiatriske sykehusene fra midten av 1950-tallet. I de fleste Vesteuropiske stater kom imidlertid nedbyggingen, i likhet med i Norge, først i gang på 1970-tallet. Utviklingen kan forstås på ulike måter.

### Den farmakologiske revolusjon

De første anti-psykotiske medikamentene kom på markedet tidlig på 1950-tallet. I både USA og England toppet pasientbelegget<sup>34</sup> i de psykiatriske sykehusene seg i 1954/55. Fra da av ble belegget hurtig redusert (Busfield 1986; Mechanic and Rochefort 1994). De nye medikamentene gjorde det mulig for pasientene å bo utenfor institusjon, og på denne måten ledet dette til de-institusjonaliseringen (eller mere presist; de-hospitaliseringen). Denne forklaringsmåten passer med utviklingen i USA og England. I de fleste andre vestlige land kom imidlertid nedgangen på et betydelig senere tidspunkt. I Norge hadde vi en kraftig utbygging av institusjonsplasser fram til 1970-tallet, 15-20 år etter at medikamentene ble introdusert. Denne forklaringsmåten synes derfor lite velegnet for å forstå utviklingen. Sammen med utbyggingen av sykehjemmene muliggjorde imidlertid introduksjonen av de nye medikamentene en kraftig reduksjon i den gjennomsnittlige varigheten av oppholdene.

### Institusjonskritikken

Siden slutten av 1950-tallet har det vært en voksende kritikk av de skadelige virkningene av lange opphold i store institusjoner. Både sosiologer og helseprofesjoner har hevdet at «totale institusjoner» skaper og vedlikeholder avhengighet, passivitet, utelukkelse og kronifisering av lidelsene. Dette fører i neste omgang til at pasienten blir institusjonalisert i lange perioder, kanskje livet ut (Goffman 1961; Løchen 1965; Miller 1985; Sheff 2009; Foucault 1965; Szasz 1961).

Det er imidlertid usikkert i hvilken grad dette ledet til nedbygging av institusjonene. I Norge førte som vi har sett kritikken av forholdene ved de psykiatriske sykehusene i første omgang til en utbygging av disse, for å avhjelpe overbelegget.

<sup>33</sup> Med kortere varighet av oppholdene vil selvsagt flere pasienter også bli utskrevet flere ganger. Antall pasienter som behandles i døgningstitusjon vil derfor øke saktere enn antall utskrivninger. Bare for de siste årene er det imidlertid mulig å identifisere antall pasienter. I 2013 hadde hver pasient i gjennomsnitt 1,9 utskrivninger. Dette forholdstallet er langt lavere enn veksten i antall utskrivninger.

<sup>34</sup> Gjerner målt ved antall pasienter ved utgangen av året.

### Utbyggingen av velferdsstaten

I følge Mechanic og Rochefort har utbyggingen av offentlige velferdstjenester påvirket de-institusjonaliseringen på to ulike måter (Mechanic and Rochefort 1984). Utbyggingen av slike tjenester og ytelser (uføretrygd, offentlig finansierte boliger mv.) gjorde det for det første mulig for langtidspasienter å bo utenfor institusjonene. På denne annen side førte utbyggingen av velferdsstaten til økte forventninger til, og dermed økende kritikk av eksisterende standard. Dette ville i neste omgang føre til økende kostnader ved fortsatt drift av døgninstitusjonene.

I Norge ble det innført en universell uføretrygd i 1959, senere innarbeidet i folketrygden fra 1967 (Seip 1994). I tillegg var utbyggingen av ulike kommunale velferdstjenester en viktig forutsetning for de-institusjonaliseringen av det psykiske helsevernet i Norge.

### Kostnadsbegrensning

Gitt budsjettbegrensningene vil de fleste regjeringer forsøke å minimere, eller i det minste begrense kostnadene til offentlige tjenester. Nedgangen i antall oppholdsdøgn kom i Norge i etterkant av oljekrisen i 1973. Kostnadsbegrensning var også et uttalt mål i St. meld nr. 9 (1974-75) og for finansieringsreformen i 1980, der statlige tilskudd per oppholdsdøgn ble erstattet av et rammetilskudd til fylkeskommunene. Incentivene for «å holde på» pasientene ble på denne måten fjernet.

Imidlertid har en ikke noen klare indikasjoner på at personellinnsatsen i tjenestene for voksne faktisk gikk ned, heller ikke i perioden med nedgang i utskrivningstallene på 1980-tallet. Siden 1990 har personellinnsatsen økt betydelig, parallelt med en betydelig nedgang i antall oppholdsdøgn (Pedersen mfl. 2008; Helsedirektoratet 2014b). Reduksjon i antall oppholdsdøgn kan på denne måten i beste fall ha medvirket til å bremse kostnadsveksten.

### Endret fokus for tjenesten

Joan Busfield (1986) har beskrevet de-institusjonaliseringen først og fremst som et resultat av endret fokus for tjenesten, fra langtids-omsorg for kroniske pasienter til akutt-behandling av pasienter med mindre alvorlige lidelser. Flere faktorer har bidratt til dette skiftet. Nye medisinske ideer har svekket støtten for de tradisjonelle institusjonene. Utvikling av alternative omsorgsformer gjorde det mulig å leve utenfor institusjonen. Psykiaterne ønsket også å bli bedre integrert med øvrige medisinske spesialiteter, og terapeutisk optimisme antydte at mer kortvarige opphold i institusjonene var mulig.

De norske erfaringene støtter opp under en slik beskrivelse. Endringer i alderssammensetningen kan illustrere dette. SINTEF har siden 1979 med fire til fem års mellomrom gjennomført punkttellinger, der alle pasienter innlagt på en bestemt dag har blitt registrert. Fra 1979 til 2007 sank antall pasienter 70 år og eldre fra ca. 3 850 til 300. Andelen har tilsvarende blitt redusert fra 32 til 9 prosent. Antall pasienter under 30 har bare gått svakt ned, og andelen har økt fra 8 til 26 prosent. Ser vi på utviklingen for andre institusjoner enn sykehusene (dvs. hovedsakelig sykehjem og DPS), sank andelen 70 år og eldre fra 47 prosent i 1989 til 5 prosent i 2007 (Øgard mfl. 1986; Pedersen og Bjerkan 2008). Primærhelsetjenestereformen fra 1984 (som ga kommunene formelt ansvar for de fleste primærhelsetjenestene inkludert tjenester til mennesker med psykiske lidelser) og nærmere integrering av mentale og somatiske helsetjenester peker begge i retning av økt fokus på aktiv behandling, og mindre fokus på langtidsomsorg.

### Økt vektlegging av pasientrettigheter og –synspunkt

I løpet av de siste ti-årene har økt vekt blitt lagt på pasientenes egne ønsker og synspunkt på behandlingstilbudet. Gjennom Opptrappingsplanen ble dette også offisiell politikk på psykisk helsefeltet. Planen understreker at brukerne av tjenestene skal involveres i planlegging av tjenestene, både på individnivå og på organisatorisk nivå (St.meld. nr. 25 (1996-97); St.prp. nr. 63 (1997-98)). Også Pasientrettighetsloven og etableringen av Pasientombudsordningen har styrket pasientenes stilling (Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63).

Pasienttellingene har avdekket at mange pasienter ville foretrekke å bo i egen bolig med støttetjenester der, fremfor å bo i en institusjon (Hagen 1997; Hagen 2001; Hagen 1992; Hagen og Ruud 2004; Øgard 1981; Lilleeng mfl. 2009). Behandlingspersonellet gir også uttrykk for at mange pasienter heller burde hatt et tilbud utenfor institusjon eller i mindre institusjoner, hvis et slikt tilbud fantes. Så sent som i 2007 ble det anslått at ca. 30 prosent av de innlagte heller burde hatt et tilbud i lokalsamfunnet (Lilleeng mfl. 2009).

## 7.5 Konsekvenser av omleggingen av tjenestene

Hovedkriteriet for å bedømme helsetjenester bør være i hvilken grad tjenestene skaffer befolkningen gode og effektive tjenester. Spørsmålet blir da om pasientene har vært tjent med de endringene som har funnet sted.

I perioden 1955-65 var det en vesentlig utbygging av plasser både i psykiatriske sykehus og i sykehjem. For sykehusene førte dette til en betydelig reduksjon i overbelegget, og sannsynligvis til økt levestandarden for pasientene. Flytting av kroniske pasienter fra sykehus til mindre, mer «hjemlige» institusjoner hadde sannsynligvis samme virkning. Flytting av pasienter fra privatpleie til sykehjem hadde også som målsetting å bedre tilbudet til denne gruppen.

Nedbygging av plasstallet i institusjonene startet tidlig på 1970-tallet, med nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene. Gjennom pasienttellingene er det avdekket at mange innlagte pasienter ville foretrekke lokalsamfunnsbaserte tjenester fremfor å være innlagt i en psykiatrisk institusjon. Behandlerne delte også langt på vei disse synspunktene.

Spørsmålet blir dermed om slike alternative tjenester ble tilgjengelige før antall oppholdsdøgn ved de psykiatriske institusjonene ble redusert. I de første 10-20 årene er det mye som tyder på at slike tjenester ikke var på plass. Langtids-pasienter ble utskrevet før alternative tjenester i lokalsamfunnet var etablert. Problemet ble også forsterket av de institusjonelle barrierene; fylkeskommunene frasa seg ansvaret for pleiepasientene, mens kommunene var lite villige til å påta seg ansvaret for de alternative tjenestene som burde etableres.

Dette var mye av bakgrunnen for Psykiatrimeldingen og Opptappingsplanen. Det var et stort behov for å planlegge tjenester basert på pasientenes behov snarere enn administrative og institusjonelle inndelinger. En trengte bedre integrering og samordning av tjenester fra ulike forvaltningsnivå. Løsningen ble øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner. Forutsetningen for å motta disse tilskuddene, var at fylkeskommunene og kommunene utarbeide planer for utviklingen av tjenestene. Planene måtte godkjennes av statlige organ.

Evalueringen av Opptappingsplanen viser at planen har hatt en positiv effekt både for tilgjengelighet, kvalitet, effektivitet, pasientrettigheter og behandlingsutfall (Kolstad and Hjort 2006; Pedersen og Bjerkan 2008; Pedersen mfl. 2008; Brofoss og Larsen 2009). Spørsmålet blir dermed om en vil greie å opprettholde den positive utviklingen også etter Opptappingsplanens avslutning.

## 8 Status for det lokalbaserte tilbudet i Norge

WHO sin anbefaling for organisering av psykisk helsetjeneste er førende også for Norge. Et sentralt mål har vært å redusere bruk av institusjonsopphold i spesialisthelsetjenesten, øke kapasiteten i DPS-ene og tjenestetilbudet i kommunene. Kommunens rolle som tjenesteyter i forhold til mennesker med psykiske vansker og lidelser skal styrkes. Kommunene har fått økt ansvar i forhold til kartlegging og behandling av psykisk vansker og lidelser, og plikter å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden. Dette er sentrale føringer også fra OECD.

OECD har nylig (OECD 2014b) foretatt en gjennomgang av de psykiske helsetjenestene i Norge. De oppsummerer sine vurderinger slik:

*«Norges psykiske helsetjenester synes å tilby god, egnet omsorg til hele befolkningen. Norge har satset betydelig innsats og ressurser til forbedring av tjenestene over de siste tiårene. Denne innsatsen – styrket omsorg i lokalsamfunnet levert fra kommunene, økning i spesialiserte tjenester, økt ressursinnsats og økt politisk prioritet til feltet – antyder at Norge beveger seg mot et sterkt og helhetlig psykisk helsetjenestetilbud. Ut fra indikatorer for kvalitet på de psykiske tjenestene viser Norge en imponerende framgang på mange felt.*

*Det er imidlertid fortsatt mangler i tjenestetilbudet, og Norge kan fortsatt forbedre tjenestesystemet for å sikre psykiske tjenester av høy kvalitet til hele befolkningen. Norge har muligheter for ytterligere å styrke datainnhenting, og å bruke data for å forbedre behandlingsresultat, å sikre at alle psykiske lidelser blir behandlet på riktig måte, at ansvaret for ulike tjenester er klart definert og implementert mellom ulike forvaltningsenheter, å sikre koordinering av tjenestene, og å sikre høy kvalitet på tjenestene i hele landet.»*

### 8.1 Kommunale tjenester er basis for det lokalbaserte tilbudet

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak rettet inn mot den enkelte bruker, men også deres familier og nettverk. Arbeidet involverer mange instanser og består av forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging ved både lettere psykiske vansker og alvorlige psykiske lidelser. Tjenestene omfatter råd og veiledning, psykososial støtte, koordinering, bolig og oppfølgingstjenester, arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, ambulante tjenester, lavterskeltilbud, henvisning, samt samhandling og oppfølging under behandling i spesialisthelsetjenesten eller opphold i annen institusjon/fengsel, inngår også i oppgaveporteføljen.

Psykisk helsearbeid utføres i helse- og omsorgstjenesten og i andre sektorer og tjenester i kommunen. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og omfatter blant annet forebyggende tiltak på systemnivå, opplysningsvirksomhet og tiltak for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Brukermedvirkning og brukerinvolvering skal inngå i tilbudet til den enkelte og ved planlegging, organisering og drift av tjenestene i kommunene.

Kommunen har plikt til å opprette en *koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet* (Helse og omsorgstjenesteloven § 7-3). Enheten har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Målet med koordinerende enhet er å sikre koordinerte tjenester til dem som trenger det, og legge til rette for god samhandling mellom bruker og tjenesteytere og mellom tjenesteytere fra ulike faggrupper, sektorer og nivåer. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer vil ofte ha behov for koordinerte tjenester, og enhetene må sikre at disse brukergruppens behov for individuell plan og koordinator ivaretas.

Av tjenester og aktører i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid finnes bl.a. fastlege, legevakt (øyeblikkelig hjelp), lavterskel helsetilbud til personer med rusmiddelproblemer, psykologer i kommunens helse- og omsorgstjenester, omsorgstjenesten, Rask psykisk helsehjelp, ACT/FACT, ergo- og fysioterapitjenesten, rehabilitering, frisklivssentral, møteplasser og aktivitetstiltak, lærings- og mestringstilbud i kommunen, kommunale psykososiale kriseteam, krisesenter, overgrepsmottak, barneverntjeneste, svangerskaps- og barselomsorg, asylmottak – helse- og omsorgstjenester til flyktninger og asylsøkere, og NAV- kontorene. Noen av tjenestene er omtalt nærmere senere i kapitlet<sup>35</sup>.

For barn og unge finnes tjenester innenfor ulike sektorer som barnevern, familievern, kommunal psykisk helsetjeneste, fastlege, familiens hus/ familiesentre, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Tiltakene som tilbys kan dreie seg om direkte familierettede tiltak i hjemmet, forsterket innsats i barnehage og skole, og om kommunale eller spesialiserte tjenester. Mange kommuner har psykolog ansatt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og undersøkelser viser at 82 prosent av disse psykologene jobber med barn og unge som hovedmålgruppe (Ose og Slettebak 2014). Det er et utstrakt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenestens poliklinikk og dag- og døgntilbud for psykisk helsevern for barn og unge. Aktiviteter, kultur og fritidstiltak er også viktige i kommunens psykiske helsearbeid.

Stadig flere kommuner velger å ha felles enhet/avdeling/team for sine psykisk helse- og rustjenester, og i 2013 hadde 59 prosent av landets kommuner valgt en slik organisasjonsform for tjenestene (Ose og Kaspersen 2015). Enhetene tilbyr ulike typer tiltak som kartlegging og vurdering, behandling, rehabilitering, oppfølging i bolig, dagtilbud og arbeidstiltak. Noen kommuner har opprettet ulike tverrfaglige enheter eller team, som ambulante booppfølgingsteam, stabiliseringsteam eller rehabiliteringsteam. Hoveddelen av de ansatte innen psykisk helse og/eller rusarbeid har høyere utdanning, og flere har spesial- eller videreutdanning. Kommunene ansetter også stadig flere psykologer, som bidrar til å styrke kommunenes kompetanse og komplementere tilbudene.

For barn og unge har 25 prosent av kommunene valgt å organisere tilbudet i en egen enhet/tjeneste for psykisk helsearbeid (Ose og Slettebak 2012). Cirka 50 prosent av landets kommuner, og nesten alle de store byene, har etablert integrerte kommunale tjenester for barn og unge, ofte i form av samarbeidsmodeller som «familiens hus» eller «familiesenter» (Gamst og Martinsen 2012). De resterende 25 prosent av kommunene har andre organisasjonsformer.

### Familiens Hus

Familiens hus er et tverrfaglig kommunalt tilbud som skal ivareta psykisk og fysisk helse hos gravide, barn og ungdom. Kommunens primære helse- og omsorgstilbud rettet mot barn, unge og deres familier samordnes, samlokaliseres og forankres lokalt. Målsettingen er at familiene skal møte en helhetlig og familiestøttende tjeneste i et og samme hus. Et familiesenter er en lokalt forankret tverrsektoriell og tverrfaglig enhet, hvor barn og familier i risiko skal kunne motta hjelp og støtte uten å gå veien om henvisning og ventelister. Familiesenter-modellen er evaluert som vellykket, i den forstand at den har gitt et mer tilgjengelig tilbud til brukere med risiko for å utvikle psykososial problematikk. Brukerne er også mer fornøyde (Major mfl. 2011). Sannsynligheten for at kommunen har valgt integrerte tjenester som organisasjonsmodell for barn og unge, øker i takt med kommunestørrelse (Ose og Slettebak 2012). Flere kommuner har inngått ulike samarbeidsavtaler for å kunne gi barn og unge et tidlig tilbud.

<sup>35</sup> For mer utfyllende beskrivelse av de ulike tjenestene og aktørene, se også Helsedirektoratets Veileder «Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenester. IS-2076, (2014).

### Frivillige og ideelle organisasjoner

I tillegg til kommunens egne tjenester, bidrar frivillige og ideelle organisasjoner med en betydelig tjenesteproduksjon. De bidrar til en kapasitetsøkning, ved at de utfører oppgaver på vegne av kommunen eller opprettholder et tilbud gjennom tilskuddsmidler. Samtidig kompletterer de det offentlige tilbudet, ved at de tilbyr tjenester som er et supplement til kommunens lovpålagte oppgaver.

### Psykososial oppfølging etter kriser, katastrofer og traumer

Kommunale kriseteam møter mennesker umiddelbart etter dramatiske hendelser, og må ha kjennskap til vanlige psykologiske og sosiale hjelpebehov hos ulike befolkningsgrupper, og hvordan disse behovene kan møtes på en god måte. Helsedirektoratet har i samarbeid med kompetansemiljø utarbeidet en veileder for psykososiale tiltak etter kriser, ulykker og katastrofer, hvor psykososiale kriseteam omtales særskilt. Veilederen retter seg mot ledere og helse- og omsorgspersonell i kommunene og spesialisthelsetjenesten, som bistår mennesker som har vært utsatt for potensielt psykologisk traumatiserende hendelser, deres pårørende og etterlatte. I veilederen beskrives og klargjøres kommunens og andre aktørers ansvar og plikter ved kriser, ulykker og katastrofer. Det gis råd om hvordan kommunen kan planlegge å organisere sin psykososiale oppfølging i samarbeid med andre tjenester, brukere, pårørende, frivillige organisasjoner mv. Psykososiale kriseteam omtales spesielt. De fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har siden 22. juli 2011 jobbet særskilt med kompetanseheving i tjenesteapparatet innen psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer.

### Flerfaglig kompetanse i tjenestene

Stimulering av flerfaglig kompetanse med videreutdanning i psykisk helsearbeid har vært et sentralt bidrag i tjenesteutviklingen innenfor kommunalt psykisk helsearbeid siste 10-årsperiode. Tverrfaglig videreutdanning bidrar til å øke sannsynligheten for at tjenestetilbudene blir gode og helhetlige for den enkelte bruker. Gjennom tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid kan flere yrkesgrupper innenfor helse- og sosialtjenesten få økt kompetanse i psykisk helsearbeid, og økt samhandlingskompetanse – både internt i tjenestene og eksternt med andre yrkesgrupper/tjenester. Årsverksstatistikk for tjenestene innenfor kommunalt psykisk helsearbeid viser at både andel ansatte med høyskoleutdanning og andel ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid har økt i perioden 2007-2013 (Ose og Kaspersen 2015). Tendensen er at personell med kompetanse på videregående skolenivå erstattes av personell med høyskoleutdanning. Innenfor tjenester rettet mot voksne, er andelen av personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid økt fra 34 prosent til 39 prosent i perioden 2007-2013 – en relativ prosentvis økning på tilnærmet 15 prosent. Innenfor kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge, har andel ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid økt fra 19 prosent i 2007 til 27 prosent i 2013 noe som er en prosentvis økning på 42 prosent for perioden 2007-2013 (ibid.).

### Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

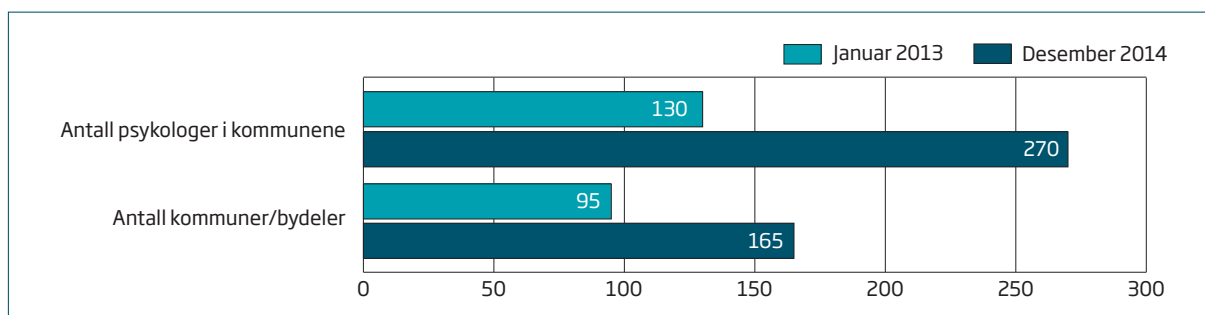
I perioden 2009-2012 ble satsingen «Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten» gjennomført. I løpet av disse årene hadde 130 kommuner prøvd ut integrering av psykologen i ulike typer fastsatte tjenestemodeller. Evalueringen av forsøket (Ådnanes mfl. 2013, Fossestøl og Skarpaas 2013) viste blant annet at satsingen har ført til økt rekruttering av psykologer. Det har også bidratt til økt grad av samarbeid mellom ulike kommunale tjenester og tjenesteutøvere. Overordnet har kvaliteten på tjenestene blitt bedre og terskelen for å søke psykologhjelp blitt lavere. Utfordringer som tidligere ble behandlet separat ses nå i større grad i sammenheng.

Fra 2013 ble modellforsøket avsluttet og satsingen betydelig styrket og utvidet. Alle kommuner fikk mulighet til å søke om tilskudd til rekruttering av psykologer, og utviklingen er oppløftende:

- En markant økning med litt over en dobling i antall psykologstillinger og 70 prosent økning i antall kommuner/bydeler fra 2013-2014 – Fra 130 til 270 stillinger fordelt på henholdsvis 95 til 165 kommuner/bydeler.

- Alle 19 fylker er inne i ordningen og det er stor bredde i kommunestørrelse.
- Om lag halvparten av psykologstillingene er forankret i tjenester som gir tilbud til barn og unge.
- Om lag 70 psykologstillinger er rettet inn mot arbeid med økt gjennomføring i videregående opplæring.

Det er stor bredde i kommunenes tilbud og målgruppe psykologenes rolle og oppgaver. Utviklingen viser at stadig flere kommuner retter psykologtilbudet inn mot helsefremmende og forebyggende arbeid, både på individ- og systemnivå. Videre benyttes også kompetansen i større grad til å styrke rusfeltet og sammenhengen med psykisk helse.



Figur 8.1. Antall psykologer og antall kommuner/bydeler med psykologer, 2013-2014.

### Tilbud som er viktig i forebygging og for tilgang til lavterskeltjenester

Innenfor kommunens helse- og omsorgstjenester finnes det tjenester som har forebygging og helsefremming som en viktig oppgave. Dette gjelder spesielt helsestasjons- og skolehelsetjenesten, frisklivssentralene og kommunelegetjenesten. Forebygging som retter seg mot individer som har risikofaktorer eller har utviklet problemer, er en viktig del av den kommunale helsetjenestens arbeid. Gjennom tidlig identifikasjon og intervensjon er det mulig å forhindre videreutvikling og begrense problemene, forkorte behandlingen og redusere negative konsekvenser. Mange kommuner har, som en viktig del av kommunens helhetlige tjenestetilbud, etablert brukernære lavterskel helsetilbud.

### Rask psykisk helsehjelp

Flere kommuner har tilbud om «Rask psykisk helsehjelp», som er et pilotprosjekt basert på veiledet selvhjelp, mestringkurs og samtaleterapi. Rask psykisk helsehjelp utprøves i dag i 14 kommuner og tre bydeler i Oslo. Det legges vekt på at Rask psykisk helsehjelp skal samarbeide med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger og spesialisthelsetjenesten.

### Frisklivssentraler

De kommunale frisklivssentralene spiller også en viktig rolle i det forebyggende og helsefremmende psykiske helsearbeidet, både gjennom målrettede tiltak og gjennom tiltak som fremmer inkludering og deltakelse. Frisklivssentraler er en forebyggende og helsefremmende kommunal helse- og omsorgstjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdommer eller lidelser som kan relateres til levaneområdene (Helsedirektoratet 2011c). En sentral tilnærming er å styrke positive helsefaktorer. Tilbudet består av både individuelle og gruppebaserte motivasjons- og veiledningssamtaler. Nav, spesialisthelsetjenesten, fastlege og annet helsepersonell henviser til frisklivssentralen. Brukere kan også ta direkte kontakt. Det er etablert frisklivssentraler i over 200 kommuner og flere er under etablering.

En stor andel av deltakerne ved frisklivssentralene rapporterer om psykiske helseplager. Tilbud om hjelp til mestring av utfordringer knyttet til psykisk helse er et utviklingsområde ved frisklivssentralene, og flere sentraler tilbyr lavterskel psykisk helsetilbud som kurs i mestring av depresjon (KiD) og kurs i mestring av belastning (KiB). Frisklivssentralene oppfordres til å knytte til seg

psykologkompetanse, og i noen kommuner er det også etablert samarbeid mellom frisklivssentraler og Rask psykisk helsehjelp. Et av målene for ordningen *Rekruttering av psykologer i kommunen* er dessuten å styrke helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen gjennom frisklivssentraler (St. prop 1 (2013-1014)). Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene bidrar med bred kompetanse innen forebygging, tidlig intervensjon og behandling. Arbeidet spenner fra befolkningsrettede til individuelle tilbud overfor mennesker i alle aldersgrupper.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) beskrives frisklivssentralene som et viktig tilbud til personer som har økt risiko for eller utfordringer knyttet til psykisk helse. Gjennom Frisklivssentralene når personer i lavere sosioøkonomiske grupper, og det legges vekt på arbeidstilknytning og tilbakeføring til arbeid, inkludering av innvandrergupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller. Forskning viser at deltakelse ved frisklivssentralens tilbud blant annet fører til høyere helserelatert livskvalitet og sosial støtte (Helgerud og Eitun 2010, Lerdal mfl.2012). En annen positiv effekt av det gruppebaserte tilbudet, er at det bidrar til etablering av sosiale nettverk. Sosial støtte en av de viktigste beskyttelsesfaktorene for å forebygge psykiske lidelser (Major mfl.2010).

### Andre eksempler på tiltak som understøtter målet om tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten

Tidlig intervensjon innebærer å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet løses, eller blir redusert (IS-1742: 2010. Helsedirektoratet). Det pågår flere satsninger innenfor tidlig intervensjon, med vekt på kompetanseheving i kunnskapsbasert tidlig intervensjonsmetodikk og systematisk forebyggingsarbeid, som har lovende resultater, bla.:

- **Tidlig Inn:** Det tverrfaglige opplæringsprogrammet Tidlig Inn er gjennomført i 60 kommuner over hele landet for at jordmødre, helsesøstre og fastleger i møte med gravide og småbarnsforeldre skal bli tryggere i arbeidet med å avdekke et begynnende problem, og tilby adekvat oppfølging innen psykisk helse, rus og/eller vold i nære relasjoner.
- **Bedre Tverrfaglig innsats (BTI)** har som mål å forhindre brudd i oppfølgingen av barn og unge, ved bekymring eller problemutvikling. Modellen bidrar til bedre samarbeid mellom relevante instanser, foreldrene og barnet. BTI er utprøvd, over en tre års periode, i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (KoRus) og åtte kommuner. Modellen kan tas i bruk av alle kommuner som ønsker det fra 2015.
- **De utrolige årene (DUÅ)** er et foreldrestøtteprogram (etablert i 17 fylker) med tiltak som forebygger atferdsvansker hos barn. Tilbudet er forankret og koordinert fra Regionalt kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse og barnevern (RKBU-Nord). En omfattende RCT-studie i Norge viser at ca. 70 prosent av barna (4-8 år), fikk redusert sine atferdsproblemer når DUÅ ble brukt som tilnærings/ behandlingsmetode. Tiltakene retter seg mot barn og deres familier i form av kurs for foreldre, barn og fagfolk (barnehage, skole og helsetjenester).

### Forebygging av psykiske vansker og lidelser inn i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet<sup>36</sup>

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. Depresjon, angst og rusmiddelmisbruk er blant sykdommene som koster mest for samfunnet, men disse lidelsene lar seg i stor grad forebygge. Det er derfor behov for en bred satsning på det helsefremmende og forebyggende arbeidet i Norge. Økt vektlegging av forebyggingstiltak og tidlig intervensjon kan både fremme helse i befolkningen og redusere sykdomsbelastning for enkeltmennesker, presset på helsetjenestene og kostnader for samfunnet (St.meld nr. 47, 2008-2009). Dette arbeidet må skje både i og utenfor helsevesenet. God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester (Helsedirektoratet 2010b).

<sup>36</sup> Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er samfunnets innsats mot faktorer som direkte eller indirekte påvirker hele befolkningens helse og trivsel og retter seg derfor i hovedsak mot forhold utenfor helsetjenestene. Arbeidet omtales allikevel her da det er en prioritert oppgave innenfor psykisk helsefeltet.



Psykisk helse-feltet har blitt betydelig styrket gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse i perioden 1998–2008 (Helsedirektoratet 2010). Opptappingsplanen hadde imidlertid et hovedfokus på tjenestene og styrking av tilbudet til dem med alvorlige lidelser innen psykisk helsearbeid i kommunene. Det var i mindre grad fokus på forebygging av psykiske helseplager og styrking av behandlingstilbudet til dem med mindre alvorlige lidelser. Dette er også en kritikk som har kommet etter Samhandlingsreformen. I følge en rapport fra SINTEF (Slettebak og Ose 2011) gir kommunene i økende grad et tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, mens man ikke ser en slik utvikling for det forebyggende psykiske helsearbeidet. Knappe ressurser gjør at det er vanskelig å få prioritert forebyggende arbeid. En god oppfølging av økte ansvarsoppgaver mht. forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging fordrer mer ressurser i årene som kommer.

Det har i noen år vært en ambisjon å tydeliggjøre psykisk helseperspektivet både i det forebyggende arbeidet i helsetjenesten og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i Norge. Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsloven, Folkehelseloven og Folkehelsemeldingen trekker på ulike måter frem behovet for et slikt arbeid. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å 'integre psykisk helse og trivsel som en likeverdig del av folkehelsearbeidet'. Dette er ikke unikt for Norge. WHO-strategier, både for folkehelse og psykisk helse gjenspeiler de samme trendene.

Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet har flere kunnskapsutfordringer. En oppgave er å identifisere og systematisere kunnskapen og sette den inn i en folkehelsesammenheng. Det er også behov for å identifisere kunnskapshull og stimulere til forskning. I Norge tar Helsedirektoratet en aktiv rolle i sammenstilling av kunnskap. I løpet av de neste årene vil det komme en rekke kunnskapsrapporter om psykisk helse og trivsel, sosial støtte og andre relevante tema. Helsedirektoratet anbefaler også økt oppmerksomhet til forskning som omhandler hvordan forhold på livets ulike arenaer påvirker psykisk helse og trivsel.

Feltet vil styrkes jo mer kunnskap vi får om evaluerte tiltak på universelt nivå. Når dette er sagt, har vi likevel et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å handle på en rekke områder hvor det er sannsynlig at tiltakene vil ha god effekt på befolkningens psykiske helse og trivsel, de er i tråd med målene andre sektorer har, og det er liten grunn til å tro at disse vil ha uforutsette negative konsekvenser.

### **Skolen- en viktig arena for forebygging og fremming av god psykisk helse**

Skolen er en viktig arena i barn og unges oppvekst, og forskning viser at et godt læringsmiljø fremmer helse, trivsel og god sosial utvikling (Major mfl. 2011). Et helsefremmende skolemiljø består av en skole som gir elevene muligheter for å delta aktivt og utfolde seg, anledning til å oppleve mestring og som er preget av positive forhold mellom elevene. Skolen er også viktig for utvikling og opprettholdelse av sosiale nettverk. Et godt læringsmiljø kan gi mange gode opplevelser av fellesskap og mestring, faktorer som kan styrke og virke beskyttende på barns psykiske helse. Barns trivsel i skolen henger sammen med rapportert psykisk helse og trivsel senere i livet. I skolen er mobbing og manglende mestring blant de mest alvorlige risikofaktorene for dårlig psykisk helse. Studier har dokumentert klare sammenhenger mellom tilfredshet med livet, trivsel på skolen og elevenes prestasjoner (Samdal 2009).

Paragraf 9A i Opplæringsloven peker på skolens oppgave i å sikre elevenes helse, trivsel og læring og lovfester elevens rett til et godt psykososialt miljø. Den pålegger skolen å arbeide aktivt og systematisk for styrke det som fremmer elevens helse og trivsel, og også å hindre at elever opplever krenkelser eller mobbing i skolehverdagen. Betydningen av elevenes egen deltakelse i å skape et godt miljø vektlegges også i lovverket. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen «Psykisk helse i skolen». Denne har som mål å styrke psykisk helse i skolen med vekt på læringsmiljø, kompetanse, tidlig innsats og samhandling mellom instanser og tjenester for barn og unge.

Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og å oppleve mestring. I dette arbeidet er det viktig å ta utgangspunkt i utdanningssektorens behov for bidrag fra helsesektoren. Samfunnsmandatene til begge sektorene omhandler målet om enkeltindividets gode liv, livsmestring og livskvalitet. Økt samarbeid mellom utdanningssektor og helsesektor på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå vil være av betydning for gi alle like gode muligheter til å oppleve mestring i skolen, samt å øke andelen elever som gjennomfører videregående opplæring. Kjennskap til hverandres ansvarsområde, oppgaver og grenseflater er viktig å bli bevisst for å få til godt samarbeid i praksis med og rundt elever i barnehage, grunnskole og videregående opplæring.

Fremtidens visjon for psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet kan være å sette 'wellbeing' som målet for samfunnsutviklingen. Dette innebærer et skift fra sykdomsfokus til trivsel, og med en grunnleggende anerkjennelse av betydningen sosiale og sosioøkonomiske miljøfaktorer har for å skape en samfunnsutvikling for helse og trivsel.

## 8.2 Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

Et sentralt mål med samhandlingsreformen er å bedre tjenestetilbudet, og sørge for at det blir lettere å få helsehjelp lokalt. Fokus er på rett hjelp til rett tid, etter prinsippet beste mulig omsorgsnivå (BEON). I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, har kommuner og regionale helseforetak plikt til å inngå samarbeidsavtaler. I loven fastsettes også minimumskrav til hva avtalen skal omfatte, jfr. § 6-2. Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak gjennom konkretisering av oppgave- og ansvarsfordeling, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Det anbefales at avtalene har en generell del (overordnet samarbeidsavtale) og flere spesifikke områder (tjeneste-/delavtaler).

I 2013 fikk NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) og KoRus'ene (Kompetansesenter rus) i oppdrag å gjennomgå samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak og vurdere hvordan avtalene ivaretok områdene psykisk helse og rus. KoRusene evaluerte et representativt utvalg av samarbeidsavtaler fra sine regioner, mens NAPHA koordinere arbeidet og utarbeidet en samlet vurdering på bakgrunn av notatene fra KoRusene. NAPHAS overordnede vurdering var at det hadde vært arbeidet systematisk med samarbeidsavtaler over tid i alle regioner og at dette gjenspeilet seg i avtalene som var inngått. De påpekte imidlertid at det fortsatt gjensto en del arbeid med å konkretisere innholdet i avtalene. Videre ble det påpekt at det var utarbeidet bedre og mer konkrete beskrivelser der man har utarbeidet egne underavtaler for rus og psykisk helse. NAPHA vurderte generelt sett at brukerorganisasjoner i for liten grad hadde vært direkte involvert i utarbeidelsene av avtalene, men at det hadde vært gitt mulighet for innspill gjennom etablerte råd og utvalg. Det synes å variere hvor kjent avtalene er hos noen av brukerorganisasjonene.

## 8.3 Sentrale føringer for tjenesteutviklingen

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har vært sentral i utvikling og styrking av tilbudet til pasienter/brukere med psykiske vansker eller lidelser. Sluttevalueringen av opptappingsplanen, gjennomført av Forskningsrådet, slo fast at mange av målene som var beskrevet i opptappingsplanen ble nådd i planperioden. Blant annet hadde antall helsetjenesteårsverk i kommunene økt betydelig, antall desentraliserte botilbud til mennesker med psykiske lidelser hadde økt markant (cirka 3000 nye boliger), brukermedvirkning hadde fått en mer sentral plass i tjenestetilbudet og det ble registrert økt og styrket samarbeid mellom DPS/BUP og psykisk helsearbeid i kommunene.

De senere årene har blant annet samhandlingsreformen, Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) og Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) lagt sentrale føringer for ønsket utvikling og prioritering i tjenestetilbudet rettet mot brukere med psykiske vansker/

lidelser. Et formål med samhandlingsreformen utover forbedret samhandling og kontinuitet i og mellom tjenestene, er at mer helsearbeid og behandling skal foregå i kommunene fremfor i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for denne føringen er at en mener dette samlet sett vil bedre effekten av tjenestene. I skissering av en ny framtidig kommunerolle i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene.

Samhandlingsreformen vektlegger også behovet for økt satsning på forebygging og tidlig intervensjon, basert på erkjennelsen av at forebygging og tidlig innsats ofte taper i prioriteringssituasjoner hvor de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene har tendens til å bli prioritert. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007- 2012 ble utarbeidet i samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. I strategiplanen beskrives mål om å hindre utstøting fra arbeidslivet og økt inkludering av personer med psykiske lidelser og vansker i arbeidslivet. Strategiplanen adresserer behov for mer samordnede tilbud fra helsetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen for at mennesker med psykiske lidelser eller vansker skal kunne utnytte sin arbeidsevne. I oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013-2016 videreføres og videreutvikles innsats og mål som ble beskrevet i strategiplanen. Innsatsen er blant annet utvidet med tiltak for å forebygge psykiske helseproblemer og rusproblemer og hindre frafall av elever i videregående opplæring.

## 8.4 Er det samsvar mellom mål og realiteter?

Forskning, brukerevaluering, kartlegging og tilsyn med tjenester som ytes overfor brukere med psykiske vansker/lidelser er sentralt og nødvendig for å gi et tydelig bilde av hvilke styrker og svakheter det eksisterende tjenestetilbudet innehar, og danner et godt utgangspunkt for å vurdere hvorvidt tjenestene som ytes er i tråd med ønsket utvikling og målsettinger. Den følgende gjennomgangen viser flere positive utviklingstrekk ved tjenestene innenfor primærhelsetjenester rettet mot individer med psykiske vansker og lidelser, samt rusmiddelproblematikk. Det er imidlertid behov for å fortsette innsatsen for å utvikle tjenestene i ønsket retning.

### Faglighet, kompetanse og ressurser

Utviklingen de senere årene viser at tjenestene innenfor psykisk helsefeltet i økende grad er dekket av veiledere og retningslinjer som skal bidra til at tjenestene utformes i tråd med kunnskapsbaserte metoder. I tillegg til økt tilrettelegging for at tjenestene skal kunne ta i bruk kunnskapsbaserte metoder, har også utdanningsnivå og andel med relevant videreutdanning blant personell innenfor kommunalt psykisk helsearbeid fortsatt å øke etter opptrappingsplanens slutt (Ose og Slettebak 2014). I 2012 var det totalt kun cirka 10 prosent ufaglært personell i tjenestene innenfor kommunalt psykisk helsearbeid. Antall psykologer økte med 45 prosent i perioden 2007-2012; fra 179 til 259 stillinger. Psykologkompetansen er særskilt forankret i tjenester rettet mot barn og unge, hvor 82 prosent av stillingene befinner seg. Det har med andre ord vært et betydelig kompetanseløft i tjenestene som ytes i kommunene rettet mot personer med psykiske vansker og lidelser.

Etter en betydelig økning i antall årsverk innenfor kommunalt psykisk helsearbeid i løpet av opptrappingsplanperioden, har antall årsverk fra opptrappingsplanens slutt og fram til i dag holdt seg stabilt (ca. 12 000 årsverk) (Ose og Slettebak 2012). Ser vi særskilt på tjenestene som ytes overfor barn og unge, er det imidlertid en reduksjon i antall årsverk på 8,4 prosent i perioden 2007-2012. Dette er ikke en intendert utvikling og står i kontrast til målsetting om styrkning av tjenestetilbudet overfor barn og unge, jamfør St. prp. nr. 1 (2006-2007) hvor det ble fremhevet at «kommuner må fremover bygge opp tilbudet innen utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og lidelser». I årlig rapport om kommunalt psykisk helsearbeid (Ose og Slettebak 2014) påpekes det at mange kommuner melder om store utfordringer i forhold til å få prioritert å komme tidlig inn overfor barn og unge med psykiske vansker/lidelser. Dette ses i sammenheng med økte utfordringer

i tjenestene rettet mot voksne på grunn av økt gjennomstrømning og kortere døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen med redusert antall årsverk rettet mot barn og unge og stabilitet/ svak økning i årsverk rettet mot voksne står også i kontrast til forventet utvikling av tjenestetilbudet vurdert av rådmenn/administrasjonssjefer ved opptrappingsplanens slutt i 2008 (Kalseth og Eikemo 2008). Over 30 prosent av rådmennene/administrasjonssjefene som deltok i undersøkelsen trodde at det psykiske helsearbeidet overfor voksne vil svekkes i perioden 2008-2013, mens de var noe mer positive i vurdering av forventet utvikling i tjenestetilbudet rettet mot barn og unge. På bakgrunn av rapporterte behov fra landets kommuner har Sintef estimert at det på landsbasis er behov for ytterligere 1790 nye årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid (Ose og Slettebak 2014).

### Tjenester til mennesker med langvarige og sammensatte behov

Tjenestetilbudet til mennesker med alvorlig psykiske lidelser eller ROP-lidelser har vært preget av manglende helhet og sammenheng. Mange i målgruppen har ikke vært i stand til å ta i mot hjelpen de er blitt tilbudt. Det var i 2008 anslagsvis 4000 mennesker med et stort tjenestebehov, men som av ulike årsaker falt utenfor hjelpeapparatet (Helsedirektoratet 2008). Fra 2009 har det vært en nasjonal satsning på utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller og utprøving av ACT-team (aktivt oppsøkende behandlingsteam). I 2011 utga Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2011a). Likevel er det fremdeles denne gruppen som i mindre grad skrives ut fra spesialisthelsetjenesten og som mange kommuner har et mangelfullt tilbud til (Ose og Slettebak 2013). OECD påpeker i sin vurdering av psykisk helsetjenester i Norge at det er utfordringer i forhold til koordinering av tjenester overfor personer med sammensatte og langvarige behov, inkludert bruk av Individuell plan.

### Utfordringer med å tilby pasienter/brukere egnede boligløsninger

Evalueringer, rapporter og nasjonale kartlegginger som berører eller omhandler boligtilbud til pasienter/brukere, bekrefter at det er omfattende utfordringer for kommunene i forhold til denne tematikken. I nasjonal rapportering for henholdsvis kommunalt psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid (Helsedirektoratet 2013) oppgir de fleste kommuner at dette er blant deres største utfordringer. Selv om tendensen er at en stadig større andel av årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid går til fast personell i bolig (45 prosent i 2012), som et tilsvar på blant annet økt gjennomstrømning i spesialisthelsetjenesten og at kommunene tar i mot sykere pasienter enn tidligere, dekker ikke dette kommunenes kapasitetsbehov på området. Omfattende boligutfordringer i overgangen fra behandling sinstitusjon eller fengsel til etablering i kommune synliggjøres også i den siste nasjonale kartleggingen av bostedsløshet fra 2012 (Dyb og Johannesen 2013). 40 prosent av de totalt 6300 bostedsløse på registreringstidspunktet var<sup>37</sup> eller hadde vært i behandling sinstitusjon eller fengsel siste 6 måneder<sup>38</sup>. 54 prosent av landets bostedsløse er rusmiddelmissbrukere, og 25 prosent av de totalt 6300 bostedsløse er personer med samtidig rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse, ROP (ibid.).

### Tilbud til mennesker med milde/moderate psykiske vansker og lidelser

I OECD sin nylige gjennomgang av psykisk helsetjenestetilbudet i Norge konstateres det at en av hovedutfordringene er mangelfull tjenesteytelse overfor personer med milde/moderate vansker og lidelser (OECD 2014a). Dette er i overensstemmelse med resultater som framkommer i den nasjonale rapporteringen på kommunalt psykisk helsearbeid (Ose og Slettebak 2014), som viser at årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid i mindre grad enn tidligere retter seg mot milde/moderate og tidlig intervensjon. Dette indikerer at det er behov for å styrke utvikling av lavterskeltilbud som retter seg mot de store gruppene som sliter med milde/moderate psykiske vansker/lidelser, som f.eks. angst og depresjon av mild/moderat grad.

37 Bostedsløshet ble registrert for personer som var i institusjon/fengsel og som ikke hadde bolig når det gjensto mindre enn to måneder av institusjons-/fengselsoppholdet.

38 Denne beregningen (40 prosent) fremkommer ikke direkte i rapporten «Bostedsløse i Norge – en kartlegging», men baserer seg på sammenstilling av data tilgjengeliggjort i samme rapport.

Mye av det helsefremmende og forebyggende arbeidet skjer utenfor helsetjenesten. Men helsetjenesten, og spesielt primærhelsetjenesten, har også en viktig rolle i å fremme psykisk helse og forebygge psykiske plager og lidelser. Dette er formulert i lov og forskrift. Blant annet har helsetjenesten et ansvar for å følge utviklingen i befolkningens helse, identifisere risikofaktorer, utvikle og iverksette tiltak for personer i risiko eller som allerede har utviklet psykiske plager eller lidelse, og samarbeide med andre instanser om tiltak som faller utenfor helsetjenestens ansvarsområde. I Helse- og omsorgstjenesteloven understrekes kommunens plikt ved ytelse av helse- og omsorgstjenester også til å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. I følge Folkehelseloven skal kommunen gi råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Forebygging innenfor helsetjenesten skjer på mange ulike arenaer og krever en bred tilnærming.

### **Forebygging og tidlig hjelp gjennom lavterskeltjenester**

Det har de senere årene blitt utviklet flere tiltak og tilskuddsordninger som har som målsetting å stimulere til opprusting og forbedring av tjenestetilbudet overfor mennesker med milde og moderate vansker og lidelser. Blant annet har tilskuddsordningene *Rask psykisk helsehjelp og Psykologer i kommunene* bidratt til at kommuner har videreutviklet sitt tjenestetilbud rettet mot denne omfattende gruppen

Folkehelsemeldingen (Meld.St.19 2014-2015) stadfester at psykisk helse lenge er blitt nedprioritert i helsetjenesten og at det er behov for å styrke dette området, både innen forebygging og lavterskeltiltak. Utbygging av lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene nevnes spesielt. Slike lavterskeltilbud og kurs i mestring for personer i risiko er tiltak som skjer i regi av psykisk helseteam og noe gjennom de kommunale frisklivssentralene. Ved lette plager bør frisklivssentral, treningskontakt, kurs i mestring av depresjon (KiD) og selvhjelpstilbud i større grad være lett tilgjengelig. Økt vektlegging av tidlig intervensjon og utbygging av lavterskeltilbud, som psykologer i kommunene og «Rask psykisk helsehjelp» bedrer tjenestetilbudet til personer med milde og moderate lidelser. Utbygging av kommunale lavterskeltilbud der personer med tidlige tegn på depresjon og angst kan henvende seg og motta adekvat kortvarig behandling uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid, kan hindre utstøting fra arbeidsliv, kronifisering og at unødige psykiske tilleggs lidelser får utvikle seg. Lavterskeltilbud som dette vil også ha en potensiell samfunnsøkonomisk gevinst gjennom å forhindre kronifisering, krevende behandling senere og store nettverksbelastninger (Helsedirektoratet 2010b).

Forskning og gjennomgang av dagens tjenestetilbud viser at det fortsatt er betydelige mangler i tjenestetilbudet rettet mot personer med milde/moderate vansker eller lidelser.

### **Arbeid og psykisk helse**

I 2011 konstaterte OECD at Norge hadde fragmenterte tjenester og reduserte sysselsettingsmuligheter for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk (OECD-rapport, 2011). Psykiske lidelser, i stor grad i form av angst og depresjon, er registrert som hovedårsak til omtrent en tredel av alle uførepensjoner (Mykletun mfl. 2009). I 2011 var andelen uførepensjonister med psykiske lidelser (31,6 prosent) for første gang høyere enn andelen muskel og skjelettsykdommer (30,9 prosent), og økningen er størst blant unge. Underbehandling av angst og depresjon er et betydelig problem, og det er grunn til å tro at arbeidsuførhet som følge av dette vil kunne forebygges gjennom bedret og mer tilgjengelig behandling (ibid.). Mange sykemeldte vil med psykologisk behandling kunne vende tilbake i arbeid. Lengre sykmelding reduserer dramatisk sannsynligheten for retur til arbeid. En bred nasjonal satsning er iverksatt med flere prosjekter for å få færre langtids sykemeldte og flere til å være i arbeid f.eks.: Raskere tilbake-tilbud, Rask psykisk helsehjelp, Senter for jobbmestring i NAV, Styrking av fastlegenes kompetanse på angst, depresjon og jobbstøtte, styrke kompetansen til psykisk helsearbeidere, flere psykologer i kommune-helsetjenesten, lavterskel kurstilbud for mestring av angst og depresjon, veiledet selvhjelp Nav-kurs for ledere og tillitsvalgte/

Psykisk helse og arbeid. Individuell jobbstøtte (IPS) er en kunnskapsbasert systematisk måte å jobbe på for å oppnå ordinært arbeid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Internasjonal forskning viser at IPS er den metodikken som fungerer best på verdensbasis. Metoden evalueres nå i Norge og resultatene forventes i 2016. Fontenehusene (åtte stykker) er brukerstyrte oppholds- og aktivitetssteder for mennesker med psykiske utfordringer som bidrar til arbeidsrettede aktiviteter og ordinært arbeid<sup>3</sup>. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) foretok i 2012 en gjennomgang av Fontenehusene som viste at medlemmene gjennomgående var fornøyde med tilbudet, og opplevde at deltakelsen i Fontenehus hadde en positiv innvirkning på egen arbeidsdag.

Utvikling og tiltak innenfor arbeid og psykisk helseområdet peker i økt retning mot individuelle tiltak i ordinært arbeidsliv hvor NAV og helsetjenestene samarbeider om å gi brukeren samtidige og koordinerte tjenester.

Den tverrdepartementale satsningen i forhold til å redusere problemer knyttet til arbeid og psykisk helse er i overensstemmelse med OECD sine anbefalte løsninger, som påpeker at man må bryte ned barrierene mellom helse, velferd og arbeid for å kunne møte de omfattende utfordringene på en bedre måte (OECD 2014b).

### **Brukermedvirkning i tjenestene**

Det er en målsetting at brukere skal ha reell innflytelse på utforming av tjenestene både på individuelt nivå og på systemnivå.

På individuelt nivå følger brukers rett til medvirkning av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Tjenesten skal involvere pasient og bruker i undersøkelse, behandling, valg av tjenestetilbud og utforming av individuell plan. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Reell brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, deltar i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukerens ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud. I ny veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «Sammen om mestring», legges det sterke føringer for brukermedvirkning i tjenestene og med særlig fremheving av brukeren som aktiv aktør med utgangspunkt i en empowerment<sup>39</sup>-forståelse. I veilederen løftes også recovery-tilnærming fram som et sentralt faglig perspektiv, hvor man tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess og hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemene kan forårsake. Recovery-perspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at hun eller han kan utvikle seg og få et bedre liv. Det har de senere årene blitt utviklet flere tilbud som i større grad tar utgangspunkt i brukeren som ekspert, blant annet ved økt bruk av erfaringskompetanse og tilsetting av erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter er ansatte med brukererfaring, enten egenerfaring eller som pårørende til personer med psykisk helseproblemer. Det har de seneste årene blitt utviklet fleksible døgnbehandlingssplasser hvor pasienten selv definerer sitt innleggelsesbehov. Tilnærmingen gir økt brukermakt og anerkjennelse av pasient/bruker som ekspert på egen sykdom/lidelse/problematikk. Flere ulike tiltak, blant annet ACT/FACT (aktivt oppsøkende behandlingsteam/fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam), er tjenestetilbud som er utviklet for å nå brukere med store behov som tidligere ikke har klart å nyttiggjøre seg av mer immobile tradisjonelle tjenestetilbud.

Brukermedvirkning på systemnivå i spesialisthelsetjenesten er lovfestet gjennom de regionale helseforetakenes plikt til å opprette brukerråd, jf. helseforetaksloven § 35, mens brukermedvirkning på systemnivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er sikret gjennom helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10.

<sup>39</sup> «myndiggjøring», «egenkraftmobilisering».

### **Involvering av pårørende**

Det er viktig at tjenestene på et tidlig tidspunkt i behandlingen kartlegger, samarbeider og involverer pårørende. Kartleggingen bør vurdere om hvorvidt pårørende og dens familie kan påta seg rollen som ressurs for den psykisk syke i behandlingsforløpet – og vurdere om pårørendes situasjon og belastninger er av en slik art at de kan trenge hjelp for egen del før de kan bidra inn i pasientens behandlingsforløp på en god måte. Tjenestene kan stå i fare for å legge sten til en allerede tung byrde, dersom de ikke samarbeider, involverer og støtter pårørende og familien.

Pårørende som er sentrale omsorgspersoner har betydelig kjennskap til og kunnskap om den som er syk. Undersøkelser viser at involvering av pårørende til mennesker med psykiske lidelser kan bedre sosial fungering, gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient/bruker og pårørende. I tillegg reduseres faren for tilbakefall og symptomer hos pasienten/brukeren. Familie og pårørende kjenner ofte den omsorgstrengende best og har erfaring om hva som kan hjelpe. Samtidig er det tilfeller hvor det er konflikter mellom pasienter/ brukere og pårørende om hva som er til best hjelp. I slike tilfeller er det likevel viktig å la de berørte bli hørt.

På grunn av ulike belastninger står familie og pårørende i fare for å utvikle egen helsesvikt. Mange pårørende lever med store emosjonelle belastninger, praktiske, sosiale og økonomiske utfordringer. Andre utfordringer som beskrives er isolasjon og ensomhet samt problemer med å delta i yrkeslivet. Pårørende setter ofte egne behov til side, fordi de hele tiden fokuserer på å løse den sykes utfordringer og problemer.

Et doktorgradsarbeid av Weimand (2013) innen psykisk helse viste at:

- Pårørende opplever store påkjenninger, og har dårligere helse enn befolkningen ellers. Det er dessuten sammenheng mellom disse påkjenningene og den dårlige helsen
- Pårørende føler seg sviktet og overlatt til seg selv, med et overveldende ansvar
- Sykepleierne sto overfor vanskelige dilemma og valg, som gjorde at de ofte ekskluderte pårørende

Det kreves en annen tilnærming til pårørende som nettopp har fått vite om pasientens sykdom og problem – enn de som ha vært pårørende til pasienter som har en langvarig kronisk psykisk lidelse. Det er derfor viktig at pårørende får dele sine utfordringer og erfaringer før tiltak iverksettes.

### **Barn som pårørende**

Det er viktig å ivareta barn som pårørende, og Stortinget vedtok 19. juni 2009 endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har. Endringene trådte i kraft 1. januar 2010.

Helsepersonelloven § 10a pålegger helsepersonell en plikt til å bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Fra 1.1.2012 omfatter plikten også annet personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dette innebærer at også personell som yter annen hjelp enn det som etter helsepersonelloven § 3 er å anse som helsehjelp, er forpliktet av regelen.

I tillegg til at helse- og omsorgspersonell har en plikt til å ivareta barn, skal helseforetak ha egne barneansvarlige som skal støtte helsepersonells arbeid. Lovbestemmelsen om barneansvarlig personell står i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a. Bestemmelsen gir barneansvarlige ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. En av de viktigste oppgavene til barneansvarlige er å fremme barneperspektivet slik at det blir det blir en naturlig og integrert del av det helsefremmende arbeidet. Bestemmelsen gjelder for helseforetak, samt private

sykehus og institusjoner som har avtale med helseforetak. Siden bestemmelsen har hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven gjelder den ikke for kommunene. Kommunene kan velge å opprette barneansvarlige som et ledd i sitt arbeid med barn som pårørende (for utdypning: se Helsedirektoratets Rundskriv IS-5/2010 om Barn som pårørende).

I 2013 mottok 24 organisasjoner som arbeider med ulike former for brukerinvolvering (bruker- og pårørendeorganisasjoner, pårørendesentre, regionale brukerstyrte sentre, interesseorganisasjoner) tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet, og det er økt prioritet og fokus på å involvere bruker- og pårørendeorganisasjoner i utviklingen av tjenestetilbudet.

Til tross for en generell positiv utvikling med tjenesteutvikling som i større grad setter brukernes behov og vurderinger i sentrum, er det fortsatt betydelige mangler. Blant annet finnes det ikke representative nasjonale tall for hvordan brukere av tjenester innenfor kommunalt psykisk helsearbeid vurderer tjenestetilbudet de mottar. Brukere og pårørendes erfaringer og vurderinger av tjenestetilbudet skal være et sentralt element i systematisk kvalitetsforbedringsarbeid og pasient-/brukersikkerhet, og det er en stor svakhet at det ennå ikke innhentes systematisk brukerevalueringssdata gjennom brukererfæringsundersøkelse på nasjonalt nivå som dekker tjenester innenfor kommunalt psykisk helsearbeid. Status pr. i dag er også at det mangler nasjonal oversikt over andel brukere innenfor kommunalt psykisk helsearbeid som har Individuell plan og ansvarsgruppe. Dette er sentrale verktøy for å sikre brukermedvirkning i tjenestene, og det er et stort behov for å få nasjonal oversikt over status og utvikling i antall og andel brukere med Individuell plan og ansvarsgruppe. I 2014 er det gjennomført registerforbedringer i IPLOS (helseregister) som skal sikre data vedrørende antall/andel brukere med Individuell plan. Det er imidlertid behov for forbedringer i registrering- og rapporteringsrutiner av diagnoser i IPLOS for at statistikk over brukergrupper med psykiske lidelser skal bli nyttige og anvendelige på nasjonalt nivå. I 2015-2016 vil Brukerplan også omfatte brukere med psykiske vansker/lidelser, og kartleggingen vil kunne danne utgangspunkt for å generere oversikt over andel kommunale tjenestebrukere med psykiske vansker/lidelser som har Individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator.

#### *Brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten*

For å bidra til at brukerne skal ha innflytelse på utforming av tjenestene både på individuelt nivå og på systemnivå utvikles det system for systematiske tilbakemeldinger fra brukerne både i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert behandling. Kunnskapscenteret har på oppdrag av Helsedirektoratet gjennomført tre store brukererfæringsundersøkelser. Det har blitt gjennomført to nasjonale brukererfæringsundersøkelser, en i 2013 og en i 2014, innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), hvor det også ble spurt om pasientenes erfaringer med hjelp fra kommunen. I 2014 ble det gjennomført en landsdekkende representativ brukererfæringsundersøkelse ved døgnenheter innen psykisk helsevern (PHV). Også i PHV-undersøkelsen ble det spurt om erfaringene med hjelpen brukerne har fått fra kommunen. Resultatene viser at pasientene har gode erfaringer på flere områder, men brukerundersøkelsene peker på flere områder hvor det er rom for forbedring. De største forbedringspotensialene har man i å forberede brukerne på tiden etter utskrivelse og hjelpen fra kommunen. På alle tre undersøkelsene kom disse spørsmålene ut bland de med dårligst resultat. For mer informasjon om disse brukererfæringsundersøkelsene, se. kap. 13.2.

Brukerstyrte innleggelses er innleggelses som pasienter bestemmer selv og har forebyggende effekt. Det er inngått avtale med en enhet, oftest i DPS, og et utvalg pasienter om at de kan legge seg inn når de opplever at de trenger det. Mental helse Ungdom er opptatt av betydningen av en tom seng, og mener at mange mestrer hverdagen sin bedre når de vet at de har muligheten til selv å bestemme når utfordringene hjemme blir for store. Det er et uttalt mål å opprette flere brukerstyrte plasser. I 2013 hadde 51 av 72 DPS-områder brukerstyrte plasser, og fem sykehusavdelinger hadde et tilsvarende tilbud. Se blant annet Støvind mfl. (2012) om erfaringer med brukerstyrte plasser.







# **DEL IV: INTERNASJONALE SAMMENLIGNINGER AV HELSETJENESTER INNEN PSYKISK HELSE**



## 9 Lokalbaserete tjenester i et komparativt perspektiv

Det finnes lite sammenlignbar informasjon om lokalbaserete tjenester i ulike land. Det finnes noen få enkle kartlegginger av om ulike tilbud finnes, men kapasiteten, kvaliteten eller tilgjengeligheten til tjenestene er i liten grad dokumentert. Nedenfor går vi litt mer inn på innholdet i lokalbaserete tjenestetilbud med utgangspunkt i et internasjonalt perspektiv og hvor status i Norge speiles.

Semrau mfl. (2011) oppsummerte litteraturen om implementering av lokalsamfunnsbaserte psykiske helsetjenester i Europa. Forskerne konkluderer med at forskningen understøtter implementering av et lokalt psykisk helsetilbud i tråd med en balansert tjenestemodell, men det er fortsatt betydelige hull i forskningen og for få land bidrar med god forskning på feltet. De fant at de fleste europeiske land har en eller annen form for lokalbaseret psykisk helsetilbud, men understreker samtidig at noen land er kommet lengre og leder an i implementering av lokale tilbud i tråd med en «balanced care» - modell (for eksempel Storbritannia og Italia). I andre land er tilbudet fortsatt begrenset og består i hovedsak av pilotprosjekter. Skillet går grovt sett mellom øst-europeiske og vest-europeiske land og følger i stor grad økonomiske ulikheter mellom landene. I mange av de øst-europeiske landene preges tjenestetilbudet ennå i stor grad av store mentalinstitusjoner. Tjenester utenfor døgntilbudet begrenser seg ofte til poliklinikker. Resultatene fra en nyere europeisk kartlegging (European Commission 2013) bekrefter inntrykket gitt av Semrau mfl. Alle land har noen former for lokalbaserete tjenester, men bredden på tjenestetilbudet varierer (se tabell 9.1). Åtte land hadde oppgitt et omfattende utvalg av tjenester, inklusive spesialisttjenester som sikrer tidlig intervensjon eller forsterkede oppsøkende tjenester (assertive outreach), herunder Østerrike, Belgia, Kypros, Danmark, Irland, Italia, Spania og Storbritannia. Slike tjenester er i dag også en del av tilbudet i Norge og Sverige (f.eks. ulike former for ACT-team) selv om dette ikke framgår i rapporten.

Oppsummert kan man si at noen land har kommet langt i å erstatte senger i sykehus med lokalbaserete tjenester (Italia, England), noen land har redusert sengetallet, men i liten grad bygget opp nye tilbud utenfor sykehus (som Albania og Tyrkia), mens andre land igjen har både et relativt høyt sengetall og et bredt tilbud utenfor psykiatriske sykehus (Semrau mfl. 2011). Det siste gjelder land som Belgia, Tyskland, Frankrike, og Nederland. Sammenholdes dokumentasjon fra denne rapporten er Norge også et eksempel på det siste. OECD (2014a) nevner Norge som ett av landene som har kommet langt i endringen fra sykehusbaserte til lokalbaserete tjenester.

Tabell 9.1 Ulike typer lokalt baserte psykiske helsetjenester i europeiske land. X angir at slike tjenester finnes.

|               | Primary MH Care <sup>1</sup> | Day centres/hospitals | Out-patient services | Mental health Centers | Domiciliary care/ Home visits | Residential care/ Sheltered homes | Mental Health/ vocational rehabilitation | Specialist community MH services (e.g Assertive outreach) |
|---------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| Østerrike     | x                            | x                     | x                    |                       |                               | x                                 |  | x   |
| Belgia        | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  | x   |
| Bulgaria      | x                            | x                     | x                    | x                     |                               | x                                 |  |   |
| Kroatia       | x                            | begrenset             | x                    | x                     | begrenset                     | begrenset                         |  |   |
| Kypros        | x                            | x                     | x                    | x                     |                               |                                   | x  | x   |
| Tjekkia       | x                            | x                     | x                    |                       | begrenset                     |                                   | x  |   |
| Danmark       | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  | x   |
| Estland       | x                            | x                     | x                    |                       |                               |                                   | x  |   |
| Finland       | x                            | x                     | x                    | x                     |                               | x                                 |  |   |
| Frankrike     | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             |                                   |  |   |
| Tyskland      | x                            | x                     | x                    |                       | x                             | x                                 | x  |   |
| Hellas        | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  |   |
| Ungarn        | x                            |                       | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  |   |
| Irland        | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  | x   |
| Italia        | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  | x   |
| Latvia        | x                            | begrenset             | begrenset            |                       | begrenset                     | x                                 |  |   |
| Litauen       | x                            |                       | x                    | x                     |                               | x                                 |  |   |
| Luxenburg     | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  |   |
| Malta         | x                            | begrenset             | x                    |                       | x                             | x                                 | x  |   |
| Nederl.       | x                            | x                     | x                    |                       |                               |                                   |  |   |
| Norge         | x                            | x                     | x                    | x                     | x <sup>2</sup>                | x <sup>2</sup>                    | x  | x <sup>2</sup>  |
| Polen         | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             |                                   | x  |   |
| Portugal      | x                            | x                     | x                    |                       |                               | x                                 | x  |   |
| Romania       | x                            | x                     | x                    | x                     |                               | x                                 |  |   |
| Slovakia      | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  |   |
| Slovenia      | x                            | x                     | x                    | x                     |                               | x                                 | x  |   |
| Spania        | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  |   |
| Sverige       | x                            |                       | x                    | x                     |                               |                                   | x  | **  |
| Storbritannia | x                            | x                     | x                    | x                     | x                             | x                                 | x  | x   |

1) For vanlige psykiske vansker og lidelser. 2) Avvik fra rapporten, hvor Norge ikke har angitt disse tjenestene  
Kilde: Eurokommisjonen (2013), Primærkilde: WHO Mental Health Atlas 2011.

## 9.1 Forebygging og tidlig intervensjonstiltak

De omfattende individuelle og samfunnsmessige konsekvensene av moderate og milde psykiske lidelser har fått mer oppmerksomhet på den helsepolitiske dagsorden (se OECD 2014a, European Commission 2013). OECD framhever økt tilgjengelighet til tjenester gjennom primærhelsetjenesten og god samhandling med spesialisthelsetjenesten som viktig i videreutviklingen av gode tilbud til de med milde/moderate psykiske helseproblemer.

Økt vektlegging av forebyggingstiltak og tidlig intervensjon kan både fremme helse i befolkningen og redusere sykdomsbelastning for enkeltmennesker, og redusere presset på helsetjenestene og kostnader for samfunnet (St.meld nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen). Tidlig intervensjon

innebærer å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet løses, eller blir redusert (Helsedirektoratet 2010).

I EU-kommisjonens kartlegging<sup>40</sup> av forebyggende (prevention) og helsefremmende (promotion) tiltak for god psykisk helse (European Commission 2013) hadde alle land eksempler på igangsatte tiltak. Over 60 prosent av de rapporterte tiltakene var forebyggende programmer og som i hovedsak var rettet mot skolesektoren (42 prosent). Det var relativt få helsefremmende tiltak (17 prosent) og av disse var 63 prosent også rettet mot skole. Yrkesrettede programmer kombinerer ofte helsefremming og forebygging. Bare 7 prosent av de rapporterte tiltakene var rettet mot eldre mennesker. Det ble også utarbeidet egne landrapporter. De fleste tiltak rapportert fra Norge var også forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot unge og deres foreldre gjennom skolesystemet. I tillegg kommer forebyggende tiltak rettet mot voksne med psykiske vansker og lidelser for å hindre tap av arbeid eller tilknytning til skolesystemet. I rapporten vises det til nyere publikasjoner som viser at ulike tiltak, spesielt rettet mot barn og mot arbeidsplasser (workplace) er kostnadseffektive (Knapp mfl. 2011, McDaid og Park 2011, Matrix Insight 2013). Eksempler på gode tiltak viser at fokus på forebygging og helsefremming må understøttes av politiske føringer som forplikter, gode planer for implementering og nok ressurser hvis man skal lykkes (European Commission 2013). Til tross for mange utfordringer ser man en god utvikling i dette arbeidet i mange land.

I en WHO-kartleggingen fra 2008 oppga 62 prosent av landene i Europa at de hadde politiske vedtak, planer eller lovgivning som krever at mennesker med psykiske lidelser skal ha tilgang til tidlig intervensjonstiltak. I praksis var det imidlertid bare noen få land som mente å ha god dekning av slike tjenester. Kun England hadde på det tidspunktet et nettverk av spesialiserte "tidlig intervensjonsteam" rundt hele landet hvor unge mennesker med tidlig stadium av psykoselidelser var målgruppen. Tilsvarende tidlig intervensjonsteam for psykose finnes i dag også i Norge.

I Norge har kommunene et særlig ansvar i det forebyggende arbeidet, både når det gjelder å bidra til tidlig avdekking av hjelpebehov, samt ansvar for å følge opp mennesker med langvarige behov for tjenester. Den økte vektlegging av forebygging og helsefremming bidrar til at tjenestetilbudene får et bredere fokus. Vi skal arbeide mer for å begrense antallet som får psykiske vansker. I tillegg er det en målsetting at de som har fått plager eller har begynnende plager får rask hjelp for å bli friske eller forebygge videre utvikling av plagene/sykdommen. Innsatsen skal dermed både omfatte både primær og sekundær forebygging.

Fastlegene og poliklinikkene ved DPS-ene har et hovedansvar for den helsemessige oppfølging av voksne mennesker har fått milde og moderate psykiske lidelser. I tillegg er private spesialister (psykologer/psykiatere) som har avtale med helseregionene et viktig supplement. Andre tjenester, som skolehelsetjenesten, kommunalt psykisk helseteam, oppfølgingstjenesten og NAV er viktige for å opprettholde tilknytningen til skole eller jobb. Gjennom etablering av lavterskel konsultasjonsbaserte tilbud og rehabiliteringstilbud videreutvikles tilbudet. De siste årene har rehabiliteringstilbud i regi av spesialisthelsetjenesten og ordningen «raskere tilbake» vært et sentralt tiltak for å forebygge at mennesker faller ut av arbeidslivet. Viktige satsinger på lavterskeljenester i kommunene (se kapittel 8) skjer blant annet gjennom ansettelse av flere psykologer i kommunehelsetjenesten og etablering av en ordning med «rask psykisk helsehjelp». I tillegg har frisklivssentralene tilbud som også inkluderer mennesker med psykiske lidelser. Når det gjelder barn og unge er det igangsatt en rekke tiltak for tidlig intervensjon i kommunal regi som viser lovende resultater. Eksempler på dette ble skissert i kapittel 8. I spesialisthelsetjenesten (BUP) har det over flere år blitt satset på nasjonal implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), en kunnskapsbasert metode for traumebehandling for barn og unge med formål om å identifisere og behandle effekter av alvorlige traumatiske hendelser. Et annet eksempel er etablering av egne spe,- og småbarnsteam i BUP.

---

40 Inkluderte 27 EU-land, samt Kroatia og Norge

## 9.2 Aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT-team)

I 2008 hadde halvparten av landene i Europa vedtatt gjennom politiske vedtak, planer eller lovgivning at det skulle finnes et tilbud om «assertive outreach»- en forsterket oppsøkende tjeneste for de med alvorlig psykisk lidelse og som ofte faller ut av andre tjenestetilbud. 16 av 42 land oppga å ikke ha slike tilbud (WHO 2008a). England og Wales synes på dette tidspunktet å ligge langt foran andre land i etableringen av slike tilbud.

ACT (Assertive community treatment) er en godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming, og de har ansvar for å levere både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Hjelpen gis i lokalsamfunnet, der brukeren bor eller oppholder seg. ACT-teamene i Norge samarbeider med blant annet NAV, fastlege og sykehus, og følger opp brukerens behov på en rekke områder; bolig, behandling, familie og nettverk, arbeid, utdanning og rehabiliteringstjenester.

ACT-modellen er utprøvd i mange land, med gode resultater for målgruppen. Evalueringen av 12 ACT-team i Norge, som ble etablert med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet i perioden 2009-2012, ble sluttført i 2014<sup>41</sup>. Resultater fra evalueringen er oppløftende;

- *Det var betydelig reduksjon i andel brukere med alvorlige depressive symptomer, selvmordsfare og rusmiddelmisbruk etter inntak i ACT.*
- *Antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern ble redusert med 49 prosent for brukere som fikk oppfølging fra ACT. For oppholdsdøgn under tvang var det en nedgang på 55 prosent etter inntak i ACT. Særlig sterk var reduksjonen i antall oppholdsdøgn blant brukere som hadde hyppige og/eller langvarige innleggelser før inntak (70 prosent).*
- *Brukerne rapporterte høy tilfredshet med tjenestene de hadde fått, og tjenestekvaliteten ble vurdert som god. De fleste hadde fått sine behov møtt og ville anbefalt ACT til en venn som trengte lignende hjelp.*
- *Både brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere opplever at ACT-teamene har nådd en målgruppe som andre tjenester ikke når.*

Evalueringen slår fast at ACT er et godt tilbud og bør benyttes for personer med alvorlige psykiske lidelser, enten med eller uten rusmiddelmisbruk, og som ikke har klart å nyttiggjøre seg ordinære tjenester. Evaluatorene anbefaler at ACT-modellen bør etableres i andre kommuner/bydeler i Norge som har opptaksområde på 50 000 innbyggere eller mer. For kommuner med mindre opptaksområde enn 50 000 innbyggere anbefales det interkommunalt samarbeid for etablering av ACT-team.

## 9.3 Ambulante akutt-team sikrer lokalt akutt-tilbud hele døgnet

I WHO's europeiske kartlegging publisert i 2008 hadde 83 prosent av landene vedtatt ved lov eller politisk at det skal finnes lokalbasert akutt-tilbud døgnet rundt i landet. Bare 36 prosent (15 av de 42 landene) anga imidlertid at alle med psykiske lidelser i praksis har tilgang til 24-timers akutt-tilbud. Svarene kan delvis reflektere ulik fortolkning av hva som er et akutt-tilbud på lokalt nivå. I Norge er allmenlegevakten første ledd i akuttkjeden når fastlegekontoret er stengt også for pasienter med psykiske lidelser. Ambulante akutteam ved DPS-ene er et viktig ledd i den akuttpsykiatriske behandlingsskjeden i Norge. Slike team har eksistert siden 1980 tallet både i USA, Australia og i England og er kalt «Crisis Resolution Team». I St prp nr 1 (2004 – 2005) ble det forutsatt at ambulante akuttilbud skulle etableres ved alle DPS innen 2008, og da organisert som ambulante akutteam. Et ambulante akutteam er et spesialisert tverrfaglig team som skal vurdere pasienter for akuttinnleggelse

<sup>41</sup> Akershus Universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge – Hva viser resultatene?*

og kunne gi intensiv hjemmebehandling som alternativ til innleggelse. Akutt-teamene samarbeider med kommunale tjenester som fastleger og psykisk helseteam. Tilbudet skal støtte opp om pasientens nettverk og egen mestringsevne. I perioden 2006 til 2010 økte antall årsverk knyttet til ambulante team i psykisk helsevern for voksne med 224 prosent (487 årsverk). 470 av disse kom ved DPS'ene (Helsedirektoratet 2014c). Fra og med 2014 skulle alle DPS-er i Norge ha ambulante akutt-team og det tilstrebes at de fleste skal ha en eller annen form for døgnbasert beredskap. Det vises til rapporten «Organisering og praksis i ambulante akuttteam ved distriktpsykiatriske sentre (DPS)» (Helsedirektoratet, 2014f). Her er anbefalinger fra denne:

- *Det er en helsepolitisk føring av DPS skal ha tilgjengelige akutt-tjenester for vurdering og akuttbehandling gjennom døgnet. Dette kan skje i samarbeide med andre enheter i spesialisthelsetjenesten der lokale forhold gjør det nødvendig, men det bør være ett telefonnummer for alle akuttthenvendelser.*
- *Akuttjenester ved DPS må planlegges i samarbeid med brukerorganisasjoner, kommunale tjenester, fastleger, legevakt, akuttavdeling og andre enheter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten.*
- *DPS kan organisere akuttjenestene i egne ambulante akuttteam, men kan også velge andre modeller for akuttjenestene.*

## 9.4 Botilbud og rehabiliteringstjenester i lokalsamfunnet

Thornicroft and Tansella (2013) mener det er tre typer langtids boligtilbud som høyinntektsland bør ha; døgnbemannede botilbud, dagbemannede botilbud og botilbud med lav bemanning. Det finnes lite internasjonal sammenligning av hvor mange som kommer inn under ulike typer boformer.

I Norge har vi i dag et bredt spekter av ulike botilbud. Nedbyggingen av institusjonene, som var en del av Opptappingsplanen, innebar et stort behov for botilbud lokalt, både midlertidig og på mer permanent basis. I tillegg hadde mange behov for oppfølgingstjenester for å kunne etablere stabile, trygge og selvstendige boforhold for personer med psykiske lidelser. Antall og andel årsverk knyttet til boliger med fast personell i kommunene har hatt en jevn økning i Norge (Ose og Pettersen 2014). Over 40 prosent av årsverkene i kommunalt psykisk helsearbeid for voksne er knyttet til boliger med fast personell. Det finnes en rekke ulike typer boformer. Holm (2012) klassifiserer de vanligste boformene som; samlokaliserte boliger, ulike former for boteam, bofellesskap med tjenester på dagtid og bofellesskap med tjenester på døgnbasis. I tillegg finnes det rehabiliteringsboliger, gjerne for personer som har rusproblemer i tillegg til psykiske vansker.

Bare to land i Europa (Azerbaijan and Montenegro) rapporterte i 2008 at rehabiliteringstjenester for mennesker med psykiske lidelser ikke fantes i lokalsamfunnet. Men som for andre tjenester framkom ulikheter i hvor stor andel av mennesker med psykiske lidelser som landene mente hadde tilgang til slike tilbud. 10 land mente nesten alle hadde tilgang til dette (vest-europeiske land) og Norge anga at majoriteten (50-80 prosent) hadde slik tilgang.

Semrau mfl. (2011) fant at minst 85 prosent av de europeiske landene har dagtilbud innen psykisk helse, men i noen land er slike tilbud ofte knyttet til psykiatriske sykehus eller at det er få tilbud. Andre land har imidlertid et rikt utvalg av dagtilbud i sine lokalsamfunn. Tilbudene varierer også betydelig innen landene, spesielt i det østlige Europa.

## 10 Primærlegens rolle i et internasjonalt perspektiv

Fastlegeordningen i Norge inkluderer hele befolkningen. Fastlegen har et formelt ansvar som den enkeltes primære kontakt ved helseproblemer og er medisinske koordinator, også for psykisk helsetjeneste. Fastlegens/primærlegens kontakt med pasienter over lang tid og innblikk i den enkeltes helsemessige og sosiale situasjon gir ofte et godt grunnlag for tidlig identifikasjon og behandling av psykiske plager. Det gir også større muligheter for å se psykiske og fysiske plager i sammenheng og for vurdering av henvisning videre til spesialist eller andre tjenester ved behov. Primærhelsetjenesten følger vanligvis opp pasienter med vanlige og mindre alvorlige lidelser, men i Norge kan fastlegene også følge opp pasienter med en mer alvorlig tilstand når tilstanden er stabil. Dette varierer mellom land (WHO 2008a). Primærhelsetjenesten kan også bidra i aktiviteter for å forebygge psykiske plager og lidelser (WHO 2009).

Kartlegginger viser at allmennleger i de fleste land i Europa er involvert i identifisering, diagnostisering og behandling av vanlige psykiske plager, og henviser videre til spesialister ved behov. 15 prosent av EU-borgerne som deltok i en Eurobarometer-måling om psykisk helse i 2010 oppga at de hadde søkt hjelp for psykiske plager, og flesteparten oppga at de søkte hjelp hos en primærlege. Norge var ikke med. Ifølge OECD (2014a) var i gjennomsnitt 73 prosent av de spurte i kontakt med primærlege (21 EU-land). Det var lavest andel i Finland (57 prosent) og Sverige (53 prosent) som oppga kontakt med primærlegen, mens Danmark lå på 75 prosent. Storbritannia og Irland hadde høyest andel (92 prosent). I Sverige oppga 24 prosent kontakt med psykolog og i Finland 21 prosent med psykiater (14 pst psykolog). Interessant var det at hele 38 prosent av danskene (desidert høyest av alle land) også anga at de hadde vært i kontakt med psykolog. Det ble ikke spurt om man fikk tjenestene gjennom offentlig finansierte ordninger eller gjennom private ordninger (f.eks. privat helseforsikring). I Norge oppsøkte rundt 12 prosent av den voksne befolkningen primærlege for psykiske plager i 2008, samtidig som rundt 3 prosent fikk behandling i psykisk helsevern i perioden 2008-2012 (Folkehelseinstituttet 2014).

I WHO's kartlegging i 2008 oppga 86 prosent av landene i Europa at primærlegene behandler psykiske problemer på regulær basis, og i all hovedsak pasienter med milde til moderate psykiske lidelser (WHO 2008a). 40 prosent av landene oppgir at primærleger også har en rolle i behandlingen av mennesker med alvorlige psykiske lidelse, men dette gjaldt i liten grad land i Sør og Øst-Europa eller land som relativt nylig har blitt uavhengige. Oppfølgingen av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i allmennpraksis gjelder ofte stabile pasienter (OECD 2014a).

Primærleger håndterer vanligvis lettere og moderate psykiske plager uten at det henvises til spesialist eller andre instanser. Noen ganger kan det likevel være nødvendig med veiledning fra spesialist. Angst og depresjon er av de mest vanlige diagnosene som behandles og følges opp i primærhelsetjenesten, tilstander som i stort omfang bidrar til sykелighet, funksjonstap og redusert deltakelse i arbeidslivet. Hvor godt tilbudet er kan variere innen og mellom land og avhenge av evnen til å gjenkjenne, anerkjenne og håndtere slike tilstander hos helsepersonell, graden av prioritet dette gis i helsetjenesten og om det er nok ressurser tilgjengelig (Knapp mfl. 2007, OECD 2014a). Store studier fra Tyskland og USA viste at generalisert angst (Generalised Anxiety Disorder) i liten grad ble gjenkjent og behandlet i primærhelsetjenesten (OECD 2014a).

I Norge spiller primærlegene også en viktig rolle i den akuttpsykiatriske behandlingsskjeden og har gjennom den kommunale legevaksordningen ansvar for døgnberedskap for alle sykdommer, herunder akutte psykiske kriser. I noen land finnes egne akuttmedisinske spesialistmottakelser (Emergency room) hvor befolkningen møter opp uten kontakt med primærhelsetjenesten i forkant.



Tabell 10.1 viser Primærlegers involvering i behandling av psykiske plager og lidelser i 8 europeiske land<sup>42</sup>.

Tabell 10.1 Primærlegers involvering i behandling av psykiske plager og lidelser i åtte europeiske land

|  | Østerrike  | England    | Finland    | Frankrike  | Italia    | Norge      | Romania   | Spania |
|--|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|--------|
| Behandling kun hos primærlege                    | Svært ofte | Svært ofte | Ofte       | Ofte       | Ofte      | Svært ofte | Av og til | Ofte   |
| Psykofarmakologisk behandling (I)                | Ja         | Ja         | Ja         | Ja         | Delvis    | Ja         | Delvis    | Ja     |
| Psykoterapi/ psykologisk terapi                  | Delvis     | Delvis     | Delvis     | Delvis     | Nei       | Delvis     | Nei       | Nei    |
| Psykofarmakologisk behandling kun hos primærlege | Svært ofte | Svært ofte | Svært ofte | Svært ofte | Av og til | Svært ofte | Sjelden   | Ofte   |

*I: Primærleger har autorisasjon til å utføre psykofarmakologisk/psykoterapeutisk behandling*

*Kilde: Refinement*

I Norge skriver primærleger ut ca 80% av all psykofarmaka for pasienter som ikke er innlagt i helseinstitusjon (Kjosavik mfl. 2009). Tall fra Frankrike indikerer at man ligger omtrent på samme nivå der (Norton og Boulenger 2004), og at det gjelder cirka 70 prosent i Finland (Sihvo mfl. 2010), og cirka 50 prosent i Italia (Amaddeo mfl. 2001). I noen europeiske land har primærleger begrensninger på utskriving av psykofarmaka (eksempelvis Italia og Romania). Mange land har retningslinjer for behandling av psykiske plager og lidelser i allmennpraksis, men svært få land har innført insentiver for å følge dem eller sanksjoner for lav etterfølgelse av retningslinjer (OECD 2014a). I tillegg til medisinsk behandling kan allmennleger utføre samtaleterapi. Dette skjer i en rekke land, men kan variere mellom leger. Italia, Spania og Romania er eksempler på land hvor dette ikke er vanlig. I Norge får legen ekstra finansiering (egen takst) for konsultasjoner som krever lenger tidsbruk, for eksempel samtaleterapi, og det finnes egne kurs i kognitiv terapi for allmennleger som er godkjent som videreutdanning og etterutdanning i spesialitetene i allmennmedisin. Fastlegenes kompetanse og involvering i psykisk helse her i Norge kan imidlertid variere mye (Kunnskapscenteret 2012, Ose og Slettebak 2014). OECD framhever inkludering av psykisk helse i grunnutdanningen til leger og sykepleiere som viktig for god kvalitet i tilbudet til mennesker med psykiske plager og lidelser i primærhelsetjenesten (OECD 2014a).

I hvilken grad praksis i psykisk helsetjeneste er inkludert som en obligatorisk del i den generelle legeutdanningen, og hvor omfattende den er, varierer mellom land. Fem av åtte land som deltok i REFINEMENT-prosjektet angir at praksis innen psykiatri ikke er en obligatorisk del av praksisdelen av utdanningen, men kan velges (England, Finland, Frankrike, Italia, Norge). I Østerrike er det obligatorisk at 2 av 36 måneders praksis er innen psykiatri (5,6 pst), i Spania er 3 av 48 måneder obligatorisk (6,25 pst) og i Romania 1 av 36 måneder (2,8 pst). I Norge kan turnuskandidater velge å bruke inntil 4 av 12 måneder av praksistiden til psykiatri, men det er ikke obligatorisk.

Et viktig tema både i Norge og andre land er god kontinuitet og sammenheng mellom ulike helsetjenester. Primærhelsetjenestens kobling til andre tjenester er sentral i så måte. Undersøkelser i Norge viser at over 80 prosent av kommunene vurderer at de har et godt samarbeid med fastlegene (Tøndel og Ose 2014). Fastlegene vurderes generelt å være godt involvert i enkeltpasienter, men vurderes i mindre grad å være involvert i utviklingsarbeid i tjenesten og i plan- og systemarbeid. En del små kommuner sliter med at fastlegene skiftes hyppig, noe som går ut over brukernes opplevde kontinuitet i tjenestetilbudet. Faste samarbeidsmøter med fastlegene er et ønske fra kommunene og de som har etablert et slikt samarbeid ser i større grad ut til å være fornøyd med legens involvering. Kommunalt ansatte leger ser også ut til å gi større legeinnsats i det psykiske helsearbeidet.

<sup>42</sup> Fra REFINEMENT-prosjektet. Publisert i *The Refinement Decision Support Toolkit Manual – APPENDIX. Examples from the REFINEMENT data collection*. Se <http://www.refinementproject.eu/results.php>. Under download section.

Fastlegen møter også mange pasienter som ikke er koblet til de kommunale tjenestene, og hvor kommunikasjonen mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten er viktig. Fredheim (2011) påpeker utfordringer i mulighetene for konferering om enkeltpasienter og manglende kunnskap om tjenestene, som igjen svekker muligheten for hensiktsmessig og effektiv pasientoppfølging.

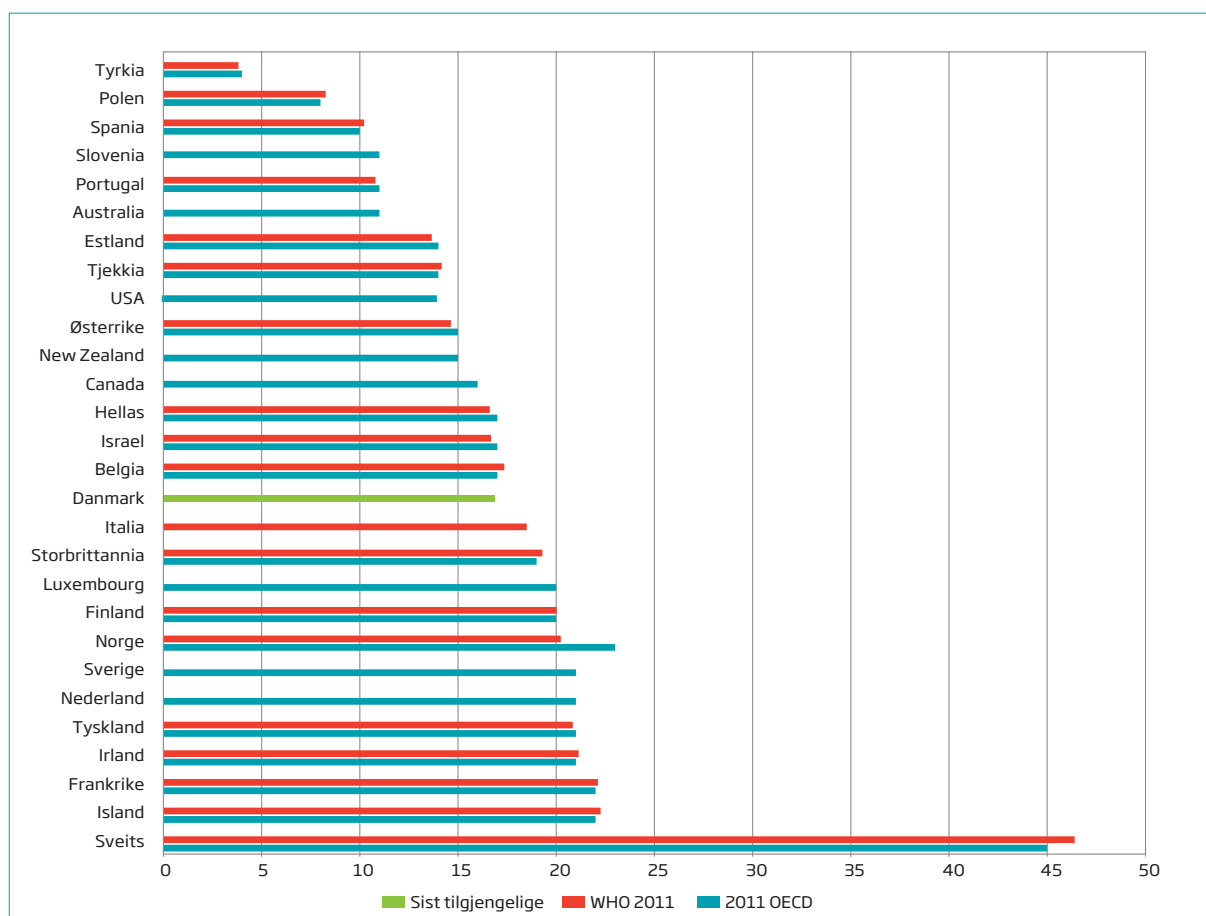
# 11 Personellinnsats, konsultasjonsbaserte tjenester og døgntilbud i et komparativt perspektiv

## 11.1 Personellressurser innen psykisk helsetjeneste

Det finnes ikke internasjonale tall på hvor mange som totalt sett arbeider med psykisk helsetjeneste eller andre tjenester rettet mot personer med psykiske lidelser. Nedenfor presenteres tilgjengelige tall for psykiatere og sykepleiere innen psykisk helsetjeneste basert på tall fra WHO og OECD. Psykologer er ikke inkludert på grunn av svært stor usikkerhet knyttet til tilgjengelig tall.

### Psykiatere

Det vanligste målet på tilgang til personell er antall psykiatere per innbygger registrert i et land eller antall som arbeider i den offentlige tjenesten. Antall psykiatere per innbygger er høyest i europeiske høyinntekstland, og Norge ligger midt i det øvre sjiktet i statistikken (se figur 11.1). Sveits framstår som enestående med over dobbelt så høy rate som de neste landene på listen, som er Island og Frankrike (22 per 100 000 innbyggere). Sverige, Finland og Norge ligger på samme nivå (20), men det er generelt små forskjeller i øvre halvdel av rangeringen. Av de europeiske landene (av OECD 34) framstår Spania, Polen og spesielt Tyrkia som land med et svært lavt antall psykiatere.



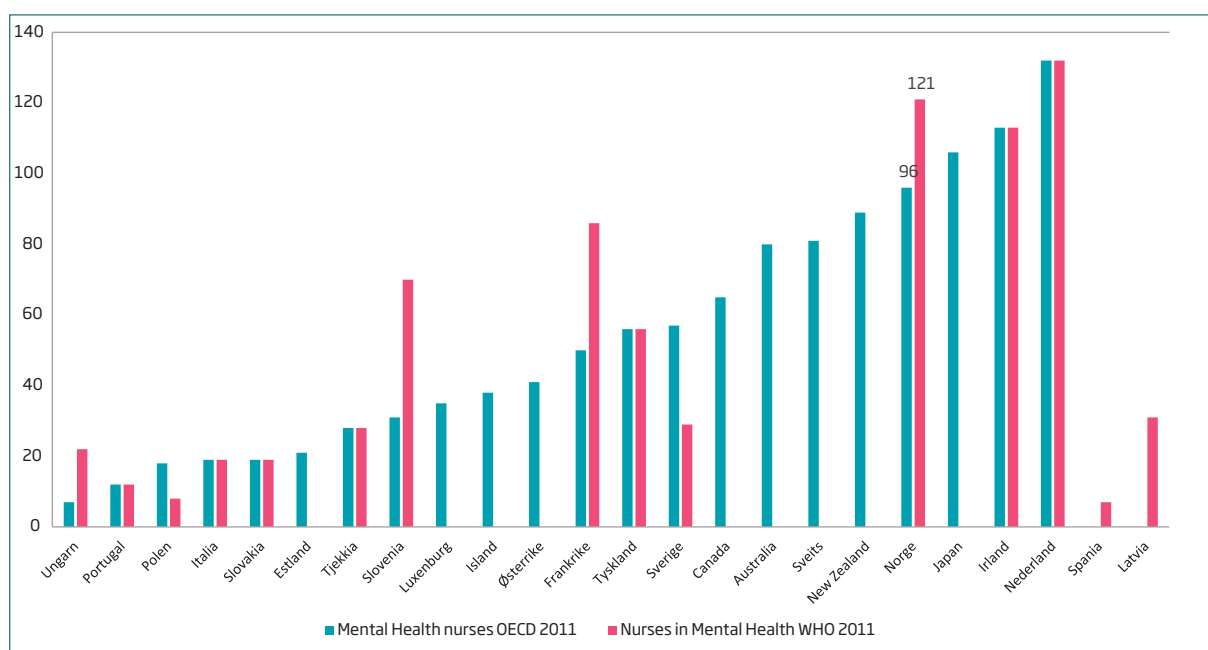
Figur 11.1 Antall psykiatere per 100 000 innbyggere.

Kilde: OECD Health Statistics og WHO (HFA-DB).

Selv om landene er bedt om å følge en mal i rapporteringen av tall er det noen forskjeller i hvorvidt for eksempel turnuskandidater eller psykiatere som ikke er aktive i tjeneste er med.

### Sykepleiere

Det er også publisert tall for antall sykepleiere i psykisk helsetjeneste (Fra OECD (2013) og WHO Mental Health Atlas 2011). WHO definerer "a mental health nurse" til å være en høyskoleutdannet sykepleier som arbeider innen psykisk helse i sykehus, primærhelsetjeneste eller en annen setting (WHO, 2011e). Det er dermed ikke knyttet til at disse har spesiell utdanning innen psykiatrisk sykepleie, men at de arbeider innenfor tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Av landene som har rapportert har Norge en høy rate for antall sykepleiere- godt over OECD-gjennomsnittet, og over Sverige, Finland. Det vanskelig å bedømme kvaliteten på innrapporterte tall. For bl.a. Sverige er det grunn til å tro at tallene feil i en av kildene, da man ikke vil forvente at antallet sykepleiere innen psykisk helsetjeneste er langt lavere enn antall psykiatriske sykepleiere. I mange land er tallene identiske.



Figur 11.2 Antall sykepleiere per 100 000 innbyggere som arbeider innen psykisk helsetjeneste.

Kilde: Europakommisjonen (2013) og OECD (2014).

### Utvikling i årsverksinnsatsen i Norge

Årsverksinnsatsen i Psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsearbeid økte betydelig under opptrappingsplanen. Samtidig har vi hatt en tydelig kompetanseheving av personellet i tjenesten. Ses både kommunalt psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten (PHV) under ett finner vi at for voksne er noe over en tredjedel av årsverkene innenfor kommunale tjenester. For barn og unge utgjør kommunalt psykisk helsearbeid cirka 40 prosent av årsverksinnsatsen (fra Kalseth mfl. 2013). Samlet årsverksinnsats i Norge innenfor kommunalt psykisk helsearbeid ligger på ca. 12000 årsverk; 9300 rettet mot voksne og 2700 rettet mot barn og unge.

Sammenlignet med mange andre land har psykologene en større rolle innen den offentlige psykiske helsetjenesten. Psykologene i Norge er i en særstilling ved at de er likestilte legene i behandling, diagnostikk og selvstendig ansvar. Gjennom den nye psykisk helsevernloven fikk psykologer lov- og forskriftsfestet nye plikter og rettigheter, og psykologkompetanse må være på plass for at institusjoner i psykisk helsevern skal godkjennes. Dette er spesielt for Norge. I flere land i Europa er

psykologprofesjonen helt uregulert, i andre land kreves langt kortere utdanningsløp, og psykologene har liten innflytelse, ansvar og rettigheter (Aanundsen 2006).

Av totalt antall lege,- og psykologårsverk i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) utgjorde psykologene i 2013 64 prosent av årsverkene. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) skjedde en sterk utbygging av det polikliniske tilbudet. Antall psykologårsverk innen psykisk helsevern vokste med 145 prosent i perioden (fra 1009 til 2470 årsverk). Det var også en vekst i antall psykiatere, men den var ikke så sterk (47 pst innen PHV-V). I tillegg kommer tilbud gjennom private avtalespesialister, som i 2013 utgjorde 15 prosent av psykologårsverkene. For perioden 1998-2013 økte andel årsverk totalt i poliklinisk og ambulant virksomhet innen psykisk helsevern fra 11 til 24 prosent. Veksten i poliklinisk og ambulant virksomhet har i hovedsak skjedd ved DPS-ene. Siden 2008 har antall årsverk i ambulant virksomhet blitt nær tre-doblet (183 prosent økning).

## 11.2 Konsultasjonsbasert psykisk helsetjeneste

God tilgjengelighet til konsultasjonsbasert psykisk helsetjeneste nært eget bosted er viktig for tidlig diagnose og god kontinuitet i behandling/oppfølging. I mange land er primærlegen (eller andre med henvisningsrett) portvakt inn til andre spesialiserte tjenester ved at man må ha en henvisning (for eksempel i Norge, Danmark, Finland, Storbritannia, Spania). I andre land kan man oppsøke spesialist for psykisk helseproblemer uten henvisning (f.eks. i Østerrike, Italia, Sveits Tyskland, Sverige, Frankrike). I noen av disse landene har man likevel en «myk» portvaktfunksjon foreksempel ved at egenandelen er høyere uten henvisning (Frankrike, Sverige) eller at ventetiden kan bli lengre (Sverige). I Tyskland kan noen sykekasser kreve henvisning for refusjon av utgifter. Tabellen nedenfor viser hva 8 land i Europa anga som de viktigste tjenestene primærlegen henviser voksne til.

Tabell 11.1 De tre vanligste konsultasjonsbaserte tjenestene primærlegen henviser voksne pasienter videre til i 8 europeiske land

|                         |   |   |   |
|-------------------------|---|---|---|
| Østerrike               | Privatpraktiserende psykiater med avtale  | Privatpraktiserende psykolog  | Psykisk helsesenter/ Community mental health center   |
| England                 | Vurderingsteam (Vurdere behovet for spesialiserte tjenester og henviser videre) | Profesjoner innen psykisk helse / Spesialister ansatt i NHS eller har avtale. | Lokale psykiske helsetjenester/ Community mental health teams, tidlig intervensjon, ACT etc |
| Finland                 | Psykiatrisk sykepleier på det lokale helsesenteret                              | Psykolog  | Psykolog innen arbeidsrettet helse  |
| Frankrike               | Privatpraktiserende psykiatere  | Psykolog  | Profesjoner inne psykisk helse og psykoterapeuter   |
| Italia (Venetoregionen) | Psykisk helsesenter/ Community mental health center                             | Psykiater i privat praksis  |   |
| Norge                   | Distriktpsikiatriske senter (DPS)   | Psykolog eller psykiater i privat praksis                                     | Kommunale tjenester/ Kommunalt psykisk helsearbeid  |
| Romania                 | Privatpraktiserende psykiater   | Psykisk helsesenter/ mental health center                                     | Poliklinikk i sykehus   |
| Spania                  | Psykisk helsesenter/ Community mental health center                             |   |   |

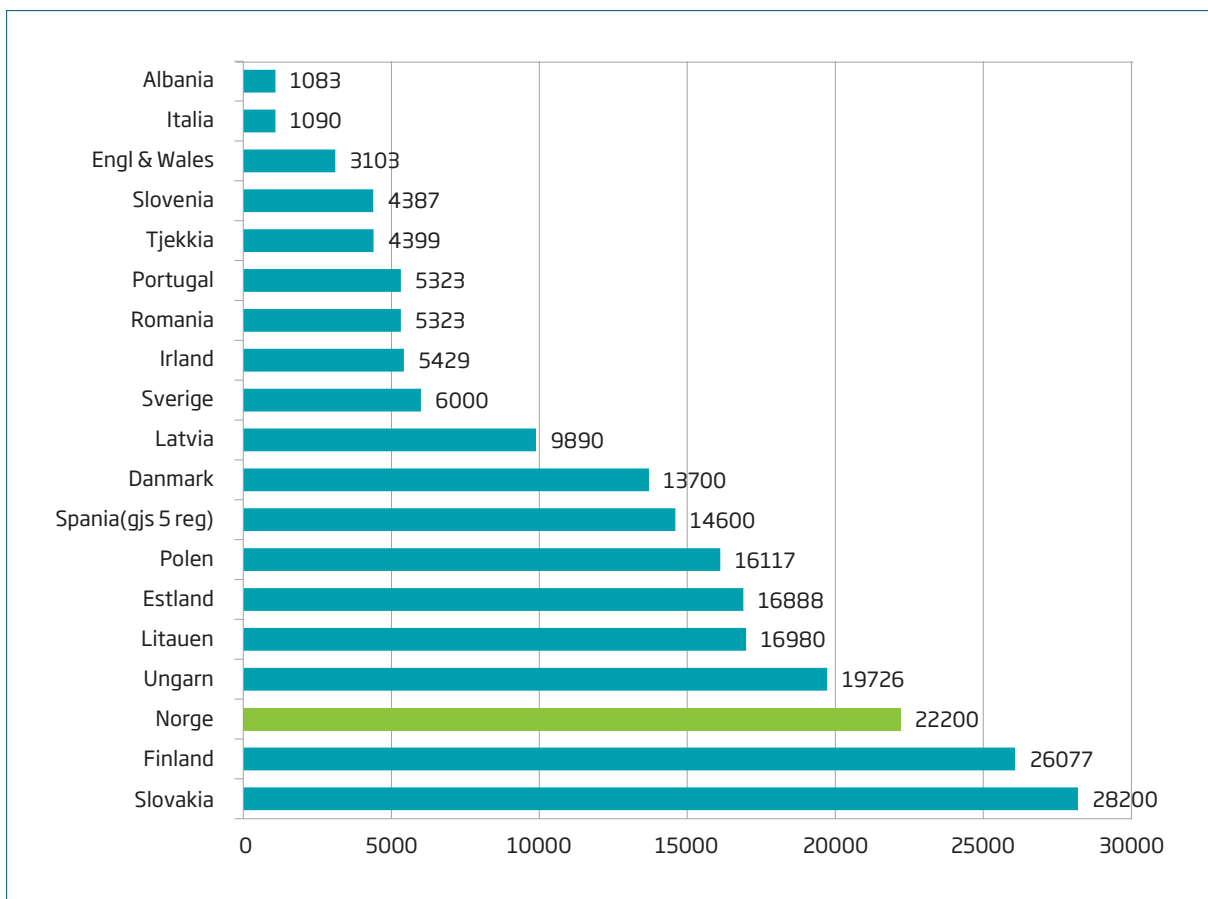
(Kilde: Refinement<sup>43</sup>).

Organisering av det offentlige tilbudet av konsultasjonsbaserte tjenester varierer mellom land. Noen har lokale helsesentre hvor psykiatrisk sykepleier/psykolog er en del av staben sammen med primærleger og annen primærhelsetjeneste. Dette er en modell som brukes i mange helsesentre

43 Fra REFINEMENT-prosjektet. Publisert i *The Refinement Decision Support Toolkit Manual – APPENDIX. Examples from the REFINEMENT data collection*. Se <http://www.refinementproject.eu/results.php>. Under download section

i Finland hvor psykiatrisk sykepleier inngår som en del av staben. I Sverige har vårdsentralene ofte en såkalt en kuratortjeneste og 45 prosent har tilgang på psykolog<sup>44</sup>. I enkelte land finnes egne helsesentre for mental helse (Community Mental Health Center) i lokalsamfunnet (for eksempel Italia, Spania)<sup>45</sup>. Ellers er det vanlig at pasienter henvises til poliklinikker ved sykehus og at det finnes offentlige avtaler med private spesialister som det også kan henvises til. I Norge er det mest vanlig at fastlegen henviser voksne til poliklinikk ved DPS/sykehus eller til en privat spesialist med avtale, men pasienten kan også følges opp av tjenester innen kommunalt psykisk helsearbeid.

Det finnes lite komparative data på tilgjengelighet til og bruk av poliklinisk/konsultasjonsbaserte tjenester. Det kan også variere hva som inkluderes i oversikter over «outpatient services/visits». I hvilken grad psykisk helsetjeneste innenfor den ordinære primærhelsetjenesten er inkludert og hvorvidt konsultasjoner med psykologer og psykiatriske sykepleiere o.l inkluderes kan variere. Tall fra WHO publisert i 2008 kan indikere at bruken av konsultasjonsbaserte tjenester er relativt sett høy i Norge sammenlignet med 18 andre europeiske land, kun Finland og Slovakia hadde en høyere rate i WHO's kartlegging. Om tallene er pålitelige er vanskelig å bedømme, men det er påfallende store forskjeller mellom landene. Italia og Storbritannia (inkl England og Wales) hadde påfallende lav rate tatt i betraktning en lav dekning på døgnplasser (se kapittel 11.3).



Figur 11.3 Antall besøk i konsultasjonsbaserte tjenester per 100 000 innbyggere. (for land som rapporterte tall). Kilde: WHO (2008).

En kilde til forskjeller mellom land i denne oversikten kan være at noen land i første rekke har tall for konsultasjoner ved sykehusenes/spesialisthelsetjenestens poliklinikker. Hvorvidt kontakt med

44 <http://www.psykologforbundet.se/Forbundet-tycker/Psykolog-pa-vardcentral/>

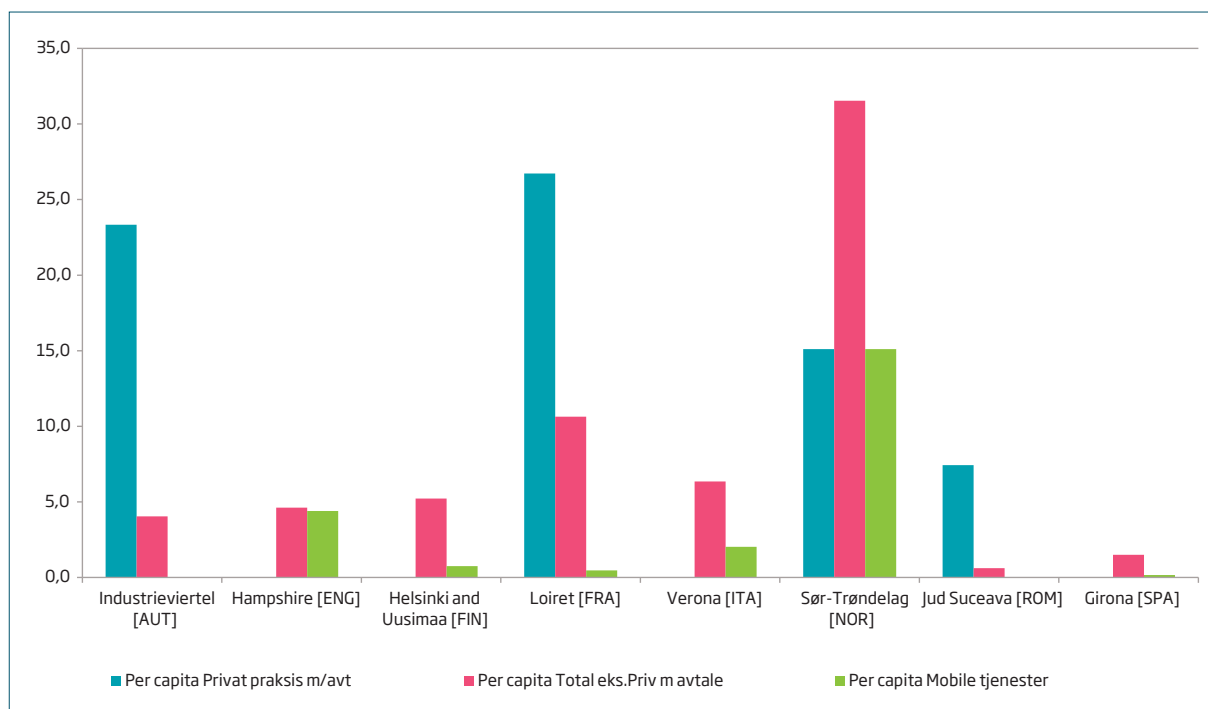
45 I Italia besøker et gjennomsnittlig «Mental Health Center» ca 80 000 innbyggere og har gjennomsnitt 4 psykiatere, 2 psykologer, 2 sosialarbeidere eller rehabiliteringsterapeuter og 8 sykepleiere (Lora 2009).

tjenester utenfor sykehusene er inkludert er en usikkerhetsfaktor hvis dette ikke er opplyst om. Herunder kommer avtalespesialister, psykiske helsesentre, eller lokale psykiske helseteam. Hvor stor andel av konsultasjonene som skjer i ulike deler av tjenestene vil variere mellom ulike helsesystemer utfra organisering og finansiering av tjenestene. Hvor mange pasienter som får tilbud sier tallene heller ikke noe om. Fordelingen av konsultasjoner per pasient kan variere.

### Kartlegging av enheter for konsultasjonsbaserte tjenester i REFINEMENT-landene

I REFINEMENT-prosjektet ble det gjort en kartlegging av enheter som tilbyr konsultasjonsbaserte psykisk helsetjenester (kontorbasert og/eller ambulant) i utvalgte studieområdene i hvert av de åtte landene som deltok. Nedenfor presenteres resultater fra denne kartleggingen som inkluderer antall enheter, årsverk og reisetid til nærmeste enhet som tilbyr konsultasjoner<sup>46</sup>. Det ble også forsøkt å kartlegge aktivitet (konsultasjoner og pasienter/brukere ved enhetene), men tilgjengeligheten til dette varierte mye både mellom og innen landene.

Når man regnet antall enheter som tilbyr konsultasjonsbaserte psykiske helsetjenester per innbygger (se figur 11.4) er antallet relativt sett ganske høyt i Sør-Trøndelag sammenlignet med utvalgte geografiske områder i de 7 landene som deltok i REFINEMENT-prosjektet. Da er enheter for psykisk helsearbeid i kommunene inkludert i de norske tallene. Fordi alle kommuner har en slik enhet og befolkningen kan være liten bidrar det til en høy rate. Smådriftsulemper som følge av geografi og bosettingsstruktur er derfor en viktig faktor i Norge.

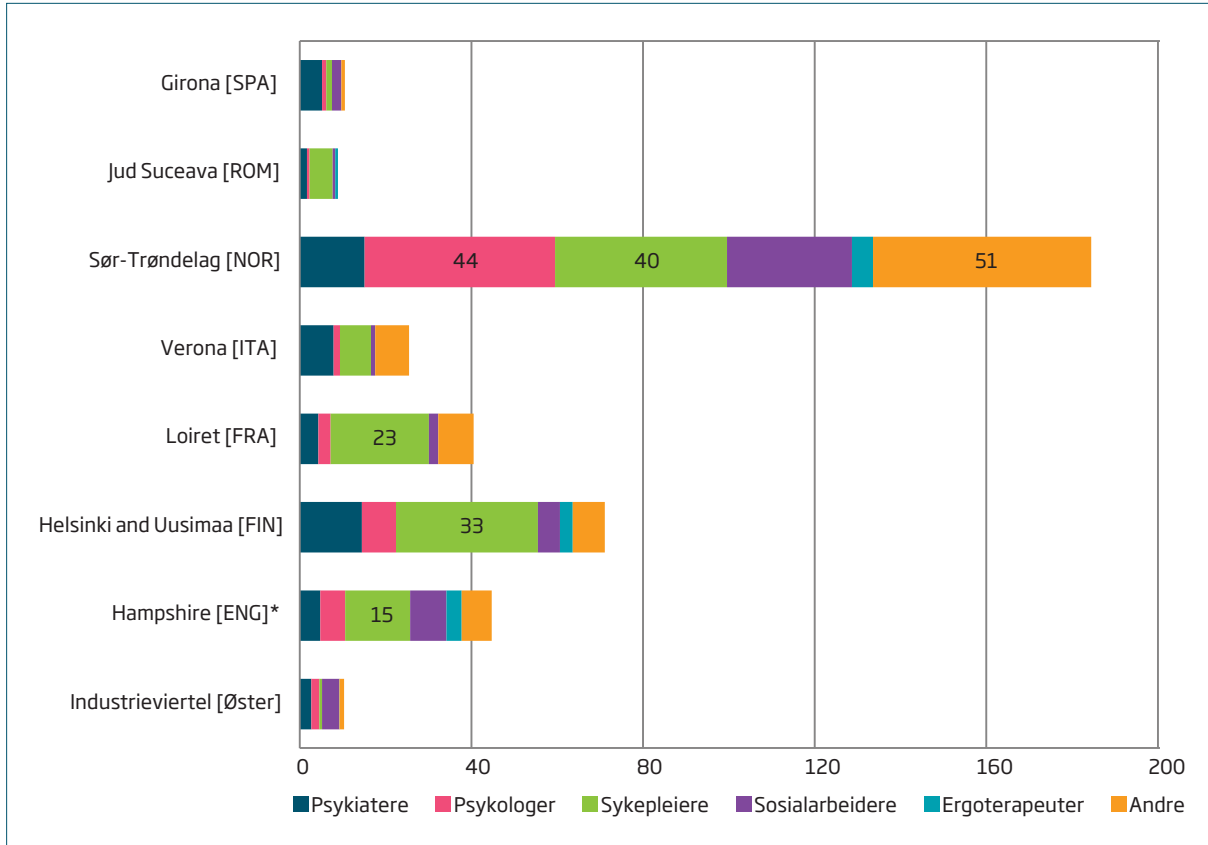


Figur 11.4 Antall enheter for konsultasjonsbaserte tjenester per 100 000 innbygger (18+ år) i REFINEMENT studieområder fordelt på type praksis for psykiatere/psykologer og mobile tjenester.

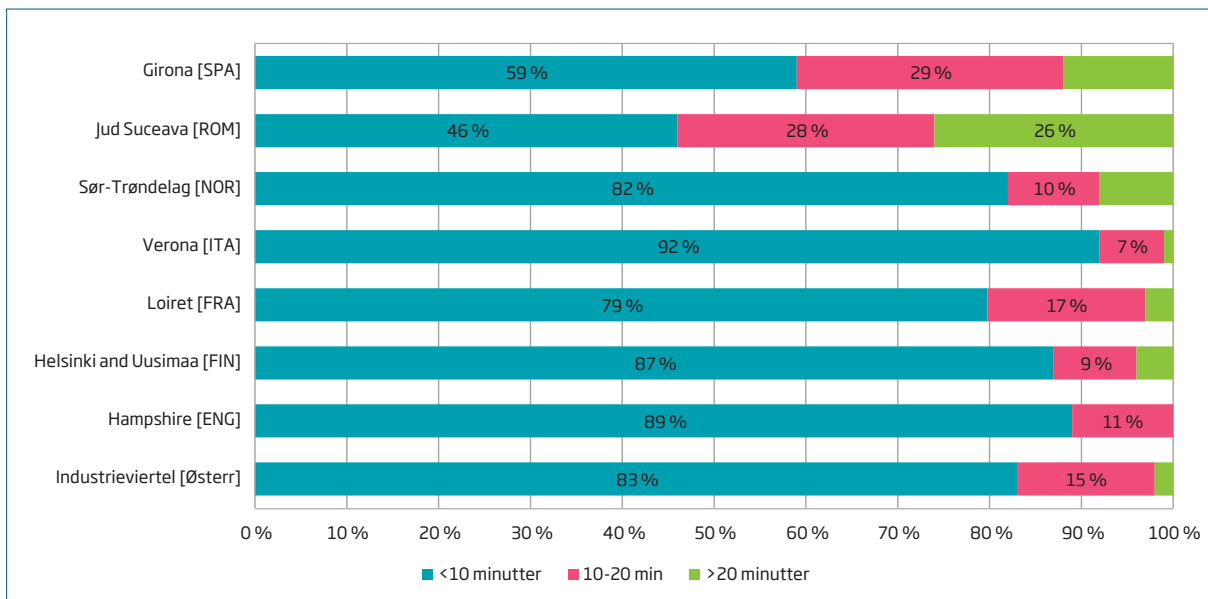
Figuren sier kun noe om hvor mange tjenestesteder/enheter som finnes. Både bosettingsmønster og organisering av tjenestene (store/små enheter) vil påvirke dette. Enda viktigere er hvor mye personell eller hvilken type personell man kan tilby befolkningen som bor i de ulike områdene. Når man talte antall årsverk i tjenestene (konsultasjonsbaserte psykiske helsetjeneste) kom Norge, her representert

<sup>46</sup> Publisert i *The Refinement Decision Support Toolkit Manual – APPENDIX. Examples from the REFINEMENT data collection.*  
Se <http://www.refinementproject.eu/results.php>. Under download section

ved Sør-Trøndelag, nok en gang i en særstilling med høy dekningsgrad. Områdene i Spania, Romania og Italia rapporterte veldig få årsverk sammenlignet med de andre. Også sammensetningen av årsverk varierer mellom landene.



Figur 11.5 Antall årsverk i konsultasjonsbaserte tjenester per 100 000 innbyggere (18+ år) fordelt på type personell i REFINEMENT studieområder.



Figur 11.6 Reisetid til konsultasjonsbaserte tjenester I REFINEMENT-områdene.



Beregnet reisetid til nærmeste enhet med konsultasjonsbasert tilbud var lengst i områdene i Romania og Spania. Forskjellen mellom de andre landene var ikke veldig store. I Norge ville reisetiden blitt lengre hvis tilbudet innen kommunalt psykisk helsearbeid ikke regnes med.

### 11.3 Døgnplasser i psykisk helsetjeneste

I dag er målsettingen at ingen skal oppholde seg lenge i sykehus hvis det ikke er helt nødvendig. For en del personer med psykiske lidelser oppstår akutte kriser som krever innleggelse i sykehus. De tidligere mentalsykehusene (asylene) bar preg av oppbevaring like mye som et helsetilbud. Siden 70-tallet er denne typen institusjoner i stor grad blitt faset ut i vest-europeiske land. Etablering av akuttpsykiatriske tilbud som en del av det generelle sykehusstilbudet har vært et viktig ledd i nedbyggingen av døgnplasser i de tradisjonelle mentalsykehusene. I noen land har man vedtatt nedleggelse av de gamle mentalsykehusene gjennom lovgivning slik som i Italia (1978) og ved psykiatrireformen i Sverige fra 1995. I tråd med WHO sine anbefalinger har utviklingen gått i samme retning i de fleste land. Anbefalingen er at langtidsplassene i sykehus legges ned og at man har akuttpsykiatriske tilbud i vanlige sykehus (lokalt). Den enkelte skal i størst mulig grad bo utenfor institusjon og kun legges inn i sykehus ved akutte kriser. Sykehusene har dermed fått en annen rolle enn tidligere. Det er et poeng at psykiske lidelser betraktes på lik linje med andre helseproblemer og dermed skal inn som en del av det ordinære sykehusstilbudet og ikke være geografisk og organisatorisk atskilt. En slik organisering gir også bedre muligheter for at både psykiske og somatiske behov kan ivaretas uten at pasientene trenger å dra til ulike steder. I Norge innehar DPS-ene lokalsykehusfunksjonen innen psykisk helse og har også fått mer ansvar for å ha et akutttilbud som skal støtte opp under primærhelsetjenesten og andre lokalbaserte tjenester, her i Norge ivaretatt av kommunene (se kapittel 8).

Internasjonale sammenligninger av døgnplasser innen psykiatrien teller ofte psykiatriske senger (Psychiatric beds) totalt eller senger i ulike typer institusjoner. Gode sammenligninger er avhengig av presise definisjoner av hva som skal telles med, og hvordan man klassifiserer døgnplassene etter type. Dette kan være vanskelig i praksis på grunn av ulik organisering i landene og lokal fortolkning av begrepene. WHO skiller mellom senger i «Mental hospitals» på den ene siden og senger i «community psychiatric inpatient units» eller senger i «general hospitals» på den andre siden.

#### **Definisjoner WHO 2008a (Policies and practices for mental health in Europe)**

**Psykiatrisk sykehus (mental hospital):** En spesialisert sykehusbasert fasilitet/enhet som tilbyr innleggelse og langtidsopphold for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vanligvis er disse enhetene uavhengige og atskilt geografisk, selv om de kan ha koblinger til resten av helsetjenesten. Graden av spesialisering kan variere mye; i noen tilfeller tilbys kun langtidsforvaring (custodial services), andre kan også tilby korttids-opphold/behandling (services).

**En lokalbasert døgnenhet (Community based psychiatric inpatient unit)** defineres som en psykiatrisk enhet i lokalsamfunnet hvor pasienter kan legges inn for håndtering av psykiske lidelser. Enhetene er vanligvis lokalisert i somatiske sykehus, men kan noen ganger være en del av et lokalbasert senter. Vanligvis skal de håndtere akutte situasjoner og oppholdstiden skal vanligvis være kort (uker/måneder). Denne typen tilbud kan skilles fra psykiatriske sykehus, lokalbaserte botilbud, og enheter som behandler rusrelaterte lidelser, mental retardasjon eller utviklingshemming.

De norske DPS-ene rapporteres som regel som sykehus når man teller senger totalt, men når vi kommer til skillet mellom psykiatriske sykehus (mental hospital) og «community»-baserte døgntilbud kan deler av DPS-ene regnes som en lokalbasert tjeneste. WHO (2008) sier slike lokale tilbud som regel er lokalisert i generelle sykehus, men kan også være en del av et lokalt helsesenter. I tillegg til DPS-ene er det en rekke akuttpsykiatriske avdelinger som er geografisk samlokalisert med vanlige sykehus også i Norge og dermed ikke er «Mental hospitals» i tradisjonell forstand. Disse ivaretar en sentralisert funksjon innen akuttpsykiatri. I rapportering til internasjonal statistikk er disse

ofte innrapportert som «mental hospitals beds». Lokalene eller lokalisasjonen til tidligere mer tradisjonelle psykiatriske sykehus er fortsatt i bruk mange steder i Norge, men pasientsammensetning og oppholdstid har endret seg fundamentalt de siste 30-50 år. Som beskrevet i kapittel 7 ble skillet mellom psykiatriske sykehus og klinikker/avdelinger ved somatiske sykehus etter hvert utvisket i Norge ved at begge typer enheter hadde et ansvar for det akuttpsykiatriske sentralsykehusstilbudet til befolkningen i et angitt geografisk område. Hovedfokus skulle være korttidsterapi uavhengig av type enhet. Langtidsomsorgen skulle skje utenfor sykehus. Nedenfor ser vi eksempel på at man finner ulike modeller for døgnplasser i psykiatrien i et utvalg europeiske land.

Tabell 11.2 Utbredelse av modeller for døgnplasser innen psykisk helse i åtte europeiske land. \*Verdi 0= finnes ikke, 1=finnes noen (occasional), 2= vanlig, 3= vanlig/dominerende undergruppe (sub-type).

|  | Østerrike | England | Finland | Frankrike | Italia         | Norge          | Romania | Spania |
|--|-----------|---------|---------|-----------|----------------|----------------|---------|--------|
| Psykiatriske avdelinger i generelle sykehus (ikke universitetssykehus)   | 3         | 3       | 2       | 2         | 3              | 2              | 3       | 2      |
| Psykiatriske avdelinger i universitetssykehus  | 3         | 1       | 1       | 2         | 1              | 2              | 2       | 2      |
| Psykiatriske sykehus med atskilt lokalisering, akuttsenger. "Stand alone psychiatric hospital- acute care"         | 3         | 2       | 2       | 3         | 0              | 2              | 1       | 1      |
| Psykiatriske sykehus med atskilt lokalisering, elektive senger. "Stand alone psychiatric hospital- non-acute care" | 1         | 0       | 2       |           | 0              |                | 2       | 1      |
| Psykiatriske senger i psykiatriske sentre/Mental healthcenter  | 0         | 0       | 0       | 0         | 0 <sup>2</sup> | 3 <sup>3</sup> | 0       | 2      |
| <b>Annet<sup>1</sup></b>   |           | 1       | 1       |           | 1              |                |         |        |

1)England for eksempel spiseforstyrrelser eller veldig komplekse og alvorlige lidelser – ofte tilbud gjennom privat sektor. Finland: Statlig psykiatrisk sykehus. Italia: Private døgnplasser. 2)Bare ett eksempel fra Trieste Mental Health Centres. 3)Typisk døgnplasser i distriktspsykiatriske sentre i Norge. Kilde: Refinement <sup>47</sup>

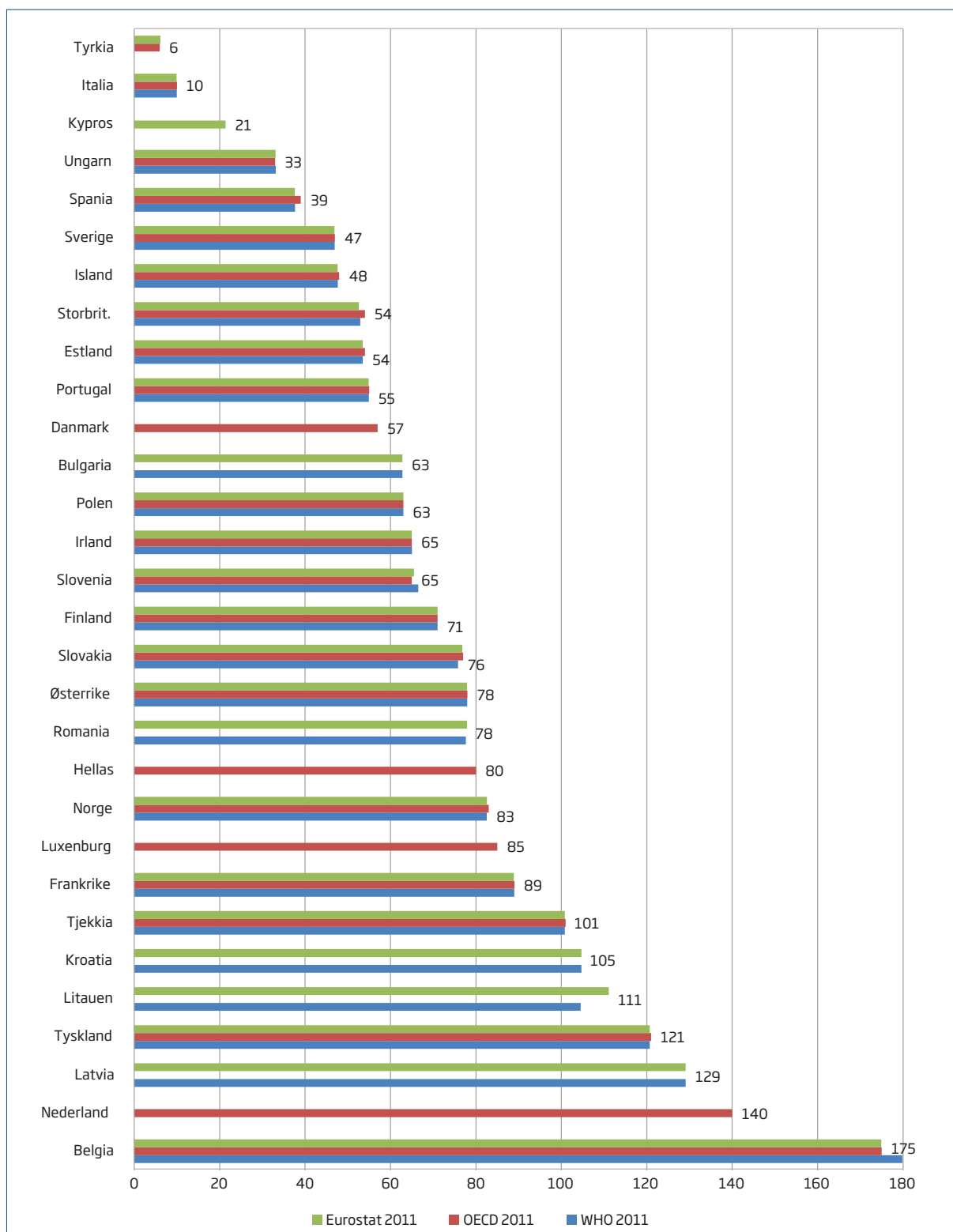
I de fleste land er det vanlig å ha ulike typer institusjoner med døgnplasser og det er vanlig i alle land å ha psykiatriske avdelinger inkludert i samme organisasjon som generelle sykehus. Norge og Spania skiller seg ut ved å ha døgnplasser i psykiske helsesentre. Dette er gjelder i hovedsak DPS-ene i Norge.

### Antall døgnplasser i sykehus

Nedenfor presenteres tilgjengelig internasjonale sammenligninger av døgntilbudet. Tall innrapportert til WHO, OECD og Eurostat viser til dels store forskjeller mellom europeiske land i antall psykiatriske senger/plasser i sykehus (se figur nedenfor)<sup>48</sup>. Sammenlignet med andre land i Europa framstår Norge med noe over gjennomsnittet antall sykehussenger (inklusive DPS-senger), med i overkant av 80 senger per 100 000 innbygger. Belgia, Latvia og Nederland har ifølge statistikken flest senger (over 135), mens Kypros og spesielt Italia og Tyrkia har svært få senger i sykehus. I Norden fordeler landene seg fra Sverige med klart færrest senger, deretter kommer Danmark, Finland og Norge.

<sup>47</sup> Publisert i *The Refinement Decision Support Toolkit Manual – APPENDIX. Examples from the REFINEMENT data collection.* Se <http://www.refinementproject.eu/results.php>. Under download section

<sup>48</sup> Innrapportering til Eurostat, WHO og OECD er samordnet.

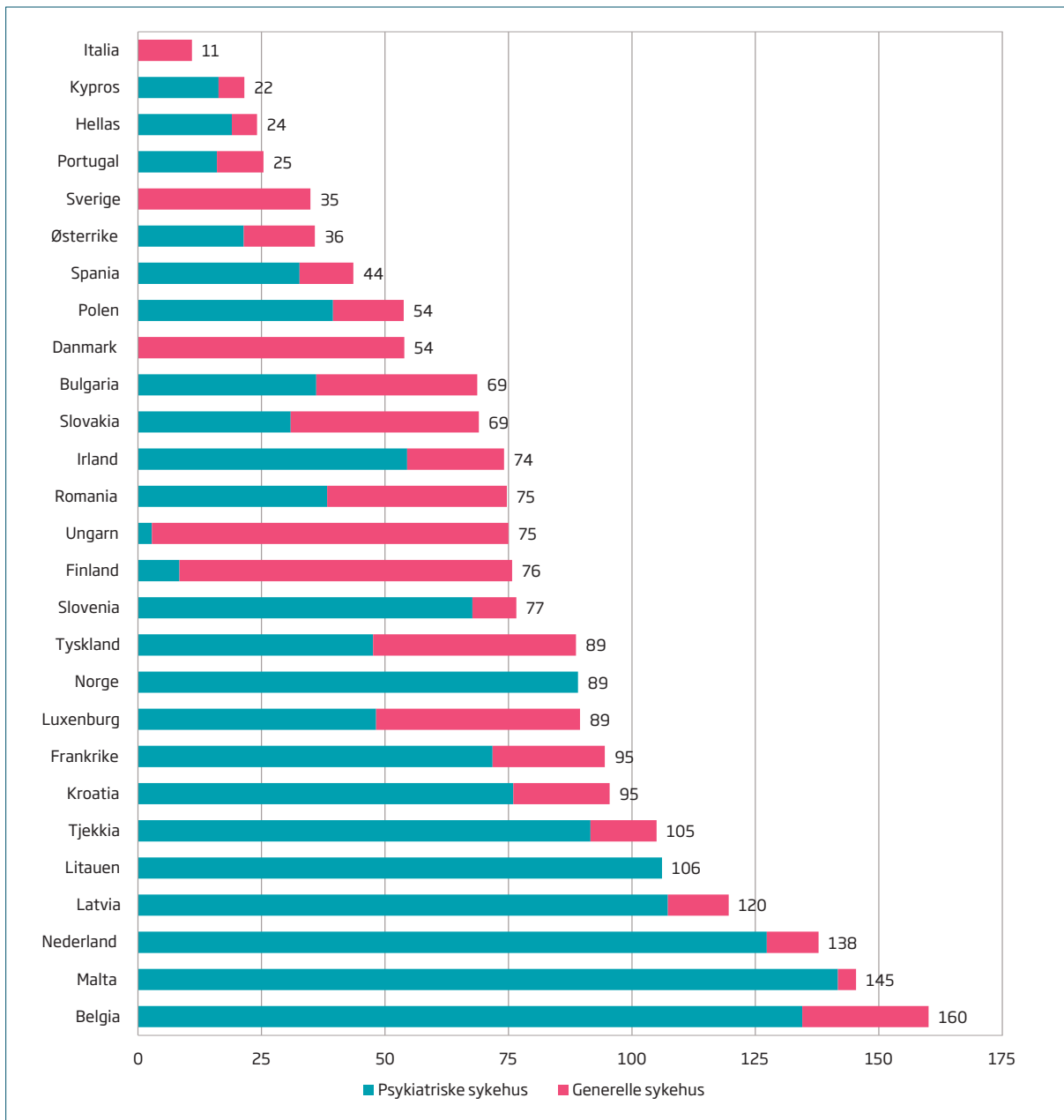


Figur 11.7 Antall døgnplasser i sykehus per 100 000 innbyggere basert på tre datakilder.

Kilder: WHO (HFA-DB), OECD Health Statistics, Eurostat.

Det er svært godt belegg for at antallet døgnplasser og oppholdstid i sykehus, i tråd med ønsket utvikling, har blitt dramatisk redusert over tid i de fleste europeiske land (OECD 2014a) og i Norge (se kapittel 7). I kartlegginger i regi av WHO har landene også blitt spurt om å splitte sengetall mellom «Mental hospitals» og «General Hospitals» for å få en indikasjon på hvor langt landene er kommet i

etablering av akuttpsykiatriske tilbud i vanlige sykehus og andre lokalbaserte døgneheter. Som nevnt innledningsvis er skillet mellom senger i «generelle sykehus» og psykiatriske sykehus vanskelig i Norge fordi det funksjonelle skillet mellom de tradisjonelle sentralinstitusjonene og andre akuttpsykiatriske tilbud i stor grad er opphevet. Få av landene klassifiserer flertallet av sine senger under benevnelsen «Generelle sykehus», men unntak fra dette er Italia, Sverige, Danmark, Finland og Ungarn.



Figur 11.8 Antall psykiatriske senger i sykehus per 100 000 innbyggere fordelt etter type sykehus, 2011.

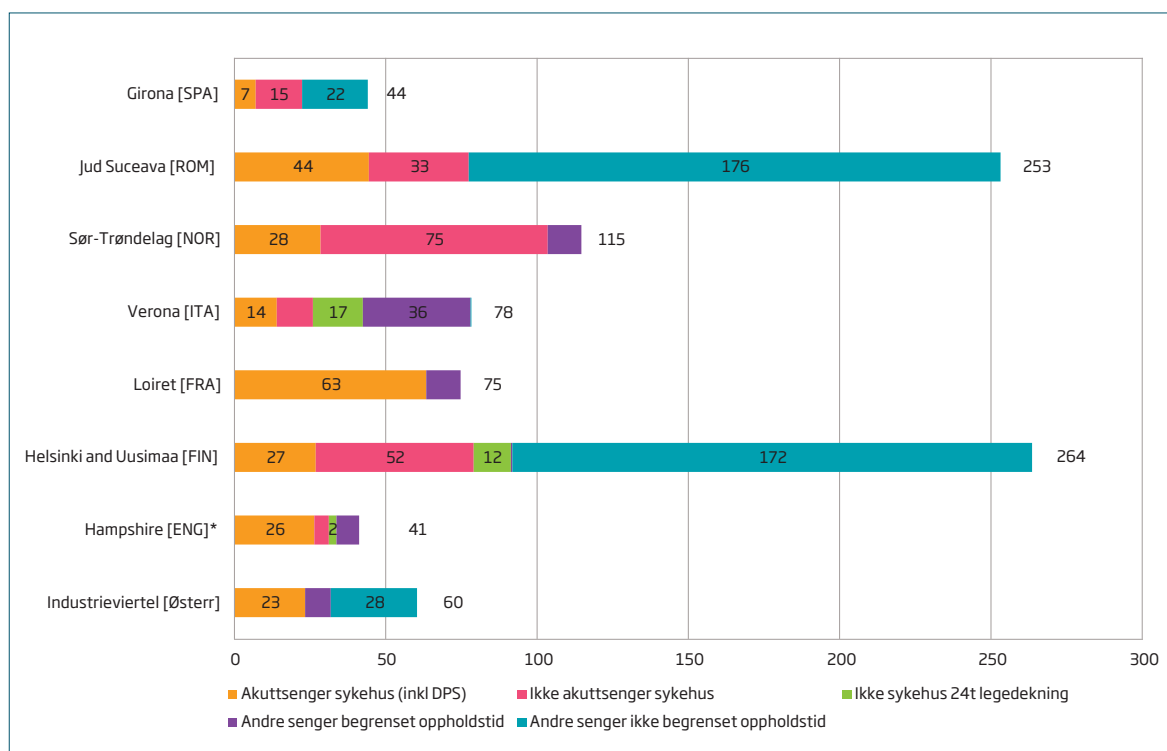
Kilde: WHO Mental Health Atlas i (publisert i Eurokommisjonen 2013).

Alle sengene i Norge er regnet under «Mental Hospital» (EU-kommisjonen 2013). I en annen publikasjon fra 2008 (WHO 2008a) er 42 prosent av sengene i Norge klassifisert under «community psychiatric inpatient units» eller «units in district general hospitals» og gjenspeiler andel senger i DPS. I Norge representerer DPS-ene et nytt nivå mellom primærhelsetjenesten og sykehusene og kan være derfor vanskelig å klassifisere i den internasjonale statistikken. Siden DPS-ene tilhører spesialisthelsetjenesten i Norge regnes sengene ofte som sykehussenger med merkelappen «Mental

hospital», samtidig som DPS-ene i internasjonal sammenheng er å betrakte som «Community Mental Health services». Det er stor variasjon mellom DPS-ene når det gjelder ø-hjelpsinnleggelser.

Forskjeller i sengetall mellom landene kan skyldes ulike forhold. Det finnes reelle forskjeller i sengekapasitet, men det vil også være en viss gråsoner mot døgntilbud utenfor sykehus. Bruken av sikkerhetsanstalter /fengselslignende plasser er ikke nødvendigvis inkludert i tallene og det kan være ulik grad av døgntilbud utenfor sykehus. Nederland oppgir i OECD-statistikken at deres tall inkluderer senger i «sosialsektoren». I hvilken grad senger/plasser i institusjoner utenfor sykehus eller om plasser beregnet for eksempel ruspasienter eller alderspsykiatriske pasienter er inkludert kan variere. Dette kan reflektere ulik organisering av tjenestene.

I REFINEMENT-prosjektet ble ulike typer døgnplasser i utvalgte geografiske områder i åtte land kartlagt og kodet ved bruk av et kartleggingsinstrument forkortet DESDE-LTC (Salvador-Carulla mfl. 2013). Ratene for sykehussenger i studieområdene viste i stor grad samme rangering mellom landene som de nasjonale ratene rapportert i internasjonal statistikk (WHO 2011), selv om det også var betydelige forskjeller i nivå for noen av landene<sup>49</sup> (Figur 11.9 viser antall døgnplasser i studieområdene basert på kartlegging i henhold til DESDE-LTC.).



Figur 11.9 Antall døgnplasser/senger i sykehus og utenfor sykehus for voksne med psykiske lidelser. Per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Kilde: Refinement.

I REFINEMENT-prosjektet skilte man mellom senger i akuttavdelinger og andre typer sykehussenger. Når det gjelder akuttenger i sykehus var det ikke så store forskjeller mellom områdene i Norge, Finland, England og Østerrike. De utvalgte områdene i Italia og Spania hadde langt færre akuttenger. I Italia er det vedtatt ved lov at det ikke skal være mer enn 15 akuttenger per sykehus. Studieområdet i Frankrike hadde en svært høy rate som antakelig skyldes at de ikke kunne skille mellom akutt-plasser og andre senger. Studieområdet i Norge (Sør-Trøndelag) sammen med studieområdene

49 "Forensic" senger skulle ikke inkluderes. For studieområdet i Norge (Sør-Trøndelag) ble derfor sikkerhetsavdelingene (Brøset) ikke inkludert

i Finland (Helsinki Uusimaa og Romania (Jus Suceava) skilte seg ut med høye rater for ikke-akutte sykehussenger. Studieområdet i Spania hadde også en høy andel ikke-akutte sykehussenger. Kartleggingen i REFINEMENT-prosjektet viste også at lav rate for akuttsenger ved "general hospitals" i studieområdet i Italia (Verona) var supplert med privat ikke-akutte sykehussenger. Supplement av privat sykehussenger er ikke enestående for studieområdet i REFINEMENT. Lora (2009) viser til undersøkelser som fant høyere rate for private sykehussenger enn for senger i "general hospitals". Dette illustrerer også feilkilder i internasjonale sammenligninger hvor kun sistnevnte typisk er inkludert for Italia (WHO 2011).

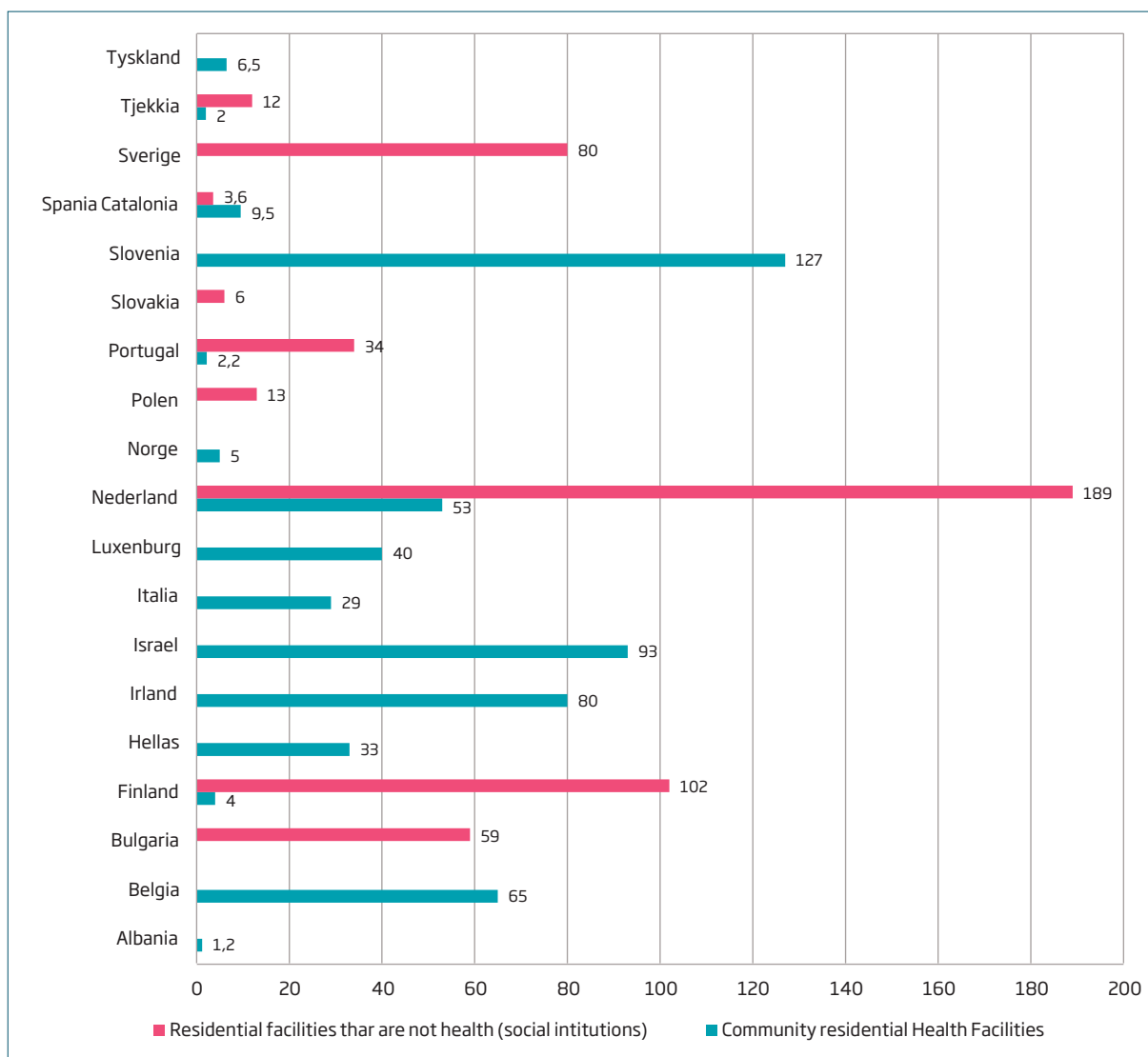
I studieområdet i Norge utgjør senger ved DPS en vesentlig del av både akuttsenger, inklusive krisesenger, og i særlig grad ikke-akutte senger. En vesentlig del av de ikke-akutte sengene er imidlertid sub-akutte og rehabiliteringssenger i sykehus. Disse sengene vil i stor grad også benyttes av pasienter som først er innlagt i akuttavdeling og deretter overført for videre behandling.

### Andre døgntilbud

I tråd med en balansert tjenestemodell (Balanced Care) er målsettingen at landene etablerer tilbud utenfor sykehus som fungerer som reelle alternativer til eller forebygger omfattende bruk av lange sykehusinnleggelses/institusjonsopphold.

Tilbud utenfor sykehus er langt dårligere dokumentert og vanskeligere å sammenligne på tvers av land. Resultatene fra REFINEMENT-prosjektet indikerte betydelige forskjeller i rate for døgnplasser utenfor sykehus mellom studieområdene i landene (se fig 11.9 i forrige avsnitt). Det mest slående resultatet var det høye antall døgnplasser utenfor sykehus i Helsinki og Uusumaa i Finland og Jud Suceava i Romania. Hovedårsaken er at disse har mange plasser med ubegrenset oppholdstid. I Finland er dette i stor grad døgnplasser for mennesker med alvorlig psykisk lidelse i en slags bofellesskap/ (nursing homes) med døgnbemanning, men også en del plasser med bemanning på dagtid. Disse tilbudene har hatt en sterk vekst i dette området. Størsteparten av disse plassene drives av kommersielle aktører (for-profit) på kontrakt med kommunene. Resultatene fra studieområdet i Finland harmonerer med nasjonale tall for Finland i tidligere internasjonale sammenligninger (se figur 11.10 nedenfor). Dette er i hovedsak plasser som ikke klassifiseres som rene helsetilbud, men kommer inn under sosiale tjenester. Det kan være små nyanser som skiller hva som inkluderes fra ulike land i internasjonale kartlegginger. Skillet mellom døgnplasser utenfor sykehus vs boliger, og skillet med hva som defineres som helseinstitusjoner eller ikke kan være uklart<sup>50</sup>. Ser vi kun på plasser med begrenset oppholdstid (i eller utenfor sykehus) hadde studieområdet i Norge høyest døgnplassrate av de åtte områdene i REFINEMENT-prosjektet. Lav rate for døgnplasser utenfor sykehus er også indikert for Norge totalt sett i tall publisert av WHO (2008) og framstilt i figur 11.10.

<sup>50</sup> I studieområdet i Romania var de fleste sengene utenfor sykehus, og en betydelig del av sykehussengene, institusjonspreget, dvs. at de er store sykehus/sykehjem med mange plasser. Studieområdene i Spania og Østerrike hadde også noen senger merket med ubegrenset oppholdstid utenfor sykehus, men raten var langt lavere. Veronadistriktet (Italia) var det distriktet som rapporterte høyest rate for senger utenfor sykehus med 24-timers legedekning eller tidsbegrenset oppholdstid. Lora (2009) viser også til et betydelig omfang (29 per 100,000 innbyggere) av andre døgntilbud (community residential facilities) i Italia. Studieområdet i Norge hadde en lav rate for døgntilbud utenfor sykehus, likevel var sengeraten samlet sett høyere i studieområdet i Norge enn flertallet av de andre områdene, sett bort fra områdene i Romania og Finland.



Figur 11.10 Antall døgnplasser/senger i lokale tilbud per 100 000 fordelt etter om disse regnes under helsetilbud eller sosiale tilbud.

Kilde: WHO (2008).

Kartleggingen viste store forskjeller mellom land i rater for rapportert døgntilbud utenfor sykehus, både de som er rapportert som helsetjenester og plasser rapportert som sosiale tjenester. Men, igjen, noe av forskjellene kan reflektere ulik tolkning av hva som skal inkluderes i rapporteringen (f.eks. ulike typer botilbud) og også forskjeller i organisering og finansieringsansvar samt ulik tilgang til nasjonal statistikk.

I Norge har intermediasplasser og brukerstyrte plasser kommet til som et relativt nytt tilbud ulike steder i landet. Alle helseforetak er gjennom oppdragsdokumentet fra staten forpliktet til å ha brukerstyrte plasser. Se mer om dette under kapittel 8.

### Innleggelser og oppholdstid i sykehus

Det er interessant å sammenholde antall døgnplasser med oppholdstid og innleggelsesrater for å få et bredere bilde av bruken av døgnplassene. Det er imidlertid begrenset med datagrunnlag, spesielt for oppholdstid. Ut fra det som finnes ser Norge ut til å ha relativt sett mange innleggelser og at oppholdstiden i gjennomsnitt er relativt kort. Se figurene 11.11 - 11.13 nedenfor.

De fleste land har tilgang til administrative data fra sine sykehus og kan hente ut tall for totalt antall innleggelser eller utskrivninger. Pasientsammensetningen i sykehusene kan imidlertid variere fordi ulike land organiserer tjenestene forskjellig. Tall publisert av WHO i 2008 viste svært store forskjeller i innleggelsesrater mellom landene i Europa (figur 11.11). Romania, Tyskland, Sverige, Ungarn og Estland hadde flest innleggelser i forhold til sin befolkning i denne oversikten. Mange øst-europeiske land hadde få innleggelser, men også Spania, Portugal og Storbritannia (England og Wales) hadde svært lave rater. Danmark og Finland ligger begge godt over gjennomsnittet sammen med land som Frankrike, Italia og Østerrike. Norge var ikke med i denne oversikten. Brukes tall for antall døgnopphold og utskrivninger i 2007 publisert i SAMDATA som et estimat ville Norge kommet ut med en rate godt over gjennomsnittet, noe over Finland, men lavere enn Sverige<sup>51</sup>.

EU-kommisjonen (European Commission 2013) viser til tall over antall innleggelser i 2012 med diagnosen schizofreni publisert av WHO (figur 11.12). Spredningen i innleggelsesrater mellom landene er veldig stor. Her hadde Norge, Finland og Litauen de høyeste ratene av de 24 europeiske landene inkludert. Land som Danmark, Irland, Nederland, Frankrike og Belgia framsto med svært lave rater og vi må ta forbehold om underrapportering.

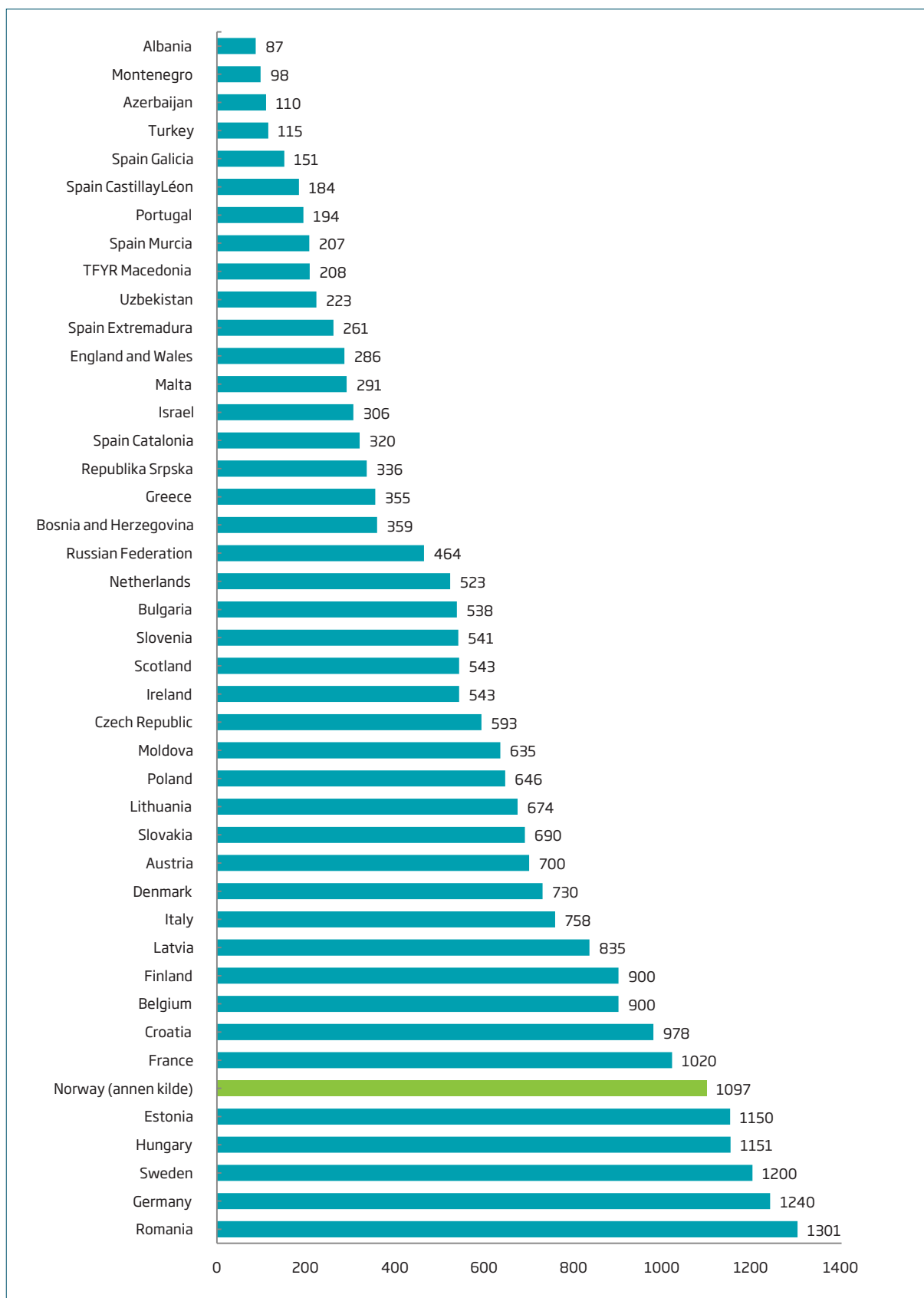
I WHO sin kartlegging fra 2008 ble landene bedt om å oppgi median oppholdstid for pasienter ved psykiatriske sykehus og lokalbaserte sengeenheter (hovedsaklig psykiatriske avdelinger i "general hospitals"). Det framkom at oppholdstiden i psykiatriske sykehus i de fleste land var noe lenger enn i lokalbaserte døgnenheter. Norge hadde ikke rapportert oppholdstid i denne kartleggingen, men tall fra Helsedirektoratet viser samme oppholdstid ved henholdsvis DPS-er og sykehus. Dessuten indikerer tallene at oppholdstiden i Norge er i det lavere sjiktet sammenlignet med de andre landene (se figur 11.13). Median som mål på oppholdstid er vanligvis kortere enn gjennomsnittet.

Ulik organisering av tjenestene kan påvirke tall for plasser, innleggelser og oppholdstid og hva som rapporteres. For Norges vedkommende vil direkte overføringer mellom sykehus og DPS-er gi en forhøyet innleggelsesrate hvis dette ikke er justert for.

---

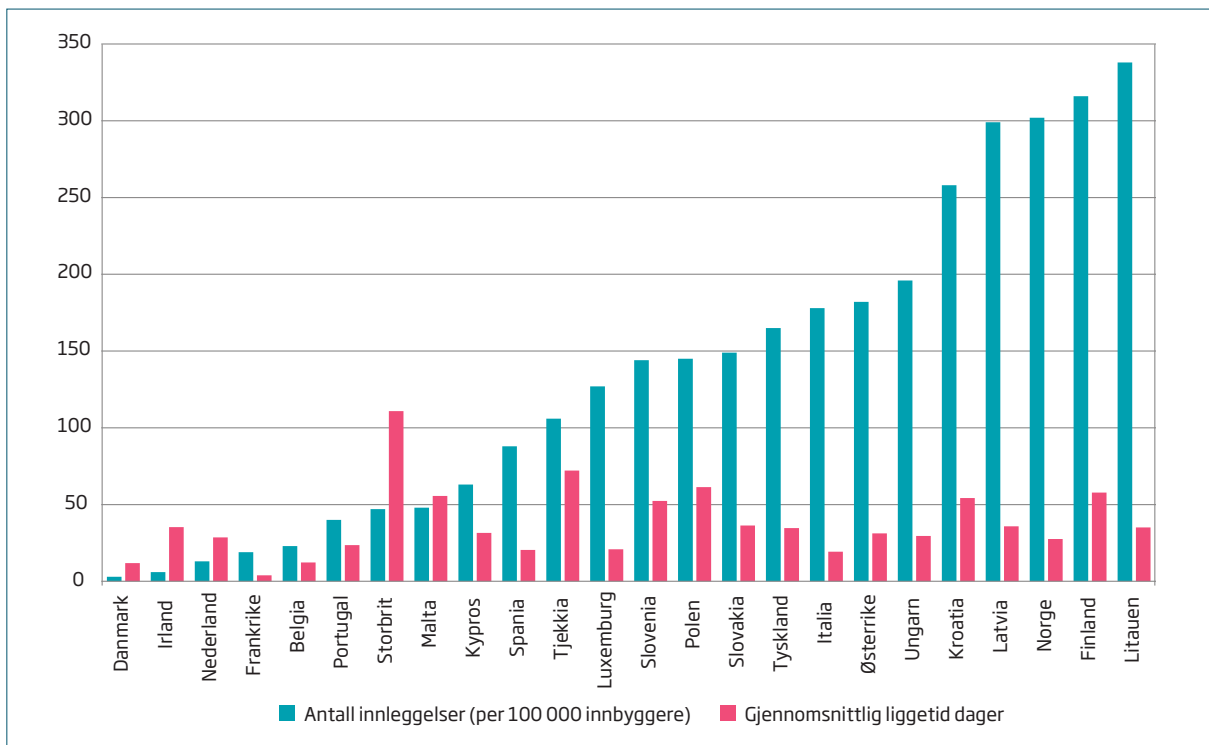
<sup>51</sup> Hvis man sammenholder statistikken over sengerater, innleggelsesrater og gjennomsnittlig oppholdstid så kan det se ut som det ikke er samme avgrensinger som er brukt. F.eks Sverige har langt lavere sengerate, høyere innleggelsesrate og 25 dager gjennomsnittlig oppholdstid – dette vil med fullt belegg gi en innleggelsesrate som er kun 65 % av det som oppgis i WHO (2008).





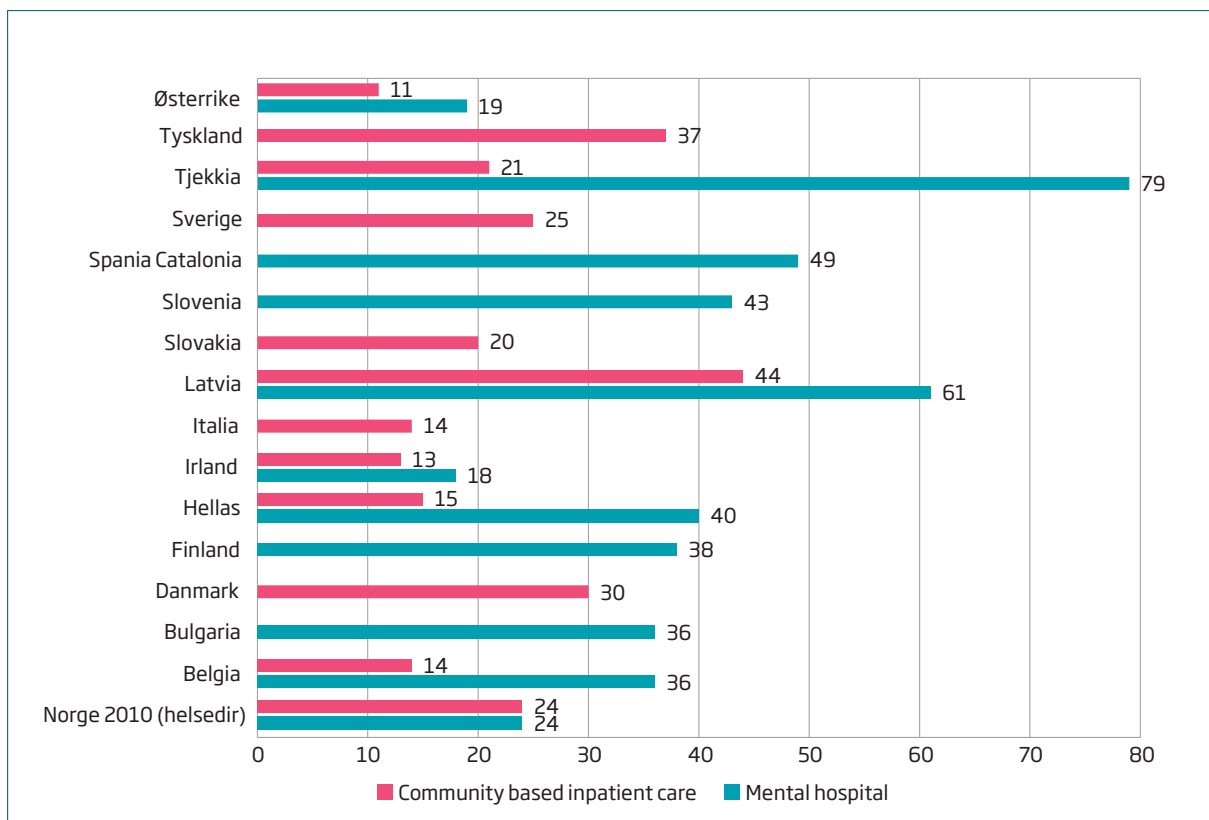
Figur 11.11 Antall innleggelseser totalt per 100 000 innbygger, totalt i lokalbaserte psykiatriske døgnetjenester, generelle sykehus (general hospitals) og psykiatriske sykehus (Mental hospitals).

Kilde: WHO (2008).



Figur 11.12: Innleggelser og oppholdstid for pasienter med diagnose schizofreni.

Kilde: WHO Hospital Morbidity database 2012, i European Commission (2013).



Figur 11.13 Median oppholds dager i psykiatriske sykehus og lokalbaserte døgnenheter.

Kilde: WHO (2008a).

**Antall senger, utskrivninger og oppholdstid i akuttpsykiatriske enheter i REFINEMENT-områdene**

I REFINEMENT-prosjektet ble senger, utskrivingsrate og oppholdstiden ved akuttpsykiatriske enheter i utvalgte studieområder i de åtte landene som deltok kartlagt (se tabell 11.3).

Tabell 11.3 Tall for akuttsenger: sengerate, utskrivingsrate, beleggprosent og gjennomsnittlig oppholdstid. Utvalgte områder i 8 land. (m)=macro area, (c)= country level, otherwise study area.

|                               | Industrieviertel [AUT] | Hampshire [ENG] | Helsinki and Uusimaa [FIN] | Loiret [FRA] <sup>6)</sup> | Verona [ITA] | Sør-Trøndelag [NOR]  | Jud Suceava [ROM] | Girona [SPA] |
|-------------------------------|------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------|----------------------|-------------------|--------------|
| Sengerate <sup>3)</sup>       | 23,3                   | 26,4            | 26,9                       | 63,4                       | 14,0         | 28,4                 | 44,4              | 7,0          |
| Utskrivingsrate <sup>1)</sup> | 585                    | n.a.            | (440)                      | (760)                      | 293          | 1080                 | 1090              | (143)        |
| Belegg (%) <sup>2)</sup>      | 77                     | n.a.            | 95 (c)                     | 91 (c)                     | 89           | 76                   | 78                | 84 (m)       |
| Gjs.oppholdstid <sup>4)</sup> | 11,2                   | 51              | 21,2                       | 27,7                       | 15,5         | 7,3/14 <sup>5)</sup> | 11,6              | 15           |

1) Beregnet basert på oppholdstid og senger (omregnet til sengedøgn) 2) Antall dager/antall plasser\*365. 3) Gjennomsnittlig årlige utskrivninger per plass/seng 4) Gjennomsnittlig oppholdstid. 5) 7.3=Gjs.oppholdstid ved akuttavdeling i studieområdet, 14= inkluderer oppholdsdager etter overføring til ikke-akuttavdelinger for akuttinnlagte (nasjonalt). Gjennomstrømning blir lavere ved inkludering av overføring til andre avd. 6) Den høye sengeraten i Frankrike skyldes antakelig at de har med en blanding av akutte og ikke-akutte senger.

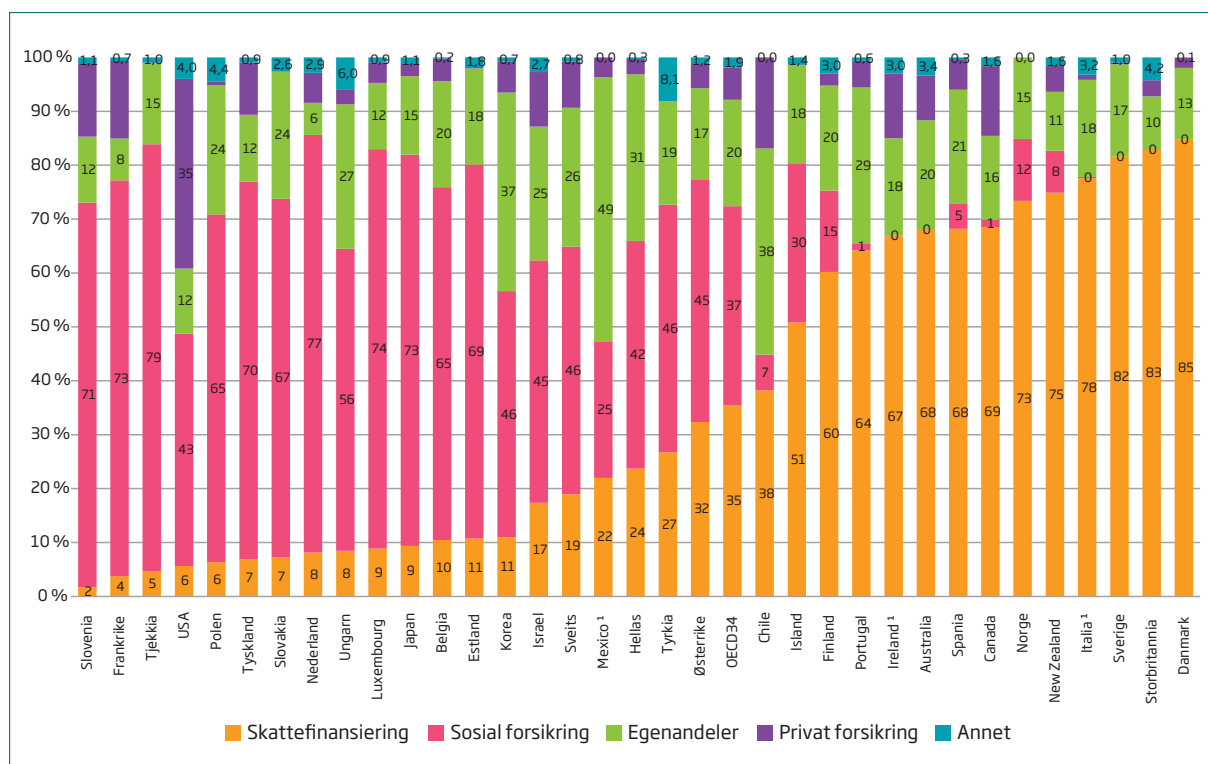
Kilde: Refinement<sup>52</sup>

Norge representert ved Sør-Trøndelag hadde en svært høy utskrivingsrate sammenlignet med de fleste av de øvrige studieområdene, men sengetallet var ikke like avvikende. En relativt sett kort oppholdstid i akuttavdelingene i studieområdet i Norge muliggjør mange innleggelser. Gjennomsnittlig oppholdstid strakk seg fra 11 dager i studieområdet i Østerrike, til 51 dager i studieområdet i England. Ved akuttavdelingene i Sør-Trøndelag var gjennomsnittet 7,3 dager, men da var ikke oppholdstiden ved intern overføring til andre avdelinger inkludert. Gjennomsnittlig oppholdstid for utskrevne pasienter (som ble lagt inn akutt) var 14 dager for hele Norge, noe som antakelig er mer sammenlignbart med tallene rapportert fra de andre landene. Andel pasienter med oppholdstid over 30 dager var på 10 prosent i studieområde i Norge, omtrent på samme nivå som områdene i Italia, Østerrike og Spania. I studieområdet i Frankrike var andelen 23 prosent og hele 44 prosent i det utvalgte området i England. For området i England skyldes dette at innleggelsesfrekvensen er svært lav, noe som gjør at bare de med mest alvorlig tilstand legges inn. Dette illustrerer at gjennomsnittlig oppholdstid og andel med lang oppholdstid kan være vanskelig å tolke hvis vi ikke har annen informasjon om pasientsammensetning og terskel for innleggelse.

## 12 Finansiering av helsetjenester og psykisk helsetjeneste i ulike land

Finansiering kan omhandle flere ting. Det kan være snakk om hvordan pengene samles inn (skatter, sosial helseforsikring, private forsikringer, egenbetaling mm) og fordeles (mellom geografiske områder og/eller grupper), eller hvordan de som utfører tjenestene (sykehus, ulike typer konsultasjonsbaserte tjenester, ambulante team, privatpraktiserende leger/psykologer/psykiatere mm) får betalt for sin virksomhet. For den enkelte pasient er graden av egenbetaling spesielt viktig og for institusjoner, leger og spesialister kan finansieringen virke inn på prioritering av tid og ressurser. Hvordan helsetjenester finansieres kan derfor ha betydning for tilgjengelighet til tjenester både direkte og indirekte. Psykisk helsetjeneste finansieres i stor grad på samme måte som andre helsetjenester innenfor et land når det gjelder om man finansierer via skatt, sosial forsikring, privat forsikring, egenandeler osv.

Norge er ett av mange land i Europa som har et betydelig innslag av skattefinansiering av sine helsetjenester, herunder til psykisk helse. Dette deler vi med de andre nordiske landene og land som Storbritannia, Italia, Spania, Portugal og Irland. En stor gruppe land finansierer imidlertid helsetjenestene gjennom obligatoriske sosiale forsikringsordninger, herunder Tyskland, Nederland, Østerrike, Frankrike, Belgia og tidligere østblokklend, som Polen, Romania, Tsjekia, Slovakia, Slovenia, Ungarn, Latvia, Estland, Litauen. Innslaget av private helseforsikringer er relativt lite totalt sett, men utgjør en viss andel i noen land, som Frankrike, Tyskland, Nederland (Thomson mfl. 2009).



Figur 12.1 Utgifter til helse etter type finansiering, 2011 (eller nærmeste år).<sup>1</sup>Data refer to total health expenditure.

Kilde: OECD Health at a Glance 2013 og OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

De fleste land har en viss andel av utgifter til helsetjenester som betales direkte gjennom egenandeler. Andelen i Norge ligger totalt sett omtrent på nivå med Danmark og Sverige og litt under mange andre vest-europeiske land, med unntak av f.eks. Storbritannia. I Norge får pasientene refundert egenandeler over et gitt beløp. I noen land er innslaget av egenbetaling betydelig, slik som i Bulgaria, Kypros, Hellas og Latvia (Thompson mfl. 2009). Norge er blant landene i Europa (og OECD) med høyest andel offentlig finansiering av helsetjenester generelt.

## 12.1 Hvordan finansieres ulike tjenester?

Ulike finansieringsmodeller vil på ulike måter kunne påvirke tilgjengelighet til og fordeling av ressurser, aktivitetssammensetning, kvalitet og effektivitet i tjenestene, og kontroll med kostnadsutviklingen. Økonomiske insentiver kan være viktige virkemidler i helsetjenesten for å sikre at tjenesten utvikler seg i ønsket retning. Ulikheter mellom land i hvordan helseinstitusjoner og privatpraktiserende helsepersonell med offentlig avtale osv får finansiert sin virksomhet er derfor av interesse.

Et viktig kjennetegn ved betalingsmodeller som brukes overfor tjenesteprodusenter er i hvilken grad og på hvilken måte inntektene (betalingen) er knyttet til tjenesteprodusentenes handlinger/aktiviteter, direkte eller indirekte, og i hvilken grad betalingen for en behandling er oppstykket i enkeltdeler. I et takstbasert system (fee for service) får produsentene betalt for de ulike enkelttjenestene de utfører som undersøkelser, prøvetaking, røntgenbilder, operasjoner osv. I stykkprissystemer (activity based eller case based) som DRG-finansiering for sykehus er betalingen i mindre grad knyttet til enkeltprosedyrer og stykkprisen skal dekke alle kostnader forbundet med sykehusoppholdet. I systemer med rammefinansiering (global budget) er det ikke noen direkte sammenheng mellom aktiviteter og betaling.

Hvilke betalingssystemer som brukes er også knyttet til kjennetegn ved helsesystemene og organisering av tjenesteproduksjonen. I systemer hvor tjenesteprodusentene har befolkningsansvar (ut fra f.eks. geografi) som for kommunale tjenester i Norge eller ansvar for gitte pasienter (f.eks. basert på at pasienter velger en tjenesteprodusent for et gitt tidsrom) som i fastlegeordningen i Norge, kan også tjenesteprodusentenes betaling knyttes til antall personer i opptaksområdet eller på listen (capitation). I dette systemet er det heller ikke noen direkte sammenheng mellom faktisk behandling og betaling (men det kan være en indirekte sammenheng ved at "listelengden" påvirkes av hvor fornøyd pasientene er med tilbudet).

I Europa er det mest vanlige at primærhelsetjenesten (allmennleger o.l.) finansieres gjennom en kombinasjon av et basistilskudd basert på antall listepasienter (capitation) som i noen land også er behovjustert (risk-adjusted) og takstbasert finansiering (Fee for Service). Takstbasert finansiering utgjør gjerne en større andel i systemer med sosial helseforsikring (Thompson mfl. 2009). Sykehustjenester er ofte finansiert gjennom rammebudsjetter (global budget), men stykkpris er blitt mer vanlig, enten til å beregne budsjetter prospektivt eller som en retrospektiv avregning. I Norge gjelder det siste for deler av den somatiske spesialisthelsetjenesten (Innsatsstyrt finansiering), men psykisk helsevern er ikke omfattet.

## 12.2 Finansiering av ulike tjenester i åtte europeiske land

I REFINEMENT-prosjektet ble finansieringen av primærleger, polikliniske/konsultasjonsbaserte tjenester (outpatient services) og døgntilrettelagt innen psykisk helsetjeneste kartlagt for 8 land (Italia, Spania, Frankrike, Østerrike, England, Romania, Finland og Norge). Nedenfor gis en oversikt over resultatene<sup>53</sup>.

<sup>53</sup> Publisert i *The Refinement Decision Support Toolkit Manual – APPENDIX. Examples from the REFINEMENT data collection.*  
Se <http://www.refinementproject.eu/results.php>. Under download section.

### *Primærleger*

Alle land har en kombinasjon av ulike finansieringsformer. I noen land finner vi også flere kontrakts- og finansieringsmodeller for primærleger (f.eks. Finland, Østerrike, Frankrike og Spania). Her refereres den hyppigst forekommende modellen. Primærlegene i Norge (fastlegene) er hovedsakelig organisert som selvstendig næringsdrivende med egne pasientlister, oftest i gruppepraksis, og finansieres i hovedsak gjennom en kombinasjon av taksrefusjon, et tilskudd basert på antall innbyggere på listen og egenandeler. Et listebasert tilskudd er hovedinntektskilden i England, Italia og Romania, men i motsetning til i Norge er tilskuddet justert ut fra kjennetegn ved innbyggerne de har ansvar for. Hovedmodellen for primærhelsetjenesten i Finland og Spania er offentlig eide helsesentra og her er rammefinansiering den viktigste inntektskilden. Frankrike og Østerrike har ikke portvaktfunksjon for fastlegene og heller ikke listesystem, og i disse landene får primærlegene betalt gjennom en kombinasjon av takstfinansiering og et gitt beløp per pasient de mottar i en gitt tidsperiode (flat rate). I Østerrike utgjør sistnevnte omlag 2/3 av inntekten til primærlegene, mens denne betalingsformen i Frankrike kun gjelder spesifikke kronikergrupper. Frankrike har også innført økonomisk insentiv (gjennom lavere egenandel) for å få pasientene til å delta i ordning med "fastlege med portvaktfunksjon".

### *Privatpraktiserende med avtale*

Privatpraktiserende psykiatere med avtale finansieres i de fleste av landene gjennom takstrefusjon (fee for service) i kombinasjon med egenandeler. I Østerrike har psykiatere med avtale med et forsikringsselskap samme ordning som tilsvarende primærleger, dvs takstrefusjon kombinert med fast betaling per pasient de behandler over en gitt periode. Norge er det eneste landet av de åtte hvor privatpraktiserende psykiatere også har et fast rammetilskudd, og dette utgjør ca 50 prosent av inntekten. England har ikke ordning med offentlig finansierte privatpraktiserende avtalespesialiser.

### *Sykehusenes poliklinikker*

Rammefinansiering er i fem av landene den viktigste finansieringskilden for poliklinikker ved sykehusene (Østerrike, England, Italia, Norge og Spania). Takstrefusjoner er hovedinntektskilden i Finland, Frankrike og Romania. Norge er det eneste landet av de åtte som kombinerer rammebudsjetter og takstfinansiering av poliklinikker.

### *Konsultasjonsbaserte tjenester i lokalsamfunnet*

Konsultasjonsbaserte tjenester og ambulerende team ved lokalbaserte/distriktsbaserte enheter, som lokale helsesentre for psykisk helse (Italia), psykisk helsetjeneste ved finske helsesentre, eller enheter for psykisk helsearbeid i norske kommuner er typisk finansiert gjennom rammebudsjetter. I Finland kan finansieringsmodellen varierer lokalt, men der er ofte inntektene basert på stykkpris (samlokalisert med annen primærhelsetjeneste).

### *Døgnbehandling i sykehus*

Akuttpsykiatriske sykehusenheter finansieres i fire av landene i hovedsak av rammebudsjetter (England, Frankrike, Norge og Spania), mens 3 av landene (Østerrike, Italia og Romania) har stykkprisfinansiering (ulike varianter av DRG-type modell). I Finland kan finansieringsmodellen variere, men ofte får sykehusene betalt per døgn pasientene er innlagt. I noen av landene kan finansieringsmodellen varierer avhengig av type sykehus eller eierform (f.eks. Romania og Frankrike).

### *Finansiering basert på resultat*

Det har i de senere årene vært en endring i fokus i helsetjenestene fra aktivitet til resultat og kvalitet i behandlingen. Dette reflekteres også i finansieringsordningene ved at det introduseres ulike former for betaling knyttet til resultat/prestasjoner/kvalitet (absolutt og/eller relativt). Slike finansieringsordninger introduseres typisk som tillegg til andre ordninger og i begrenset omfang for å dempe eventuelle uønskede effekter av ordningene. Vi finner denne typen økonomiske insentiver for psykiske helsetjenester (unntatt privatpraktiserende spesialister) i England, Italia og Spania. I tillegg til disse tre landene har også Frankrike denne typen finansiering for primærleger.

### *Egenandeler*

Det er store forskjeller i bruken av egenandeler i de åtte landene. Det er ingen egenandeler for de omtalte tjenestene i England. Dette gjelder i stor grad også i Spania, unntatt privatpraktiserende leger. Det er ikke et entydig mønster i hvilke tjenester som har eller ikke har egenandeler med unntak av at pasientene vanligvis må betale for privatpraktiserende spesialister og at det ikke er egenandeler for lokalbaserte tjenester (outpatient). Unntaket blant de åtte er Italia og Romania. Norge er også et unntak dersom DPS-ene defineres som lokalbaserte tjenester. I Norge har vi egenandeler for besøk hos primærlegene og for poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten, men ikke for døgnbasert behandling. I Østerrike kan krav om egenandeler variere mellom forsikringsselskaper, og også avhengig av om leger man oppsøker har eller ikke har kontrakt med forsikringsselskap. Også i Frankrike finnes det to kontraktstyper med ulik krav til egenbetaling. I Frankrike er det dessuten ingen egenbetaling for visse definerte kroniker grupper, herunder alvorlige psykiske lidelser. I Finland er det et omfattende bedriftshelsetjenestesystem uten egenbetaling.

Ulike finansieringsordninger kan ha både intenderte og ønskede virkninger og uintenderte og mulige uønskede effekter. I tillegg kan en finansieringsordninger være særskilt gunstige med hensyn til en målsetting man har for tjenestene, mens en annen er gunstig med hensyn til en annen målsetting. Vi ser derfor ofte at ulike betalingsordninger kombineres for balansere insentiver. I tillegg vil valg av betalingsordning også reflektere forskjeller i helsesystemenes struktur og organisering. Å sikre tilstrekkelig grad av kontinuitet og koordinering av tjenester overfor brukere med langvarige og sammensatte behov, er i dag en utfordring. Ikke bare innad i helsetjenestene, men ikke minst mellom helse og sosiale tjenester. Fragmentert finansiering fremheves ofte som en barriere i arbeidet med å få til mer sømløse og brukerfokuserede tjenester. Vi ser derfor at nye modeller med ulike integrerte finansieringsordninger utvikles.

## 13 Kvaliteten på tjenestetilbud i et komparativt perspektiv

Utvikling av indikatorer på praksisforskjeller og kvalitet innen psykisk helse er krevende, og spesielt når det kommer til innsamling/innsamling av data for å sammenligne land. Dette kan også gjelde innenfor land.

Mange land har arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer (OECD 2014a). I Norge er det under utvikling et system, i Helsedirektoratet, for utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenester. Sekretariatet for nasjonale kvalitetsindikatorer har opprettet to nasjonale arbeidsgrupper for utvikling av kvalitetsindikatorer innen psykisk helse og rus (i 2012 og 2013). Det publiseres nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern på nettsiden Helsenorge.no. Disse er per i dag hovedsakelig prosessindikatorer som indikerer hvorvidt ventetider holdes og at epikrisen sendes i tide. I tillegg er fastlegers vurdering av DPS-ene, kompetanse blant kommunalt ansatte i psykisk helsevern, registrering av lovgrunnlag i psykisk helsevern for voksne, samt registrering av hoveddiagnose i psykisk helsevern for både voksne og barn, inkludert. Sekretariatet for nasjonale kvalitetsindikatorer arbeider med å utvikle flere indikatorer for helsetjenester på området, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det er tatt viktige initiativ for utvikling av felles internasjonale rammeverk, terminologi, definisjoner og metoder for å samle informasjon om kvaliteten på helsetjenestene, også psykisk helsetjeneste (se Lauriks mfl. 2012, Fisher mfl. 2013, OECD 2014a). OECD satte i 2003 ned et ekspertpanel som lanserte 12 indikatorer innenfor fire dimensjoner ved tjenesten (Kontinuitet, koordinering, behandling, resultater av behandling på pasientnivå). Verdensbanken, WHO og ledende forskningsorganisasjoner var involvert. Per i dag er fem indikatorer vurdert gode nok for internasjonal sammenligning innen psykisk helse, men OECD publiserer tall kun for to av dem og for noen land.

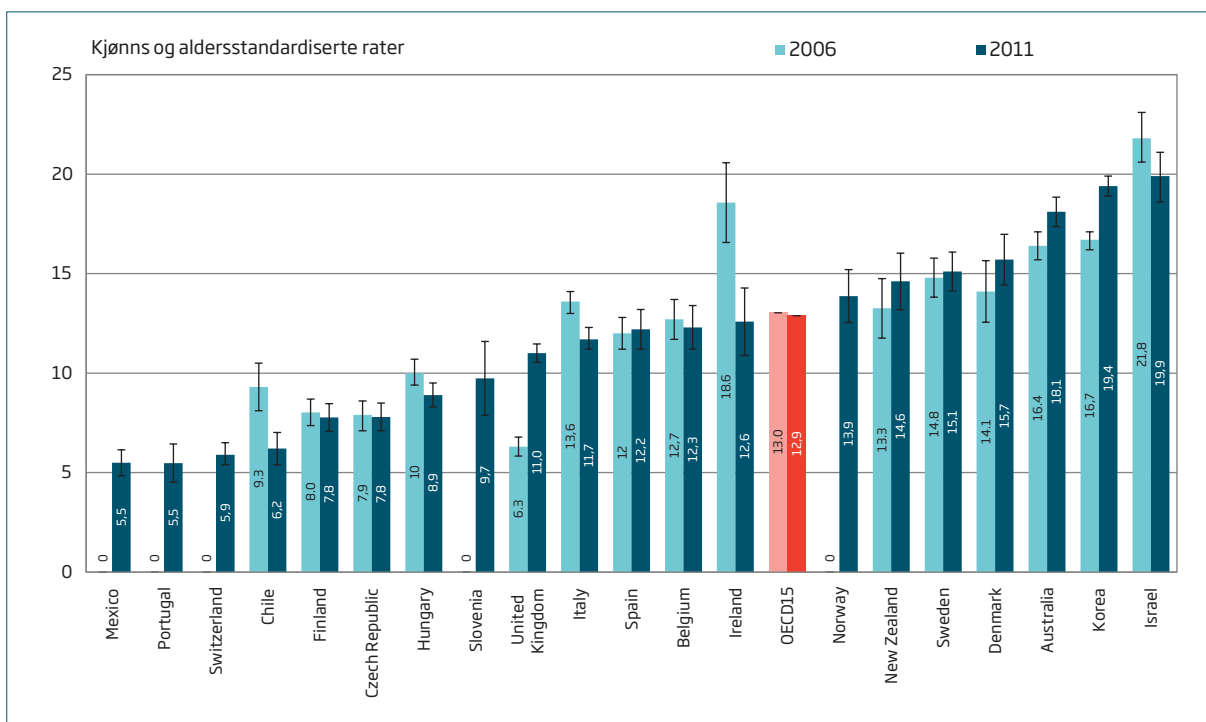
Den kliniske ledergruppen av The International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL), kartla eksisterende indikatorer fra 11 land som utgangspunkt for å utvikle et felles rammeverk for rapportering på kvalitet innen psykisk helsetjeneste (Fisher mfl. 2013, OECD 2014a). Etter en siliingsprosess og utvikling av felles definisjoner endte man opp med indikatorer på 17 dimensjoner og 80 underdimensjoner. Nå er man kommet så langt at man vil prøve å samle inn data for noen utvalgte indikatorer. Norge deltar i dette arbeidet, og sekretariatet for nasjonalt kvalitetsindikator-system i Helsedirektoratet arbeider med å innlemme aktuelle kvalitetsindikatorer i det nasjonale kvalitetsindikator systemet. IIMHL samarbeider med kvalitetsindikatorprosjektet i regi av OECD. Utgangspunktet er altså at internasjonale sammenligninger basert på kvalitetsindikatorer innen psykisk helse foreløpig er begrenset og arbeidet er krevende, både på grunn av manglende data og kompleksiteten i tjenestetilbudene. Nedenfor framstilles noen sammenligninger av forhold som ofte antas å ha betydning for kvaliteten på tjenestene.

### 13.1 Reinnleggelser

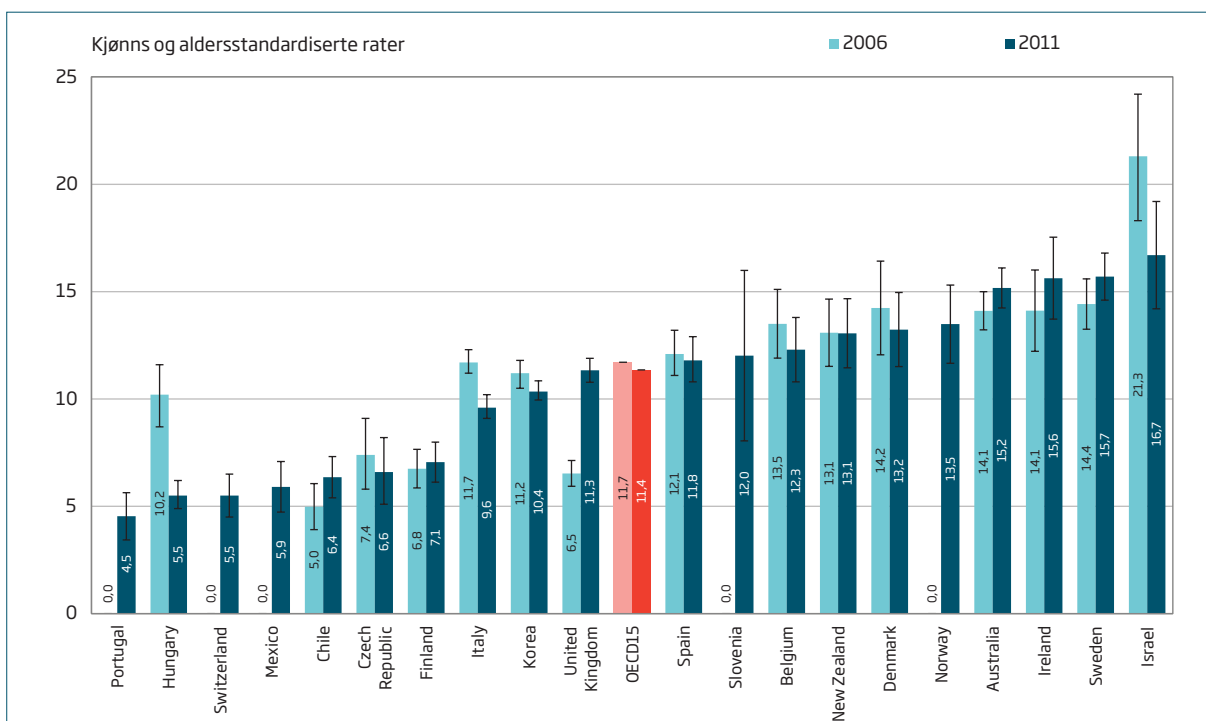
Et stort omfang av akuttinnleggelser kort tid etter utskrivning fra sykehus brukes ofte som en indikator på kvalitetsbrist i behandling og omsorg, enten ved at pasienten ble skrevet ut for tidlig eller at oppfølging av helsetjeneste og omsorgstjeneste etter utskrivning ikke har vært god nok. Dårlig balanse mellom tjenestetilbudet i sykehus og utenfor sykehus kan tenkes å påvirke omfang og utvikling i reinnleggelser.

Sammenligninger av reinnleggelsesrater på tvers av land er krevende. Ikke alle land har gode data som skiller mellom akutte og planlagte innleggelser. Dette gjelder blant annet i OECD- data for 2011 som viser reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning for henholdsvis schizofreni og bipolare lidelser (OECD 2013).





Figur 13.1 Reinnleggelser for pasienter med Schizofreni til samme sykehus, 2006 og 2011 (eller nærmeste år). 95% konfidensintervall (I-I). OECD Health Statistics.



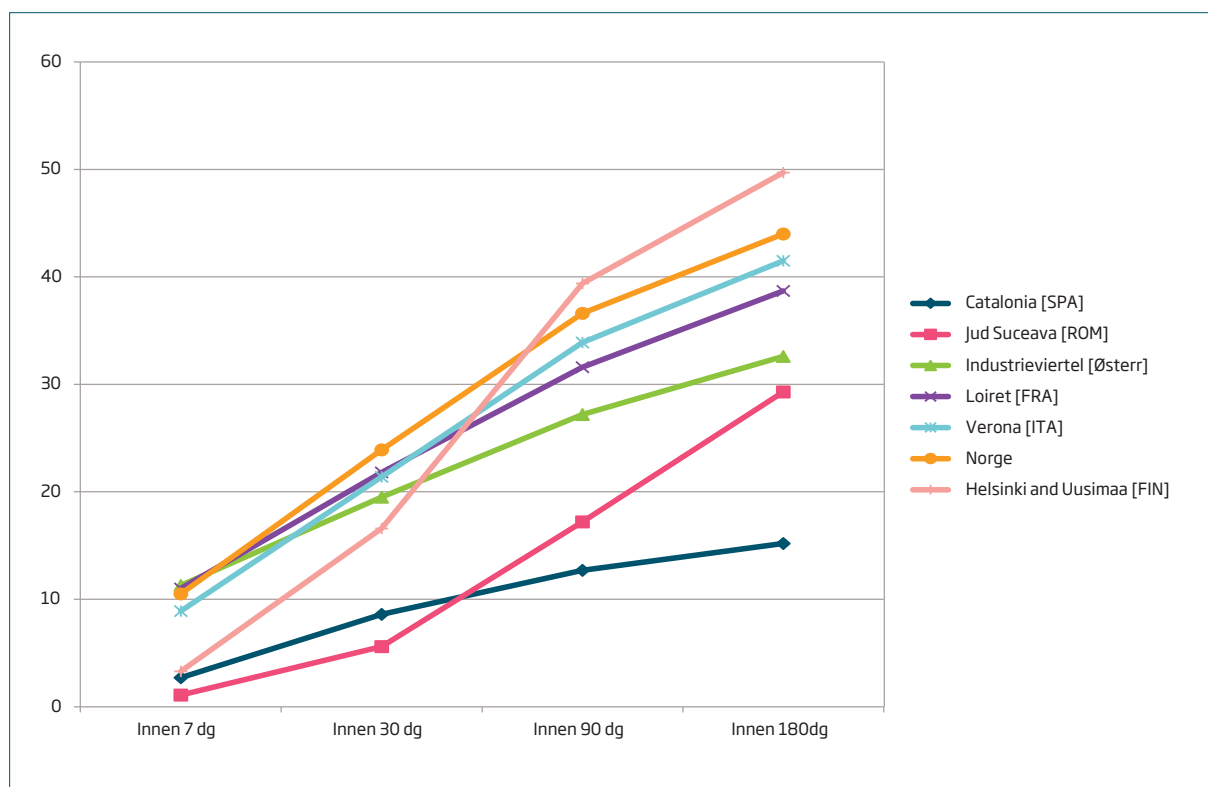
Figur 13.2 Reinnleggelser for pasienter med bipolar lidelse til samme sykehus, 2011 (eller nærmeste år). 95% konfidensintervall (I-I). OECD Health Statistics.

Både Norge, Sverige og Danmark, har slik dette er målt, en reinnleggesrate over gjennomsnittet for OECD15-landene for pasienter med schizofreni. I relasjon til Norge er avstanden til land som Irland, Belgia, Spania og Italia ikke så store. Det er imidlertid interessant at Finland har en klart

lavere rate enn de andre nordiske landene. At man ikke kan beregne reinnleggelser hvor kun akutte reinnleggelser inngår er en svakhet ved denne indikatoren fordi sammensetningen av sykehustilbudet kan virke inn.

Fordelingen i hvilke land som har rater over og under gjennomsnittet er grovt sett den samme for bipolare lidelser. Av de 13 europeiske landene som er med i figur 13.2 har Sverige og Irland flest reinnleggelser, fulgt av Norge, Danmark og Belgia.

I Refinement-prosjektet ble reinnleggingsrater i utvalgte deler av 7 land sammenlignet. For Norge ble nasjonale data brukt til beregning av ratene. Alle landene plukket ut pasienter utskrevet etter akuttinnleggelse i løpet av 2009 og beregnet antall nye innleggelser innen 7, 30, 90 og 180 dager (se figur 13.3). Det mest slående er hvordan Spania og Romania skiller seg ut med klart lavere rater enn de andre fem landene. Ellers er det ikke veldig store forskjeller mellom de andre (innen 30 dager). Norge har likevel høyest reinnleggingsrater innen 30 dager. Finland (Helsinki og Uusimaa) hadde flest reinnleggelser innen 90 og 180 dager.



Figur 13.3 Andel akutte reinnleggelser innen ulike tidsintervall etter utskrivning fra akuttinnleggelse i sykehus<sup>54</sup>.

Viktige spørsmål når det gjelder reinnleggelser er for det første om dette er en god kvalitetsindikator og hva den sier noe om og for det andre om man kan gjøre gode sammenligninger mellom land uten å vite mer om pasientsammensetning og organisering av tjenestetilbudet i landene.

<sup>54</sup> Indeksopphold er første akuttinnleggelse i 2009. Datagrunnlaget inkluderte alle innleggelser for pasientene i 2009 og ett år fram i tid.

## 13.2 Målinger av pasient/brukertilfredshet

Det er lite tilgjengelig informasjon fra ulike land i Europa om brukertilfredshet med psykisk helsetjenester.

I REFINEMENT-prosjektet ble de 8 deltakerlandene spurt om det ble utført tilfredshetsundersøkelse blant voksne med psykiske lidelser. I halvparten av landene (ENG, FIN, FRA, SPA) var dette obligatorisk i de utvalgte studieområdene og for to av landene gjaldt dette nasjonalt. Bare to av landene (ROM, ITA) rapporterte at det ikke fantes slike undersøkelser.

Tabell 13.1 Gjennomføring av brukerundersøkelser i psykisk helsetjeneste i REFINEMENT -landene

| Land/område                                  | Gjennomføres bruker-tilfredshets-undersøkelser?                  | Resultater brukes som grunnlag for forbedring? | Gjennomføring av brukerundersøkelser er obligatorisk |
|--|--|--|--|
| Østerrike (Niederösterreich)                 | ikke regelmessig (longitudinelle og rutinemessige kun i sykehus) | Ja   | Nei  |
| England (hele landet)                        | Longitudinelle og rutinemessige                                  | Ja   | Ja   |
| Finland (Helsinki og Uusima sykehusdistrikt) | Longitudinelle og rutinemessig                                   | Ja   | Ja   |
| Frankrike (Loiret distrikt)                  | Finnes, men ikke rutinemessig                                    | Vurderes                                       | Ja   |
| Italia (Verona helsedistrikt)                | Nei  | Nei  | Nei  |
| Norge (St.Olav og Trondheim kommune)         | Ja, men ikke rutinemessig  | Ja   | Nei*   |
| Romania (hele landet)                        | Nei  | Nei  | Nei  |
| Spania (Katalonia)                           | Longitudinelle og rutinemessige                                  | Ja   | Ja   |

\* Nasjonale undersøkelser gjennomføres regelmessige i somatiske sykehus, men ikke innen psykisk helsevern. Nasjonale undersøkelser i 2005 og 2014 innen psykisk helsevern.

Brugerundersøkelser er etter hvert blitt en selvfølge innen store deler av den norske helsetjenesten. Det er imidlertid ikke pålegg om gjennomføring av regelmessige brukerundersøkelse i psykisk helsevern slik det er innen somatisk sektor. Det finnes ikke nasjonale undersøkelser av brukertilfredsheten i kommunalt psykisk helsearbeid. Slike undersøkelser skjer ofte i regi av den enkelte kommune.

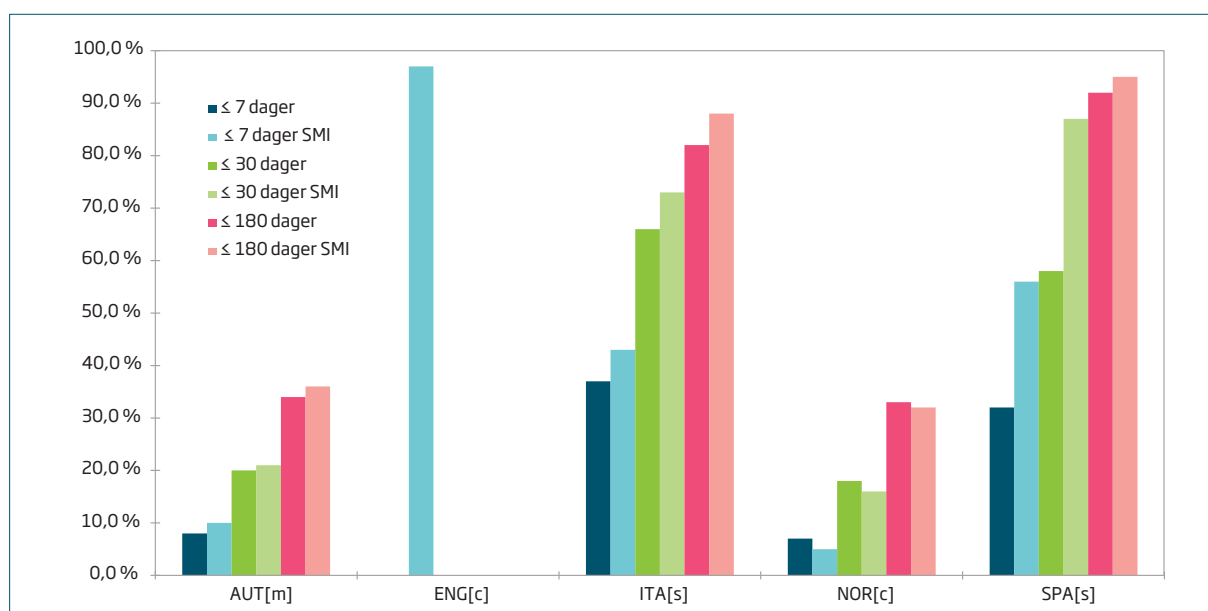
Kunnskapssenteret har på oppdrag av Helsedirektoratet gjennomført to nasjonale brukererfaringsundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, en i 2013 og en i 2014, og en landsdekkende representativ brukererfaringsundersøkelse ved døgnenheter innen psykisk helsevern, PHV (PasOpp-rapport Nr.6 og 9-2014). I tillegg har Kunnskapssenteret i oppdrag å utvikle et spørreskjema og innsamlingsopplegg for å måle brukererfaringer med tilbudet ved psykisk helsevern for barn og unge. Det er planlagt at brukererfaringer innen TSB vil bli publisert som kvalitetsindikatorer i 2015. Resultatene fra undersøkelsene innen både TSB og PHV er jevnt over noe dårligere enn tilsvarende undersøkelser fra andre områder i helsetjenesten. Resultatene fra undersøkelsene både innen PHV og TSB viste at pasientene var mest fornøyd med hvordan de ble tatt i mot ved institusjonen og at de følte seg trygge ved institusjonen, og minst fornøyd med hjelpen de fikk fra kommunen etter utskrivning, og med forberedelsen til tiden etter utskrivning.

### 13.3 Undersøkelse av kontinuitet og forhold som kan påvirke kontinuitet i Refinement-landene

Det er foreløpig kommet få empiriske studier som sammenligner land og som er basert på informasjon om faktiske kontakter med tjenestene. Til nå har sammenligninger av tjenestebruk vært avgrenset til å se på antall hendelser/episoder, oppholdstid i sykehus og lignende, og man har i liten grad koblet sammen informasjon fra ulike deler av tjenestene for å se på forløp (Katschnig 2011). Viktige årsaker har vært datatekniske og juridiske hindringer og ulik organisering av tjenestene. I REFINEMENT-prosjektet ønsket man å belyse ulike sider ved kontinuitet i tjenestene og forhold som påvirker kontinuitet, delvis gjennom analyse av registerdata fra 8 land (Norge, Finland, Frankrike, England, Romania, Italia, Spania og Østerrike). Ikke alle land klarte å framskaffe informasjon på definerte indikatorer gjennom bruk av registerdata/administrative data, men Norge, Østerrike, Italia og Spania ble inkludert. Kun Norge brukte data fra hele landet. De andre landene brukte data fra en region eller ett utvalgt opptaksområde/studieområde. I tillegg til registerdata ble tjenestene i et utvalgt område i hvert av landene kartlagt og brukt som grunnlag blant annet for å beskrive geografisk tilgjengelighet og andre egenskaper ved tilbudet. Nedenfor gjengis funn fra dette arbeidet som kan relateres til kontinuitet i tjenestetilbudet<sup>55</sup>.

#### Oppfølging etter utskrivning fra sykehus

Hvor lang tid etter utskrivning fra en akuttinnleggelse går det før pasienten har konsultasjon med psykisk helsetjeneste<sup>56</sup>? Dette var ett av spørsmålene man ønsket å kartlegge i REFINEMENT-kartleggingen. De empiriske resultatene delte landene i to (se figur 13.4). På den ene siden studieområdene i Italia og Spania hvor over 1/3 av pasientene hadde kontakt med en spesialisert tjeneste innen 1 uke etter utskrivning, godt over halvparten innen en måned og 80-90 prosent hadde en kontakt innen et halvt år. I Norge og studieområdet i Østerrike var andelen betydelig lavere.



Figur 13.4 Oppfølging utenfor døgnetenhet (outpatient follow-up) etter utskrivning fra akuttinnleggelser i REFINEMENT-landene. Informasjonen dekker [c] hele landet, [m]makroområde, [s] REFINEMENT studieområde.

Note: I Norge er kun spesialisthelsetjenesten inkludert (poliklinikk sykehus og DPS). Kommunale tjenester ikke inkludert. SMI (Severe mental illness) inkluderer kun F2-diagnose Schizofreni i Norge, i de andre landene inkluderes også bipolar lidelse. I Østerrike er kun kontakt med privatpraktiserende psykiatere som har avtale med helseforsikringssselskap inkludert (det mest vanlige spesialisttilbudet).

<sup>55</sup> Refinement nettside, Weibold mfl. 2013

<sup>56</sup> Alle pasienter utskrevet fra akuttopphold i sykehus i 2009 ble fulgt ett år fram i tid. Alle kontakter med spesialisthelsetjenesten (inkl private spesialister) var inkludert for pasienter i Norge. I studieområdet i Østerrike var alle kontakter med forsikringsfinansiert privatpraktiserende psykiatere inkludert, men ikke annet poliklinisk tilbud (som er lite brukt).

Resultatene gjenspeiler at pasientene i Norge og studieområdet i Østerrike i stor grad henvises til oppfølging av allmennlege og kommunale tjenester (som ikke er inkludert i datagrunnlaget), mens pasienter i studieområdene i Italia og Spania i større grad følges opp av spesialiserte tjenester i lokale helsesentre for psykisk helse. Disse er organisert og finansiert under samme forvaltning som sykehusene og derfor med i tjenestedataene. De Italienske samarbeidspartnerne i prosjektet viser til at hele 74 prosent av pasientene følges opp av et «community mental health center» etter akuttinnleggelse i studieområdet (Basert på registerdata). Ruud mfl. (2006) fant i en norsk undersøkelse at cirka 65 prosent av pasienten ble henvist til fastlege etter akuttinnleggelse, 36 prosent ble henvist til kommunale tjenester og 35 prosent ble henvist til poliklinisk oppfølging (kan være flere samtidig).

Fra Østerrike viser man til data fra Sosiale helseforsikringselskaper som avdekker at over 70 prosent av pasientene hadde kontakt med en allmennlege innen 30 dager etter akuttinnleggelse (Weibold mfl. 2013). På spørsmål om hva som er den mest vanlige oppfølgingen svarer også representanter fra Frankrike, England og også Italia at det er vanlig eller svært vanlig at pasienter følges opp av allmennlege. Fra Romania angir man psykiatrisk poliklinikk som den vanligste oppfølgingsinstansen, da primærleger har en marginal rolle innen psykisk helse. I England har «Community mental health teams» en svært sentral rolle i oppfølgingen av de med alvorlige psykiske lidelser. Det er rutinemessige publisering av antall pasienter som har fått oppfølging innen 7 dager etter utskrivning for pasienter som kommer inn under «Care Program Approach (CPA)<sup>57</sup>» og hvor et «community mental health team» dermed har ansvar for oppfølging.

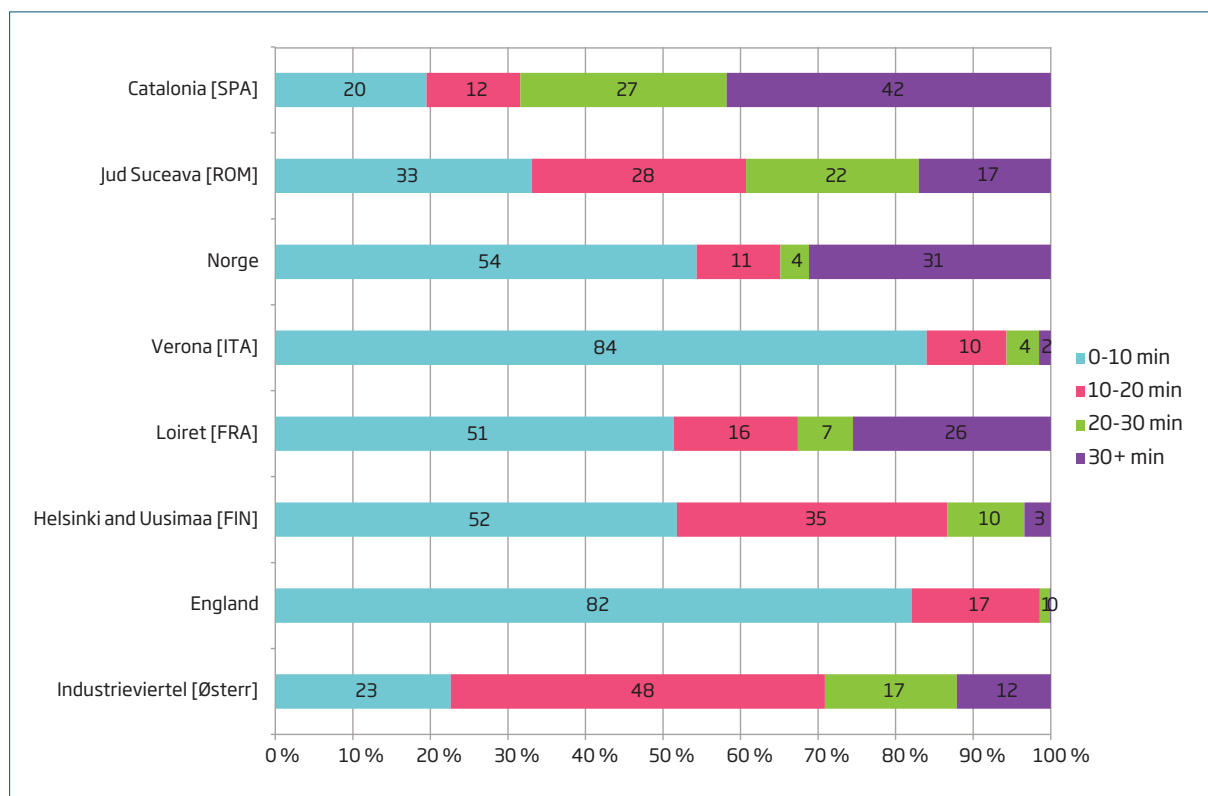
Figuren viser videre at pasienter med schizofreni eller bipolar diagnose (SMI- Severe Mental Illness) gjennomgående hadde noe kortere tid enn andre til første konsultasjon etter utskrivning i alle studieområdene. Unntaket er Norge. Avvikende mønster i Norge kan muligens gjenspeile at noe flere med alvorlige psykiske lidelser får oppfølging fra kommunale tjenester og tverrfaglige team (som i England) og dette er ikke inkludert i dataene.

### Tilgjengelighet til akuttpsykiatrisk tjeneste

I Norge fungerer fastlegen og allmenlegevakten som ø-hjelpsmottak for alle tilstander og pasienten henvises videre til en akuttavdeling ved behov. Kun Oslo og Bergen har egen psykiatrisk legevakt samlokalisert med kommunal legevakt. Norge, representert ved Sør-Trøndelag i Refinement-undersøkelsen, har ikke egen psykiatrisk legevakt/akuttmottak hvor befolkningen kan henvende seg direkte. I noen land er det vanlig med «psykiatrisk akuttmottak» lokalisert i vanlige sykehus med akuttpsykiatrisk sengeavdeling. Disse er gjerne en del av en ø-hjelpsklinikk (emergency clinic) og er både legevakt, akuttpoliklinikk og akuttmottak sett med norske øyne. Her kan befolkningen ta kontakt uten henvisning.

Sammenlignes de utvalgte geografiske områdene i Refinement-prosjektet var antall lokalisasjoner for øyeblikkelig hjelp per 1000 000 innbygger høyest i Italias studieområde Verona (verdi 8,4). De hadde 4 lokalisasjoner for øyeblikkelig hjelp (rettet spesielt mot psykisk helse) som dekker 474 tusen innbyggere i Veronadistriktet (rate på 8,4 per million innbyggere). Norge har oppgitt sykehuset med akuttavdeling (St.Olav) som nærmeste akutt-tilbud i Sør-Trøndelag (ikke kommunale legevakter). Vi får da en rate på 3,4 (per mill innbyggere) som er på linje med studieområdene i Østerrike (3,7) og Frankrike (3,7), mens studieområdene i Finland og Spania har lavest tetthet i sine utvalgte områder med 1,3 og 1,4 per million innbyggere i 2013. Antallet enheter er ikke så viktig i seg selv, men er interessant å se i sammenheng med reisetid til nærmeste akutt-tilbud. Reisetid til nærmeste akutt-tilbud for de 8 områdene er vist i figur 13.5.

<sup>57</sup> CPA innebærer at personen har en individuell plan og en koordinator. Det publiseres «Mental Health Community Teams Activity» hvert kvartal, se <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/mental-health-community-teams-activity/>



Figur 13.5 Andel av befolkningen med angitt reisetid<sup>58</sup> til døgnåpent (konsultasjonsbasert) akuttpsykiatrisk tjenestetilbud i utvalgte områder i åtte land.

Områdene i Spania (Gironaområdet), Romania (Jud Suceava) og Norge (Sør-Trøndelag) har størst andel innbyggere med reisetid over 30 minutter til nærmeste akuttpsykiatriske tjeneste. For områdene i Østerrrike og Finland er den vanligste reisetiden mellom 10 og 20 minutter (for 40-50 pst av bef), mens det gjelder 39 prosent i England (Hampshire). 47 prosent av innbyggerne studieområdet i Frankrike (Loiret) og 79 prosent i studieområdet i Italia (Verona) kan nå et akutt-tilbud innen 10 minutter. I Norge ville reisetiden vært langt kortere om vi la til grunn at den kommunale legevakten er henvisningsinstans og derfor første kontaktpunkt for ø-hjelp også for psykiske tilstander. Det er likevel interessant at reisetiden er kortest i området med høyest tetthet av akutenheter (Italia), og at området i Spania som har nest flest innbyggere knyttet til sitt ene akuttpsykiatriske mottak også har størst andel med lang reisetid. Tallene som presenteres er basert på utvalgte områder i landene og det kan selvsagt være store regionale forskjeller innad i hvert land på disse målene<sup>59</sup>.

### Ventetid til konsultasjonsbasert psykisk helsetjeneste

Lang ventetid for å komme til utredning/konsultasjon bidrar til uønsket opphold i pasientforløpet. Flertallet av landene (Frankrike, Finland, Romania, Spania) angir at ventetiden til konsultasjon er ca 4 uker. I studieområdet i Italia er ventetiden 2-3 uker. Østerrrike har kun tall for privatpraktiserende psykiatere (som er det mest vanlige å bruke) og ventetiden varierer fra 14 til 90 dager mellom disse i studieområdet. Norge har relativt sett lang ventetid med et gjennomsnitt på 53 dager (7,5 uker) for poliklinisk time i 2013. England publiserer foreløpig ikke ventetidsstatistikk eller standarder for ventetid innen psykisk helsetjenester på samme måte som for somatiske lidelser, men dette er inkludert i nye planer lagt fram av regjeringen.

<sup>58</sup> Reisetid er beregnet ut fra befolkningens bostedsadresser og avstand til nærmeste akuttpsykiatriske tilbud.

<sup>59</sup> Det er store forskjeller mellom studieområdene i innbyggertall og befolkningstetthet. Kun Finland har sin hovedstad inkludert i studieområdet. Dette området sammen med Hampshire i England er de største områdene med mer enn 1 million innbyggere. Befolkningstettheten er høyest i studieområdene i England og Italia, og klart lavest i studieområdet i Norge.

### Utskrivingsplanlegging for å sikre kontinuitet og oppfølging

Alle REFINEMENT-landene med unntak av Romania rapporterte at det finnes ordninger knyttet til utskriving av pasienter fra sykehus, men innholdet ble lite beskrevet. I Norge er det lovfestet at alle kommuner skal ha en samarbeidsavtale med helseforetaket med tilliggende tjenesteavtaler som blant annet skisserer kommunenes og helseforetakenes plikter og krav til samarbeid rundt utskriving. Pasienter med behov for langvarig oppfølging har rett til en individuell plan og personell fra tjenesteytende enheter (ansvarsgruppe/ nettverksgruppe) kan ha behov for å møtes for å planlegge overgangen tilbake til egen bolig. For pasienter som ikke trenger oppfølging fra kommunale tjenester vil kommunikasjon med fastlegen være viktig og epikrisen skal både oppsummere behandlingen og inneholde tilstrekkelig behandlingsplan for videre oppfølging. I bla England er det også et krav om at det skal lages en utskrivingsplan før utskriving. Retningslinjene ligner kravene som stilles i avtaler mellom kommunene og helseforetakene i Norge. Samarbeidsavtaler som regulerer rutinene ved henvisning og utskriving er kjent også fra Sverige og Danmark (Wadmann 2009, Rudkjøbing 2014).

## 13.4 Bruk av tvang i psykisk i psykisk helsevern i et internasjonalt perspektiv

Det enkelte individ har i utgangspunktet full bestemmelsesrett i forhold til egen helse og må gi sitt samtykke til alle typer helsehjelp. I behandling av psykisk syke kan selvbestemmelsesretten likevel settes til side ved lov dersom dette er vurdert som nødvendig for å ivareta hensynet til liv eller helse, og slik lovregulert bruk av tvang omtales i litteraturen ofte som formell tvang. Det er ingen universell lovgivning på feltet, men kartlegging viser at nesten alle land i Europa har prosedyrer for tvangsinnleggelse (36 av 42 land) og tvangsbruk i de psykiske helsetjenestene (35 av 42 land) (WHO 2008). Samtidig er tvungen behandling gjenstand for både offentlig og faglig debatt, og siden 1990 tallet ser man internasjonalt en økende oppmerksomhet rundt tvangsreduserende tiltak og alternativer til tvang i både fagutviklingsarbeid og forskning (Norvoll 2008). I Norge er disse perspektivene synliggjort fra helsepolitisk hold gjennom Opptappingsplanens vektlegging av frivillighet i tjenestene (St.meld. nr. 25 (1996 – 1997) og gjennom tiltaksplaner for redusert bruk av tvang (Sosial- og helsedirektoratet 2006, Helse og omsorgsdepartementet 2012). I epidemiologisk sammenheng har tvangsinnleggelse vært det vanligste målet på omfanget av tvang i behandling av psykisk syke. Det finnes også et fåtall publikasjoner som belyser internasjonale forskjeller i formell og observerbar bruk av tvang, men utvikling av valide og standardiserte indikatorer for tvangsbruk i tjenestene er krevende. Dette gjelder i særlig grad indikatorer til bruk i sammenlignende studier på tvers av land med til dels veldig forskjellig lovgrunnlag eller organisering av tjenestene. Datagrunnlaget er også mangelfullt. Både kvalitative og kvantitative studier har videre vist at pasientens opplevelse av tvang avhenger av til dels andre forhold enn observerbare handlinger og formelle vedtak om tvang, herunder krenkelser og opplevelse av urettferdighet, husordensregler, grensesetting, trusler, overtalelsesstrategier og andre typer uformell eller udokumentert tvangsbruk (se for eksempel Svindseth 2010). Det kan derfor stilles spørsmål ved om tvangsinnleggelse og andre mål på formell tvang vil være fullgode indikatorer for å måle og sammenligne tvangsbruk i tjenestene. Sammenligning av tvangsbruk på tvers av landegrensener er med dette utgangspunktet vanskelig.

### Juridisk grunnlag for bruk av tvang i psykiske helsetjenester i Norge og Europa

Det er tre hovedtyper av formell tvang i det psykiske helsevernet i Norge, og alle er regulert gjennom psykisk helsevernloven (phvl.) (Lov 2. juli 1999 nr. 62). Dette gjelder *tvunget psykisk helsevern* (TPH) med eller uten døgnopphold (phvl. § 3-3), *tvangsbehandling* (phvl. § 4-4) og *tvangsmiddelbruk* (phvl. § 4 8). Loven gir også hjemmel for ulike rettighetsinngripende tiltak som skjerming, urinprøve, kroppsvistasjon og beslag.

Vedtaket om *tvunget psykisk helsevern* kan fattes ved alvorlig sinnslidelse (hovedkriteriet), og innebærer tvungen tilbakeholdelse av pasient som ikke samtykker til undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet. Dette kan gjøres med begrunnelse i akutt behov for behandling (behandlingskriteriet) eller hvis pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre (farekriteriet). Dersom

det er usikkert om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, kan pasienten holdes tilbake i inntil 10 dager for tvungen observasjon. Tvungent psykisk helsevern etableres som hovedregel med døgnopphold (jf. tvangsinnleggelse) med eventuell overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) ved utskrivning<sup>60</sup>. For pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern kan det fattes vedtak om medikamentell eller annen type *tvangsbehandling*, men dette følger ikke implisitt av det tvungne vernet. Psykisk helsevernloven hjemler videre 4 former for *tvangsmidler* som kan benyttes i akutte situasjoner i døgnavdelingene når dette er nødvendig for å forhindre skade på personer eller materielle verdier. Dette gjelder mekaniske tvangsmidler, farmakologiske tvangsmidler, isolasjon og kortvarig fastholding<sup>61</sup> og sammenfaller med det som i litteraturen gjerne omtales som «seclusion» og «restraint». For alle tvangsformer gjelder at beslutningen er klinisk forankret, og vedtak om bruk av tvang fattes av faglig ansvarlig psykiater eller psykolog på den institusjonen som mottar eller har pasienten til behandling.

Gjennomgang av lovverket i andre europeiske land viser at lovgrunnlaget, beslutningsprosessen og vilkårene for tvangsbruk i tjenestene varierer. Tvungen observasjon praktiseres i liten grad i andre europeiske land, og tvungen tilbakeholdelse og behandling av psykisk syke kan kun gjøres med begrunnelse i farlighet i Østerrike, Belgia og Tyskland, mens Italia og Spania bare legger behandlingsbehovet til grunn for tvangsbruk i de psykiske helsetjenestene. Med unntak for de nordiske landene, hvor tvang er en klinisk beslutning, er beslutningen forankret i rettsvesenet eller i administrative organer i de fleste andre europeiske land (Salize og Dressing 2004). Tvangsbehandling kan følge implisitt som en del av tvangsinnleggesvedtaket og tvangsbehandling med legemidler kan omfatte både korttidsvirkende legemidler (jf. farmakologiske tvangsmidler, phvl §4-8) og mer langvarig medikamentell tvangsbehandling (Bak og Aggernæs 2012/ Nordvoll (red), 2013). Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er en omdiskutert tvangsform som ikke praktiseres i alle andre europeiske land. Ordningen sikrer fortsatt kontakt med tjenestene etter utskrivning og kan potensielt redusere behovet for døgnbehandling, men kritikere fremhever at TUD også innebærer en utvidelse av tvangsadgangen med økt risiko for menneskerettighetsbrudd og stigmatisering. Det argumenteres derfor med at man heller burde utvide den ambulante virksomheten for å sikre ønsket kontinuitet i behandlingen (Norvoll (red), 2013).

Landenes adgang til og kultur for tvangsmiddelbruk varierer. Danmark bruker for eksempel ikke isolat i psykiatriske sykehus og i England er ikke beltelegging og andre mekaniske tvangsmidler tillatt (Bak og Aggernæs 2012). Island bruker verken isolasjon eller andre tvangsmidler i sine tjenester, mens for eksempel Nederland er svært restriktive i forhold til tvungen medisiner, men har en mer utstrakt bruk av mekaniske tvangsmidler (Steinert mfl. 2010). I norske psykiatriske sykehus er isolasjon langt på vei erstattet med skjerming (Høye og Dranger 1994). Som ved isolasjon, innebærer skjerming at pasienten holdes borte fra medpasienter, gjerne i en egen del av avdelingen, men da sammen med personale. Tiltaket er ikke definert som et tvangsmiddel, men begrunnes i hensynet til behandlingen eller til andre pasienter. Mange pasienter beskriver likevel opplevelse av tvang og avmakt i skjermingssituasjoner (Norvoll (red) 2013), og skjerming utover 24 timer er vedtakspliktig. Fastholding, «time out» og «constant observation» eller skjerming er eksempler på tiltak som i noen land defineres og dokumenteres som tvang, mens det i andre land er ansett som «best practice» og derfor ikke dokumenteres som tvangstiltak (Bak og Aggernæs 2012). Tabell 13.2 og 13.3 gir en oversikt over juridisk grunnlag og anvendte tvangsformer i utvalgte europeiske land.

<sup>60</sup> Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold innebærer pålegg om oppmøte i dagavdeling eller poliklinikk.

<sup>61</sup> Mekaniske tvangsmidler omfatter i hovedsak ulike former for belter, farmakologiske tvangsmidler er korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt mens isolasjon innebærer å bli innelåst på et rom uten personale til stede.



Tabell 13.2 Juridisk grunnlag for bruk av tvang i 16 europeiske land

| Land          | Kriterier for tvangsinnleggelse         | Klinisk beslutningsprosess |
|---------------|---|----------------------------|
| Belgia        | Fare                                    | Nei                        |
| Danmark       | Fare/ Behandling                        | Ja                         |
| Finland       | Fare/ behandling                        | Ja                         |
| Frankrike     | Fare (gjelder Hospitalisation d'Office) | Nei                        |
| Hellas        | Fare/ behandling                        | Nei                        |
| Irland        | Fare/Behandling                         | Ja                         |
| Italia        | Behandling                              | Nei                        |
| Luxemburg     | Fare                                    | Ja                         |
| Nederland     | Fare                                    | Nei                        |
| Portugal      | Fare/ behandling                        | Nei                        |
| Spania        | Behandling                              | Nei                        |
| Storbritannia | Fare/ behandling                        | Delvis                     |
| Sverige       | Behandling                              | Ja                         |
| Tyskland      | Fare                                    | Nei                        |
| Østerrike     | Fare                                    | Nei                        |
| Norge         | Fare/ behandling                        | Ja                         |

Kilde: Salize, J. og Dressing, H., 2004 : "Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across European Union".

Tabell 13.3 Anvendte metoder for tvang i 11 europeiske land

|                                     | Danmark | Sverige | Norge | Finland | Island | Belgia | Neder-land | St.-Britt | Irland | Frank-rike | Italia |
|-------------------------------------|---------|---------|-------|---------|--------|--------|------------|-----------|--------|------------|--------|
| Forced medication/<br>long periode  | x       | x       | x     |         |        | x      |            | x         | x      |            | x      |
| Forced medication/<br>short periode | x       | x       | x     | x       | x      | x      | x          | x         |        | x          | x      |
| Mechanical restraint                | x       | x       | x     | x       | x      | x      | x          |           | x      | x          | x      |
| Seclusion/ isolation                |         | x       | x     | x       | x      | x      | x          | x         | x      | x          | x      |
| Physical restraint/<br>holding      | x       |         | x     | x       | x      |        |            | x         | x      | x          | x      |
| Time out                            |         |         |       |         | x      | x      | x          | x         | x      | x          | x      |
| Constant observation                | x       | x       | x     |         | x      | x      |            | x         | x      | x          | x      |
| Annet                               | x       | x       | x     | x       |        | x      | x          |           |        | x          | x      |

Kilde: Bak, J. og Aggernæs, H., 2012: «Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries»

### Tvangsbruk i tjenestene i Norge og i andre europeiske land

Både i Norge og i andre europeiske land, har det vist seg vanskelig å fremskaffe pålitelig informasjon om tvangsbruk i tjenestene. Tvangsinnleggelse og tvangsmiddelbruk er i noen grad belyst i sammenlignende studier på tvers av land, men Høyer (2008) påpeker at varierende datakvalitet og manglende standardisering av indikatorene innebærer at man likevel ikke kan si noe sikkert om forskjeller mellom land. Utfordringene er blant annet knyttet til forskjeller som gjelder lovgrunnlaget og beslutningsprosessen slik dette er beskrevet over, men innslaget av uformelle eller udokumenterte tvangstiltak og organisering av tjenestene, herunder grenseoppgang mot fengselstjenestene, har også betydning for hvordan tvang defineres, vedtaksfestes, dokumenteres, og forstås. Betydningen av slike forhold er i liten grad utredet i sammenlignende studier. Undersøkelser av pasientens opplevelse av tvang viser også at 40-60 prosent av pasienter under formell tvang rapporterer lav opplevd tvang, og at pasientens aksept av innleggelse varierte mye mellom land (Priebe 2010). Høyer argumenterer med bakgrunn i slike forskjeller for at tvangsindikatorene må fortolkes i en lokal kontekst.

For Norges del, publiserer Helsedirektoratet årlig nasjonal statistikk over tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne (Helsedirektoratet 2014)<sup>62</sup>. Vedtak om tvangsmidler og skjerming i voksenpsykiatrien er også kartlagt ved manuell gjennomgang av tvangsmiddel- og skjermingsprotokoller for perioden 2001 – 2012 (Bremnes mfl. 2008, Knutzen mfl. 2015), men for tvangsbehandling, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og bruk av tvang i barne- og ungdomspsykiatrien foreligger det ingen nasjonal statistikk. Mekanismer bak pasientens opplevelse av tvang er for eksempel belyst i Svindseth (2010). Disse viser blant annet at opplevelse av tvang er nært forbundet med det pasienten opplever som krenkelser og at opplevelsen av tvang øker ved tvungen medisinerer.

### Tvangsinnleggelse

Publiserte analyser viser at det i Norge er i underkant av 8 000 årlige tvangsinnleggelse fordelt på om lag 5 500 pasienter i det psykiske helsevernet for voksne<sup>63</sup>. Dette utgjorde 17 prosent av alle innleggelse og 25 prosent av sykehusinnleggelse i 2013 og tilsvarer 193 tvangsinnleggelse per 100 000 voksne innbygger. Halvparten av tvangsinnleggelse var innleggelse for tvungen observasjon. Etablering av tvungent psykisk helsevern er i hovedsak knyttet til psykoselidelse med schizofrenier (ICD10, F2) som den vanligste hovedtilstanden (66 prosent av innleggelse i 2013). Selv om det i Norge er en overvekt av kvinnelige døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne, var 52 prosent av de tvangsinnlagte pasientene menn i 2013 (Helsedirektoratet 2014).

Til tross for helsepolitisk vektlegging av frivillighet i tjenestene og tiltaksplaner for riktig og redusert bruk av tvang, har antall tvangsinnleggelse holdt seg på omtrent samme nivå siste 10-årsperiode (Helsedirektoratet 2010). Grunnet befolkningsvekst, er de befolkningskorrigerede ratene noe redusert i samme periode. Samtidig er en økende andel av oppholds døgnene basert på tvang, anslagsvis 30 prosent i 2013. Økningen skyldes både nedbygging av døgnkapasiteten og økt i varighet av tvungen døgnomsorg.

Nasjonale nøkkeltall for aktivitet og bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne for 2012 og 2013 er oppsummert i tabell 13.4, mens figur 13.6 viser utvikling i antall tvangsinnleggelse for perioden 2010-2013. Omfanget er angitt ved rater og er beregnet per 100 000 voksne innbyggere.

62 Analyser av tvangsbruk i det psykiske helsevernet for voksne er basert på institusjonenes innrapportering til Norsk pasientregister (NPR). Innrapporteringen er imidlertid mangelfull, og nasjonale tall er derfor estimert basert på data fra et utvalg institusjoner. Utvalget dekker om lag 85 prosent av innleggelse alle år i perioden som analyseres.

63 Tallet inkluderer innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern samt reinnleggelse av pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Siste gruppe antas å utgjøre 15-20 prosent av tvangsinnleggelse (Helsedirektoratet, 2014).

Tabell 13.4 Aktivitet og bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2012 og 2013, nasjonale nøkkeltall.

|  | 2012      | 2013      | Prosent endring<br>2012-2013 |
|--|-----------|-----------|------------------------------|
| Døgnpasienter <sup>1)</sup>                    | 27 807    | 27 240    | -2                           |
| Oppholdsdøgn                                   | 1 221 998 | 1 143 279 | -6                           |
| Innleggelser <sup>2)</sup>                     | 46 752    | 45 627    | -2                           |
| Døgn under tvang                               | 331 233   | 345 636   | 4                            |
| Tvangsinnleggelser                             | 7 683     | 7 693     |                              |
| -Herav tvungen observasjon uten påfølgende TPH | 2 680     | 2 600     | -3                           |
| Tvangsinnlagte pasienter <sup>3)</sup>         | 5 355     | 5 391     | 1                            |
| Median varighet av TPH <sup>4)</sup>           | 20        | 22        |                              |

1) Gjelder alle døgnpasienter, inkludert inneliggende ved årsskiftet

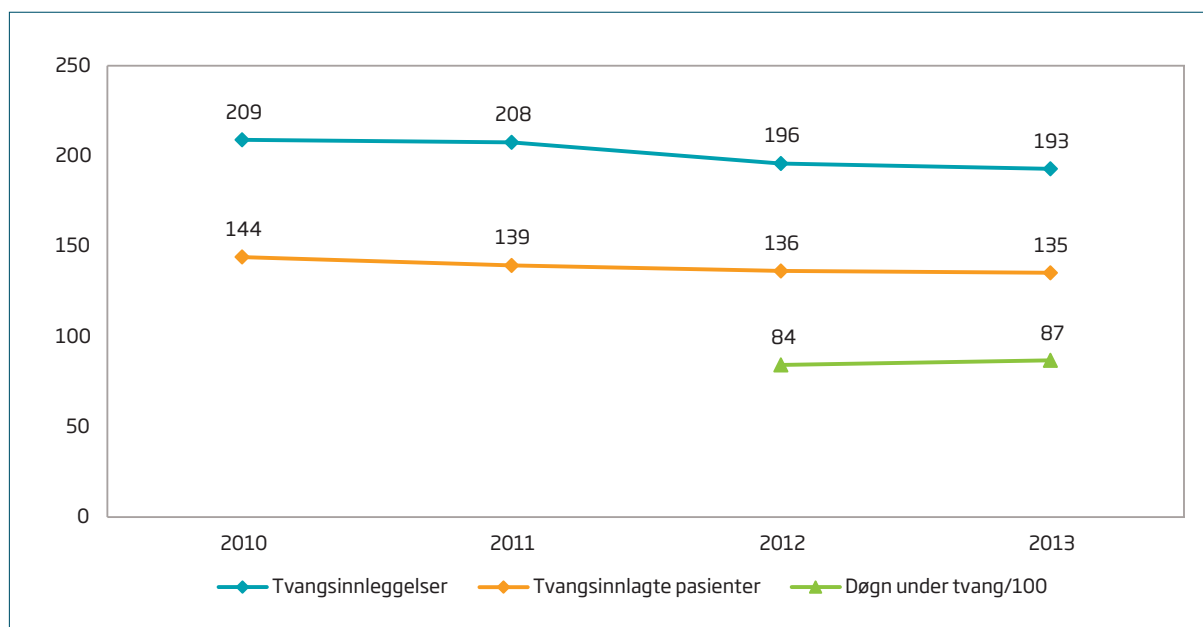
2) Overføringer mellom døgnenheter er ekskludert

3) Gjelder pasienter med minst én ny tvangsinnleggelse i det aktuelle aktivitetsåret

4) Varigheten gjelder døgn under tvang for opphold der tvungent psykisk helsevern med døgnopphold er etablert. Dette er beregnet for opphold med oppstart og utskrivning innenfor det aktuelle aktivitetsåret og maksimal varighet på inntil ett år. Utvalget av avsluttede opphold omfatter om lag 80 prosent av de aktuelle tvangsinnleggelserne. Eventuelle døgn under tvungen observasjon inngår.

Kilde: Helsedirektoratet, 2014: «Samdata spesialisthelsetjenesten 2013», Helsedirektoratet 2014d:

«Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013»



Figur 13.6 Tvangsinnleggelser, tvangsinnlagte pasienter og døgn under tvang i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 – 2013, rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Kilde: Helsedirektoratet, 2014: «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013»

Ved sammenligning mellom land er det vanlig å angi omfanget av tvangsinnleggelser ved befolkningskorrigerede rater eller ved andel tvangsinnleggelser i tjenestene. Andelen er imidlertid følsom for forskjeller i organisering og tjenestetilbudets omfang, og for sammenligning mellom land vil derfor rater oftest være en bedre tilnærming når man kan anta omtrent lik befolkningsprofil. Tvangsinnleggelsesrater fra kartlegging av tvangsinnleggelser i 16 europeiske land er gjengitt i tabell 13.5, og med forbehold om betydningen av datakvalitet og den enkelte nasjons definisjon av tvangsinnleggelse, kan det se ut til at Norge i internasjonal sammenheng har relativt høye befolkningskorrigerede rater for tvangsinnleggelser. Nyere, men upubliserte tall fra kartlegging i regi av OECD gir det samme bildet. Som for Norge, viser sammenlignende studier at tvangsinnleggelser i

særlig grad gjelder pasienter med schizofrenier og andre psykoselidelser, og at det er en høyere andel menn enn kvinner som tvangsinnlegges. Sammenlignet med internasjonale forhold tvangsinnlegges imidlertid en høyere andel ikke-psykotiske pasienter i Norge. Dette kan trolig forklares ved praksisen med tvungen observasjon som teller halvparten av tvangsinnleggelsene. Tvangsformen assosieres med høyere innslag av rus- og avhengighetsproblematikk og nevrotiske lidelser, diagnoser som vanligvis ikke oppfyller hovedvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern, og 2 av 3 observasjonsopphold ender også med utskrivning eller overføring til frivillig behandling (Helsedirektoratet, 2014). Overvekten av menn er også mindre tydelig i Norge enn i land som Belgia, Frankrike, Irland, Nederland og Luxembourg, der 60-70 prosent av de tvangsinnlagte pasientene var menn (Salize og Dressing 2004).

Tabell 13.5 Tvangsinnleggelseser per 100 000 innbyggere for 16 europeiske land

| Land          | År        | Tvangsinnleggelseser per 100 000 innbyggere | Kommentar  |
|---------------|-----------|---|--|
| Belgia        | 1998      | 47  | Eventuelle overføringer til tvang ilt oppholdet inngår ikke.           |
| Danmark       | 2000      | 70  |  |
| Finland       | 2000      | 218   |  |
| Frankrike     | 1999      | 103   |  |
| Hellas        | n.a       |   |  |
| Irland        | 1999      | 74  |  |
| Italia        | 1999-2001 | 31  | Lite utvalg  |
| Luxemburg     | 2000      | 93  | Lite utvalg  |
| Nederland     | 1999      | 44  |  |
| Portugal      | 2000      | 6   | Lite utvalg  |
| Spania        | n.a.      |   |  |
| Storbritannia | 1998      | 93  | Gjelder England  |
| Sverige       | 1998      | 114   |  |
| Tyskland      | 2000      | 175   |  |
| Østerrike     | 1999      | 175   |  |
| Norge*        | 2013      | 150<br>(193 per 100 000 voksne innb.)       | Tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern for barn og unge inngår ikke. |

Kilde: Bak og Aggernæs, 2012: «Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries»/

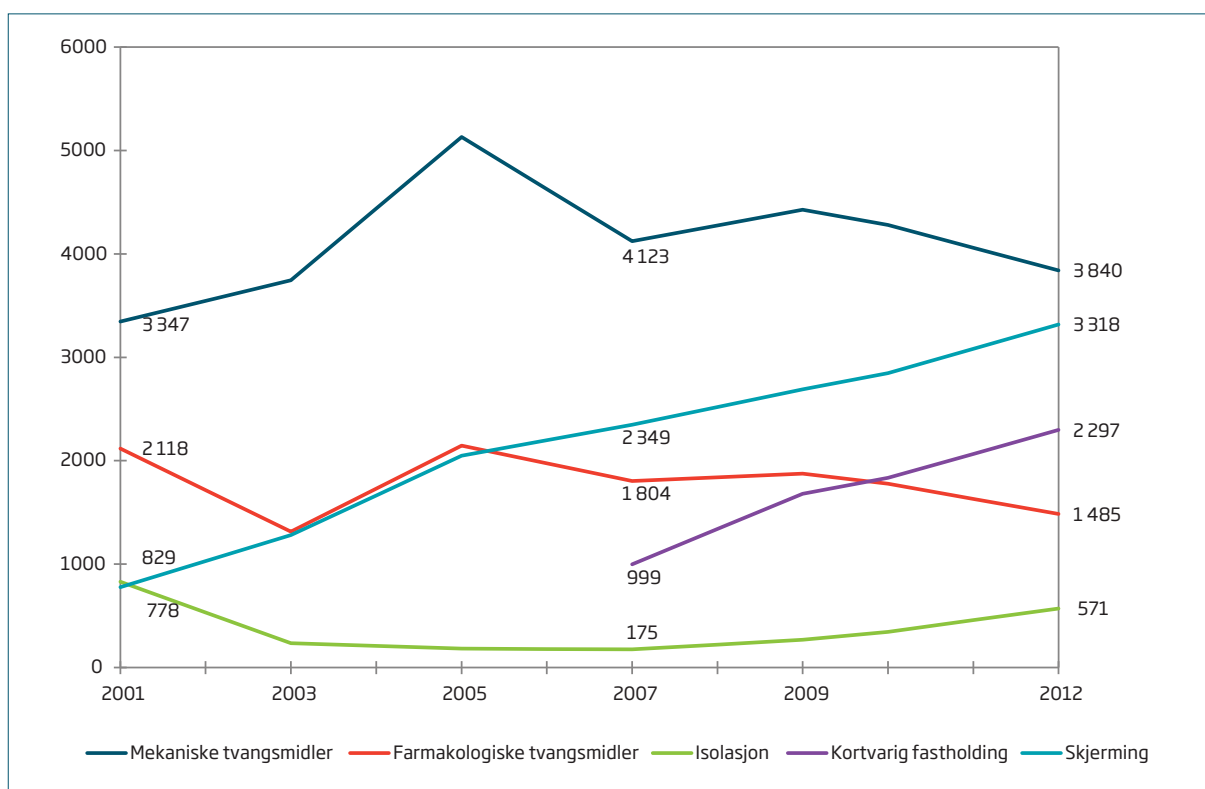
\*Helsedirektoratet, 2014:«Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013».

Ulike kriterier for tvangsinnleggelse og det enkelte lands grenseoppgang mot fengselstjenestene er mulige, men ikke utredede, forklaringer på de observerte forskjellene i tvangsinnleggeseratsene. Systematiske forskjeller i varigheten av de tvungne døgnoppholdene vil også kunne ha betydning for den enkelte nasjons omfang av tvangsinnleggelseser: Land med lange opphold vil typisk komme ut med færre tvangsinnleggelseser per pasient og med det laver rater for tvangsinnleggelseser enn land med kortere opphold og økt sannsynlighet for reinnleggelseser eller oppstyking av den tvungne døgnbehandlenga. Høyer (2008) argumenterer derfor for at antall døgn under tvang kan være en bedre indikator for sammenligning av formell tvangsbruk i tjenestene, men informasjonen er vanskelig tilgjengelig og betydningen av forskjeller i varighet er ikke utredet i sammenlignende studier på tvers av land. Tvungen observasjon og adgangen til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold vil kunne bidra til å øke antall tvangsinnleggelseser i Norge, men gir også økt innslag av korte tvungne døgnopphold. For 2013 viser tall for Norge at 60 prosent av alle tvungne opphold var avsluttet innen to uker etter innleggelseser og at 2 av 3 innleggelseser til tvungen observasjon endte med utskrivning eller overføring til frivillig behandling fordi vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern ikke var oppfylt (Helsedirektoratet 2014).

### Tvangsmidler

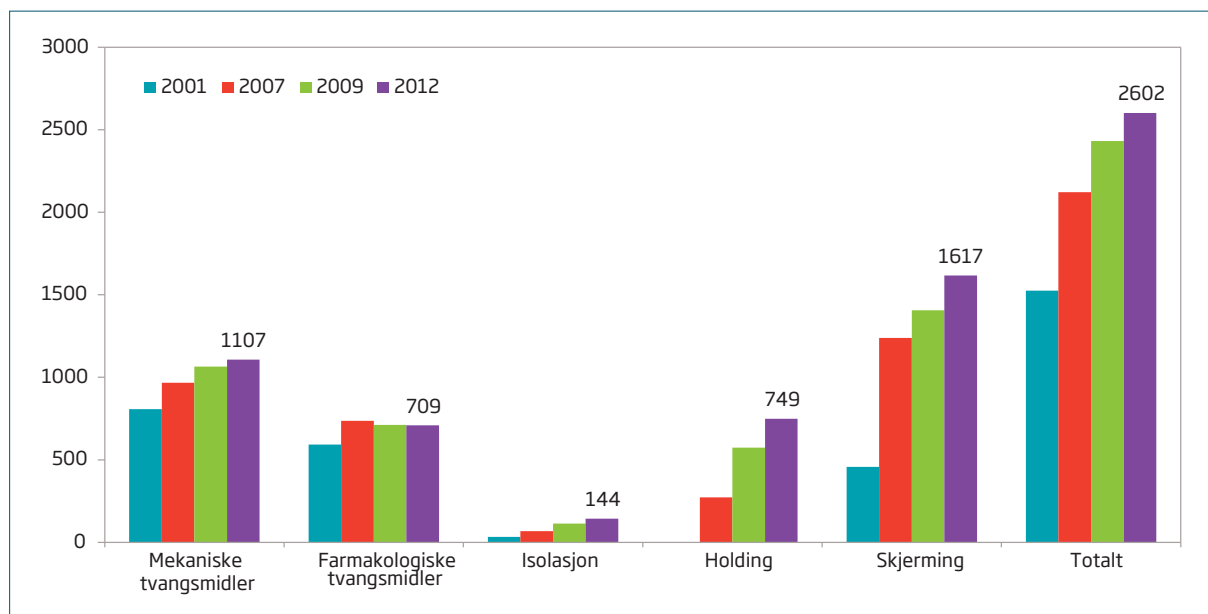
Siste nasjonale kartlegging av skjerming og tvangsmiddelbruk viser at det i Norge ble fattet i overkant av 11 500 vedtak om skjerming og bruk av tvangsmidler fordelt på 2 600 pasienter i 2012 (Knutzen mfl. 2015). Det betyr at det var fattet minst ett vedtak om bruk av tvangsmiddel eller skjerming for om lag 9 prosent av de innlagte pasientene dette året. Tvangsmidler og skjerming brukes først og fremst i de psykiatriske sykehusene, og da spesielt i akuttavdelingene.

Resultater fra de nasjonale kartleggingene i perioden 2001-2012 er sammenstilt i figur 13.7 og 13.8 som viser antall pasienter og antall vedtak for hvert av de fire typene tvangsmiddel samt vedtak om skjerming.



Figur 13.7 Vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2001 – 2012.

Kilde: Knutzen mfl. 2015: «Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012». Bremnes mfl., 2008: «Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007».



Figur 13.8 Pasienter med vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2001 – 2012.

Kilde: Knutzen mfl., 2015: «Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012». Bremnes mfl., 2008: «Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007».

Med forbehold om metodemessig sammenlignbarhet mellom de ulike kartleggingene, tyder utviklingen i perioden 2001-2012 på at tvangsmiddelbruken i perioden har økt. Økningen gjelder både antall vedtak og antall pasienter. Samtidig observeres en forskyvning av praksis fra farmakologiske og mekaniske tvangsmidler og over på mer bruk av skjerming, isolasjon og kortvarig fastholding.

Bak og Aggernes (2010) sammenligner tvangsmiddelbruken på nasjonalt nivå for sju europeiske land og finner at bruken av mekaniske tvangsmidler varierer fra 0 per 100 000 innbyggere i Storbritannia til 70 i Sverige, mens isolasjon varierer fra 0 i Danmark til 43 i Finland. For 2012 vil tilsvarende rater for Norge være henholdsvis 22 pasienter med vedtak om mekaniske tvangsmidler per 100 000 innbyggere og 3 pasienter med vedtak om isolasjon per 100 000 pasienter. Den lave rate for isolasjon i Norge må ses i sammenheng med skjermingspraksisen. Også Steinert mfl. (2010) finner store forskjeller i andel pasienter som utsettes for tvangsmidler. Alle studier viser samtidig til dels betydelige definisjonsforskjeller mellom de inkluderte landene, og sammenligningsverdien vil derfor også for denne tvangsformen være uvis.

Tabell 13.6 Pasienter med vedtak om bruk av tvangsmidler i 11 europeiske land, angitt per 100 000 innbyggere

|                        | Danmark | Sverige | Norge            | Finland | Island | Belgia | Nederland | St.Britt | Irland | Frankrike | Italia |
|------------------------|---------|---------|------------------|---------|--------|--------|-----------|----------|--------|-----------|--------|
| Mekaniske tvangsmidler | 34      | 70      | 22               | 20      |        |        | 14        | 0        |        |           | 7      |
| Isolasjon              | 0       | 31      | 3                | 43      |        |        | 34        | 4        |        |           | n.a.   |
| Holding                | 18      | 0       | 15               | 8       |        |        | n.a.      | 13       |        |           | 7      |
| År                     | 2007    | 2007    | 2012             | 2007    | n.a.   | n.a.   | 2006      | 2002     | n.a.   | n.a.      | 2002   |
| Kommentar              |         |         | PHBU inngår ikke |         |        |        |           |          |        |           |        |

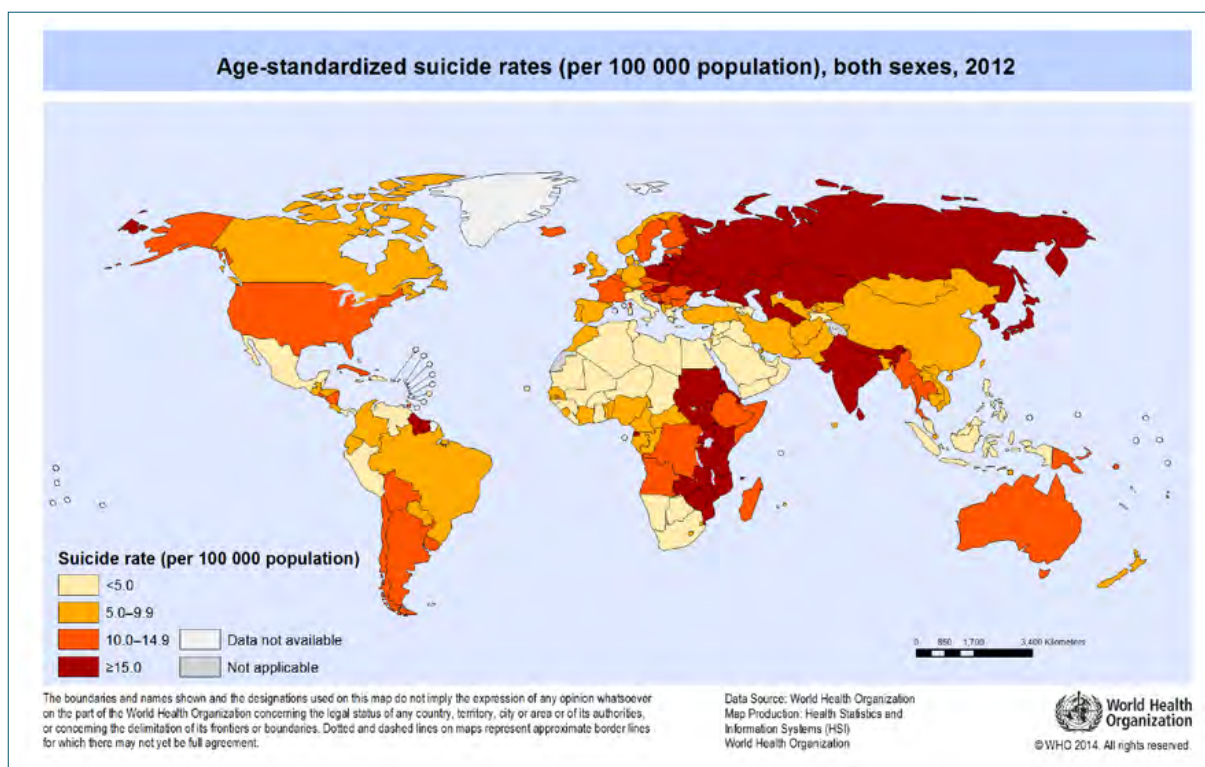
Kilde: Bak og Aggernes, 2012: «Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries»/Knutzen mfl., 2015: «Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012».

## 14 Selvmord i et internasjonalt perspektiv

### 14.1 Selvmord som globalt problem

Verdens helseorganisasjon regner med at det på verdensbasis dør cirka 1 million mennesker per år ved selvmord, tilsvarende en global selvmordsrate på 16 per 100 000 per år eller en person hvert 40. sekund. Selvmordsratene har tradisjonelt vært høyest hos de over 60 år, men i en rekke land har selvmordsraten hos unge mennesker økt slik at de utgjør den største risikogruppen. Selvmord er nå blant de tre viktigste dødsårsakene blant unge (15-44 år) av begge kjønn i de fleste land, både utviklingsland og utviklede land (WHO 2009). Selvmordsraten er signifikant høyere hos menn enn hos kvinner, unntatt i Kina der fordelingen er tilnærmet lik.

Selvmordsraten i land som USA, Canada og Australia ligger i det midtre sjiktet, mens de fleste land i Sør-Amerika ligger forholdsvis lavt slik de også gjør i Midtøsten. I Øst-Europa (som vi kommer tilbake til) og Øst-Asia er tallene høyere. Nesten 30 % av alle selvmord i verden skjer i Kina og India (Figur 14.1).



Figur 14.1 Forekomst av selvmord pr 100 000 innbyggere i ulike land illustrert på verdenskartet. Kjønn-, og aldersstandardiserte rater.

Kilde: WHO<sup>64</sup>

### Selvmord i Europa

Data fra Eurostat viser at omlag 124 000 mennesker i Europa dør som følge av selvmord hvert år, nesten 80 prosent av disse er menn. Gjennomsnittlig selvmordsrate basert på innrapporterte tall til Eurostat fra 28 EU land, standardisert etter European Standard Population, var på 11.8 per 100 000 i 2010. Den høyeste raten finner en i samveldet av uavhengige stater (SUS), etterfulgt av de nye EU landene. Den standardiserte raten var så høy som 32.9 pr 100 000 innbyggere i Litauen, 25.6

64 [Link til kart WHO gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\\_AS\\_suicide\\_rates\\_bothsexes\\_2012.png?ua=1](http://link.til.kart.WHO.gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2012.png?ua=1)

pr 100 000 i Ungarn, 20.3 pr 100 000 i Slovenia, og 17.8 pr 100 000 i Finland, mens i Norge var det 11.7 pr 100 000 i 2010. Selvmordsraten varierer således sterkt fra land til land og i internasjonal sammenheng tilhører Norge de land som har en middels høy til lavere selvmordsrate. Land som Litauen, Estland, Latvia, Russland og Ungarn ligger altså på verdenstoppen i selvmordsrater. Også her er kjønnsforskjellen slående, idet menn i EU landene har en 4-5 ganger forhøyet risiko for å dø ved selvmord enn kvinner. Gjennomsnittlig selvmordsrate for menn er 19.5 per 100 000, mot 5.1 for kvinner, tydeligst er forskjellen i SUS landene og de nye EU landene.

Tabell 14.1 viser standardisert selvmordsrate i utvalgte europeiske land i 2010. Ratene bygger på tilgjengelige data på EuroStats hjemmesider. Den viser at selvmordsratene ikke bare er høye i Øst-Europa, men også høyere i Nord-Europa enn i Sør-Europa.

Tabell 14.1 Selvmordsrater i utvalgte land i Europa 2010.

| Land                        | Selvmordsrate per 100 000 innbyggere |      |         |
|-----------------------------|--------------------------------------|------|---------|
|                             | Totalt                               | Menn | Kvinner |
| EU (28 land)                | 11,8                                 | 19,5 | 5,1     |
| LT: Litauen                 | 32,9                                 | 59,7 | 11,1    |
| LI: Liechtenstein           | 28,3                                 | 35,7 | 21,5    |
| HU: Ungarn                  | 25,6                                 | 45,3 | 10,2    |
| LV: Latvia                  | 20,8                                 | 41,7 | 5,2     |
| SI: Slovenia                | 20,3                                 | 36,2 | 7,3     |
| BE: Belgia                  | 18,7                                 | 28,3 | 10,2    |
| HR: Kroatia                 | 18,1                                 | 30,9 | 8,2     |
| FI: Finland                 | 17,8                                 | 27,7 | 8,6     |
| EE: Estland                 | 16,8                                 | 30,7 | 5,6     |
| PL: Polen                   | 16,6                                 | 30,7 | 4,3     |
| AT: Østerrike               | 15,2                                 | 25,8 | 6,7     |
| CZ: Den Tjekkiske Republikk | 14,5                                 | 25,8 | 4,8     |
| RO: Romania                 | 13,7                                 | 24,1 | 4,4     |
| CH: Sveits                  | 13                                   | 19,9 | 7,1     |
| SE: Sverige                 | 12,4                                 | 18,6 | 6,5     |
| BG: Bulgaria                | 11,8                                 | 19,8 | 5,3     |
| DE: Tyskland                | 11,8                                 | 19   | 5,7     |
| NO: Norge                   | 11,7                                 | 16,7 | 7       |
| IE: Irland                  | 10,9                                 | 17,3 | 4,6     |
| PT: Portugal                | 10,5                                 | 18,2 | 4,6     |
| NL: Nederland               | 9,7                                  | 14,1 | 5,7     |
| ES: Spania                  | 6,8                                  | 11,5 | 2,9     |
| UK: Storbritannia           | 6,8                                  | 10,8 | 3,1     |
| IT: Italia                  | 6,3                                  | 10,8 | 2,6     |

De siste års økonomiske krise i Europa har tilsynelatende hatt en innvirkning på selvmordsraten. En studie som er publisert i The Lancet (Hawton og van Heeringen 2009) viste at når arbeidsledighetstallene steg mellom 2007 og 2009, økte også antall selvmord i 9 av 10 europeiske land. En annen studie publisert i British Medical Journal der 54 land var inkludert, finner at den globale økonomiske krisen i 2008 særlig hadde en innvirkning på selvmord blant menn (Reeves mfl.



2014). I en rapport fra WHO «Mental health in economic crisis» (WHO 2011d) pekes det på at i godt utbygde velferdsstater som de nordiske land er det mindre grad av sammenfall mellom endringer i økonomi og endringer i psykisk helse og selvmord.

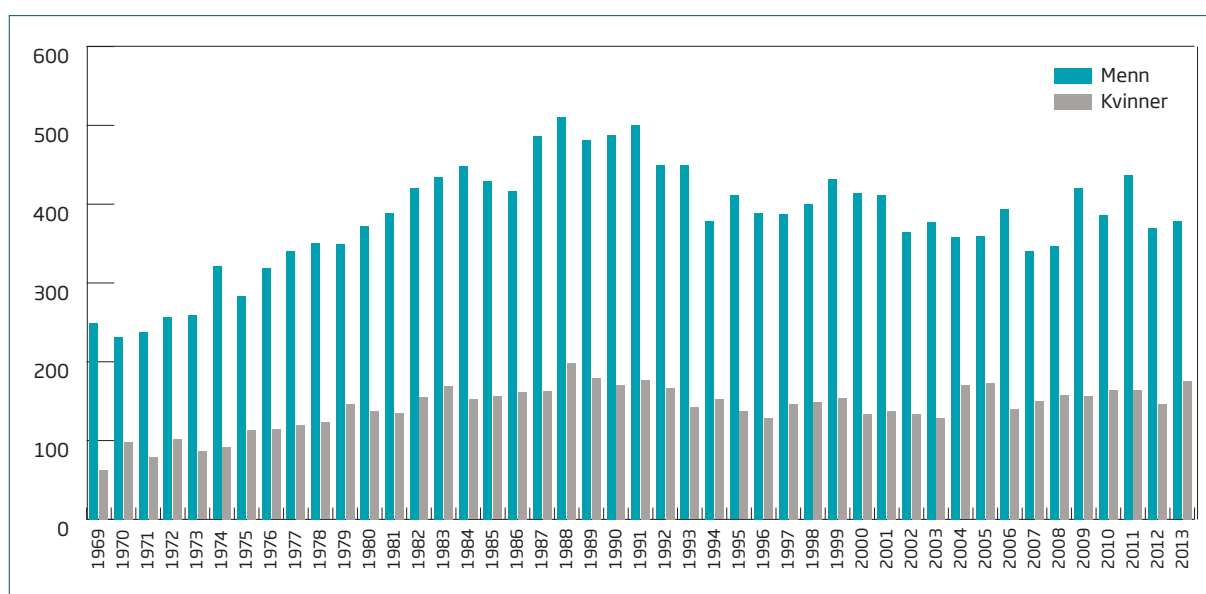
## 14.2 Selvmord i de nordiske land

Blant de nordiske landene har Sverige, Danmark, Island og Norge ganske like selvmordsrater, mens Finland har en betydelig høyere rate (Titelman mfl. 2013). Generelt er raten her også markert høyere for menn enn for kvinner. Da det naturlig nok er svært få som dør i yngre aldersgrupper er det faktisk slik at i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige er selvmord den nest vanligste dødsårsaken i aldersgruppen 15-24 år, med unntak av Finland der selvmord er den vanligste dødsårsaken blant unge kvinner. Selvmordsraten på Island er den laveste i Norden, med unntak av for unge menn.

I alle de nordiske landene er selvmordsraten i de yngste aldersgruppen økende, Dette, i kontrast til den generelle nedgangen som er observert fra sent på 1980-tallet og fremover, der både menn og kvinner i alle aldre har hatt en synkende selvmordsrate, med unntak av Island, samt for unge kvinner i Finland, Norge og Sverige (Titelman mfl. 2013).

## 14.3 Selvmord i Norge

Selvmordsraten doblet seg i Norge mellom 1960 og 1980, men fra 1989 var det, med noen fluktasjoner, en årlig nedgang i selvmordsraten. De siste 10-15 årene har tallet ligget nokså stabilt. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) er det mellom 500 og 600 mennesker som er døde ved selvmord det hvert år i Norge. De siste årene har selvmordsraten i Norge vært i underkant av 11 per 100 000 innbyggere, og raten er 2-3 ganger høyere hos menn enn hos kvinner. I følge nyere statistikk, var det 569 selvmord i året 2013. I nedenstående figur, som viser selvmord etter kjønn og årstall frem til 2012, ser vi at av de 515 selvmord i 2012 var det 369 menn og 146 kvinner som tilsvarer en rate på 14 menn og 5 kvinner per 100,000. Skillet mellom by og land når det gjelder selvmordsrater har gradvis blitt visket ut i løpet av de siste tiår slik at det ikke lenger er et typisk trekk at større byer har høyere forekomst av selvmord sammenliknet med landdistrikter.



Figur 14.2 Selvmord etter kjønn og årstall i Norge. 1969-2012. Antall.

Tabell 14.2 Selvmord etter kjønn og årstall. Standardberegnete rater. Per 100 000 innbyggere

| 5-årsperioder | 1988-1992 | 1993-1997 | 1998-2002 | 2003-2007 | 2008-2012 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Begge kjønn   | 15,3      | 12,1      | 11,9      | 10,9      | 10,8      |
| Menn          | 22,6      | 18,2      | 17,8      | 15,5      | 15,3      |
| Kvinner       | 8,1       | 6,3       | 6,2       | 6,4       | 6,3       |

Det må antas de reelle selvmordstallene er noe høyere da en del selvmord skjuler seg i gruppen ulykker, overdoser, og ukjente dødsårsaker.

Selvmordsforsøk og villet egenskade er betydelig mer utbredt. Det er vanlig å anta at antall selvmordsforsøk i en befolkning er mer enn 10 ganger større enn selvmordstallet. Det finnes ikke nasjonale statistikker for selvmordsforsøk eller villet egenskade i Norge eller andre land, unntatt Irland som fikk sitt nasjonale register over villet egenskade i 2000.

#### 14.4 Selvmordsforebygging i Norge

Selvmord, selvmordsforsøk og selvskading er et stort folkehelseproblem som årlig rammer titusener av personer i Norge. Reduksjon av selvmord og selvskading har over tid vært et viktig helsepolitisk mål og i 1995 ble den første nasjonale strategien for selvmordsforebygging etablert (Helsedirektoratet 1994). Selvmord har mange og sammensatte årsaker (se bla Cavanagh mfl. 2003) og selvmordsforebygging fordrer derfor innsats innenfor en rekke samfunnssektorer. I Norge har forebygging blant annet vært drevet blant barn og unge, i deler av arbeidsliv og skolesektor, i helsevesenet, i eldreomsorg og gjennom krisetjenester, ved folkeopplysning og gjennom oppfølging av etterlatte etter selvmord. Lovregulering og begrensnig av tilgang til selvmordsmidler (f.eks eierskap og oppbevaring av skytevåpen) og arbeid for reduksjon av smitteeffekter gjennom forbedret medieomtale av selvmord har også vært viktige områder for forebyggende tiltak i Norge. Det er fortsatt et stort behov for å styrke det selvmordsforebyggende arbeidet og i 2014 ble Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017 lansert (Helsedirektoratet 2014e). Planen viderefører pågående arbeid og peker på nye tiltak innen følgende 5 målområder: God psykisk helse og mestring i befolkningen, Redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper, God oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, Et kunnskapsbasert tjenesteapparat og Kunnskapsbaserte strategier og tiltak. Bedre systemer for monitorering og kartlegging av selvmord og selvskading både i og utenfor helsevesenet påpekes både i planen og av OECD (2014b) som et viktig område for å bedre følge utviklingen over tid, for å måle effekten av tiltak og for å styre forebyggende tiltak dit de trengs mest.

## 15 Litteratur

Aanonsen A-M (2006). Norsk psykologprofesjon – historien om en suksess. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 43, nummer 4, 2006, side 392-393.

Amaddeo F., Zambello F., Tansella M., Thornicroft G. (2001): Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2001) 36: 500–507.

Augustsson, H. og Hagquist, C. (2011) *Nordisk ministerråds/NVHs Kartlegging av studier om nordiska ungdomars psykiske hälsa*. Karlstad: NHV - Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NVH-rapport 2011:5 R).

Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. og ODIN Group (2001) 'Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study'. *British Journal of Psychiatry*, 179, s. 308-316.

Bachrach, L.L. (1996) 'Deinstitutionalization: promises, problems and prospects', i Knudsen H.C. (red.), Thornicroft, G. (red.) *Mental health service evaluation*. Utgave 1. Cambridge: Cambridge University Press, s. 3 - 18.

Bak, J. og Aggernæs, H. (2012) 'Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries' *Nord J Psychiatry*, 66, s. 297-302.

Becker T og Kilian R (2006). Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume 113, Issue Supplement s429, pages 9–16, February 2006.

Blåka, S. (2012) *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: Status etter Opptrappingsplanen*. Oslo: NIBR - Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR-rapport 2012:9).

Bremnes, R., Hatling, T. og Bjørngaard, J.H. (2008) *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*. Trondheim: SINTEF Helse (SINTEF, Rapport A8231).

Brofoss, K., Larsen, F. (2009) *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd .

Busfield, J. (1986) *Managing Madness. Changing ideas and practice*. London: Hutchinson.

Caldas de Almeida, J.M. og Killaspy, H. (2011) *Long-term mental health care for people with severe mental disorders. European Union*.

Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, S.M. (2003) 'Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review', *Psychol Med.*, 33 (3), s. 395-405.

Clench-Aas J, Rognerud M og Dalgard OD (2009): Levekårsundersøkelsen 2005. Psykisk helse i Norge Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2009:6. Dyb, E. og Johansen, K. (2013) *Bostedsløse i Norge i 2012 – en kartlegging*. Oslo: NIBR (NIBR-rapport 2013:5)

Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst, Rapport 2014-1.

European Commission (2013) *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health*. EuroPOPP Mental Health.

European Union (2008) *European Pact for Mental Health and Well-being*. [online]. Tilgjengelig fra: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf) (Hentet 10.10.2014).

EUROSTAT (2015) *Your key to European statistics*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://ec.europa.eu/eurostat> (Hentet 12.02.2015).

Evans, J.M., Baker, G.R., Berta, W., Barnsley, J. (2013) 'The evolution of integrated health care strategies', *Advances in Health Care Management*, 15, s. 125-161.

Fakhoury, W., Priebe, S. (2002) 'The process of deinstitutionalization: an international overview', *Current Opinion in Psychiatry*, 15, s. 187-192.

Fisher, C. E., Spaeth-Rublee, B., Pincus, H.A. (2013) 'Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework', *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (1), s. 75–80.

Folkehelseinstituttet (2008). *The Oslo immigrant health profile*. Oslo: Folkehelseinstituttet; rapport: 2008:7. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dav/920ab22ad5.pdf>

Folkehelseinstituttet (2011) *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2011:2).

Folkehelseinstituttet (2014) *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2014:4).

Folketryktdloven (1966) *Lov om folketrygd* av 17. juni 1966 nr. 12.

Forde, D. Morgan, N.S., Klazinga, N.S. (2013) 'Resolving the challenges in the international comparison of health systems: the must do's and the trade-offs', *Health Policy*, s. 112.

Fossestøl, K. og Skarpaas, I (2013). *Modellutprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten – En evaluering*. Arbeidsforskningsinstituttet. AFI-rapport 8/2013.

Foucault, M. (1965) *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Random house.

Fredheim, T., Danbolt, D., Haavet, O.R., Kjønnsberg, K., Lien, L. (2011) 'Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study' *International Journal of Mental Health Systems*, 5:13.

Freeman, H.L., Fryer, T., Henderson, J.H. (1985) *Mental health services in Europe: 10 years on*. Copenhagen: WHO.

Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. New York: Doubleday.

Goodwin, S. (1997) *Comparative Mental Health Policy. From Institutional to Community Care*. London: Sage Publications.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P.S., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., Kaplan, K (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 61(8):807-816. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807.

Gunnes, O., Kastet, O.M., Øgard, B. (1985) *Nye alternativer i psykiatrien*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hagen, H, og Ruud, T. (2004) *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003*. Trondheim: SINTEF Helse.

Hagen, H. (1992) *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1 november 1989*. Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning.

Hagen, H. (1997) *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1 november 1994*. Trondheim: SINTEF Unimed.

Hagen, H. (2001) *Pasienter i psykisk helsevern for voksne. 1 november 1999*. Trondheim: SINTEF Unimed.

Haug, H.J., Rossler, W. (1999) 'Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe', *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, s. 115-122.

Hawton, K. og Van Heeringen, K. (2009), 'Suicide', *The Lancet*, 373(9672), s. 1372-1381.

Heiervang, E., Goodman, A., og Goodman, R. (2008) 'The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), s. 678-685.

Helgerud, J. og Eithun, G. (2010). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hokksund Rehabiliteringssenter/Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (1994) *Nasjonal handlingsplan mot selvmord*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2008) *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1554).

Helsedirektoratet (2009a). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS- 1561)*.

Helsedirektoratet (2009b) *Utviklingstrekkrapport 2009: Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk (IS-1663)*.

Helsedirektoratet (2010) *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet (Veileder IS-1742).

Helsedirektoratet (2010a) *Kvalitet og kompetanse – om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Oslo: Helsedirektoratet (Rapport IS-1914).

Helsedirektoratet (2010b) *Folkehelsearbeidet- veien til god helse for alle*. Rapport Helsedirektoratet (IS 1846).

Helsedirektoratet (2011) *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1948).

Helsedirektoratet (2011) *Distriktpsikiatriske tjenester 2010. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre*. Oslo: Helsedirektoratet (Rapport IS-1926).

Helsedirektoratet (2011c). *Veileder for kommunale frisklivssentra. Etablering og organisering* (Revidert 2013). Oslo: Helsedirektoratet (Rapport IS-1896).

Helsedirektoratet (2012a) *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2010*. Oslo: Helsedirektoratet (Rapport - IS 2035).

Helsedirektoratet (2012b). *Rus- og psykiske lidelser. Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (IS-1948).

Helsedirektoratet (2013) *Rapportering på kommunalt rusarbeid 2012*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-8).

Helsedirektoratet (2014) *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013*. Oslo: Helsedirektoratet (Rapport IS-2194).

Helsedirektoratet (2014a) *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommune og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2076).

Helsedirektoratet (2014b) *Samdata spesialisthelsetjenesten 2013*. Oslo: Helsedirektoratet (Rapport – IS 2194).

Helsedirektoratet (2014c) *Distriktpsikiatriske tjenester i 2013*. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2235).

Helsedirektoratet (2014d) *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013*. Oslo: Helsedirektoratet (Rapport - IS 2243).

Helsedirektoratet (2014e). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning 2014–2017*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2182).

Helsedirektoratet (2014f). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2156).

Holm, A. (2012) *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid. Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*. Oslo: NIBR (NIBR rapport 2012:2)

Høyen, G. (2008) 'Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions', *Journal of Mental Health*, 17 (3), s. 281-292.

Høyen, G. og Drange, H. (1994) 'Utviklingen av tvangsmiddelbruk i norske psykiatriske institusjoner', *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 111, s. 1709-1713.

Jensen, A. (2015) SSB Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk. Årsrapport 2014. Oslo: SSB.

Jones, M. (1988) *Experience in mental health - Community care and social policy*. London: Sage.

Kalseth, J. og Eikemo, T. A. (2008) *Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse - resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008*. Trondheim: SINTEF (SINTEF rapport A055034).

Kalseth, J., Ose, S.O., Kalseth, B., Paulsen, B., Magnussen, M. (2013) *Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Trondheim: SINTEF (SINTEF Rapport A24136).

Karolinska Institutet (2011) *FRÅN TVÅ TILL TIOHUNDRA – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall*. Solna: Karolinska Institutet/Medical Management Centrum (MMC).

Katchnig, H. m. fl. (2006) 'Monitoring service utilisation', i Lavikainen, J. (red.), Fryers, T. (red.), Lehtinen, V. (red.) *Improving mental health information in Europe*. EU: STAKES and European Union.

Katschnig, H. (2011) 'Monitoring service utilization of persons with mental disorders – a case for mapping pathways of care', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, s. 7-13.

Kessler, R. C., W. T. Chiu, O. Demler and E. E. Walters (2005b). "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of general psychiatry* 62(6): 617-627, from ISI:000229628400006.

Kjosavik, S.R., Ruths, S., Hundskaar, S. (2009) 'Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database', *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(7), s. 572–578.

Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., Smith, M. (2011) 'The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience', *Health Soc Care Community*, 19(2), s. 113-125.

Knapp, M., McDaid, D., Amaddeo, F., Constantopoulos, A., Oliveira, M., Salvador-Carulla, L., mfl.. (2007) 'Financing mental health care in Europe', *Journal of Mental Health*, 16, s. 167–80.

Knapp, M., McDaid, D., Parsonage, M. (2011) *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. UK: Department of Health, UK.

Knutzen, M., Bjørkly, S., Bjørnstad, M., Furre, A., Sandvik, L. (2015) *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012*. Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (Rapport 2014 2).

Kodner, D.L. (2009) 'All together now: a conceptual exploration of integrated care', *Healthcare Quarterly*, 13, s. 6-15.

Kolstad, A., Hjort, H. (2006) 'Mental health services in Norway. In Mental health systems compared - Great Britain, Norway, Canada, and the United States', *J Epidemiol Community Health*. USA: Charles C Thomas Publisher Ltd, s. 81-137.

Komitéen til revisjon av sinnssykelovgivningen (1957). Innstilling. Oslo: Sosialdepartementet.

Komitéen til utredning av sykehusordningen (1955) *Om fordelingen av den økonomiske belastningen ved anlegg og drift av sinnssykehus, psykiatriske avdelinger o.l.* Oslo: Sosialdepartementet 1955.

Kringlen, E., Torgersen, S. og Cramer, V. (2001) 'A Norwegian psychiatric epidemiological study', *American Journal of Psychiatry*, 158, s. 1091-1098.

Kunnskapssenteret (2013) *Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2012*. Oslo: Kunnskapssenteret (Notat Januar 2013).

Kunnskapssenteret (2012) *Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre i 2011. Nasjonale resultater i 2011 og utvikling over tid*. Oslo: Kunnskapssenteret (PassOpp-rapport Nr 06-2012).

Lauriks, S., Buster, M.C., de Wit, M.A., Arah, O.A., Klazinga, N.S. (2012) 'Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory' *BMC Public Health.*, 12, s. 214.

Lavikainen, J. (red.), Fryers, T. (red.), Lehtinen, V. (red.) (2006) *Improving mental health information in Europe: Proposal of the MINDFUL project*. Helsinki: STAKES, EU og MINDFUL. [online]. Tilgjengelig fra: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77861/Mindful\\_verkkoversio.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77861/Mindful_verkkoversio.pdf?sequence=1) (Hentet: 14.05.2014).

Leff, J.E. (1997) *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester/New York: John Wiley & Sons.

Lerdal A, Celius, E.H., Gunn, P.(2012). Prescribed exercise: A prospective study of health related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program. *J Phys Act Health*. 2012;5. Epub 2012 Nov 5.

Lilleeng, S.E., Ose, S.O., Bremnes, R., Pedersen, P.B. (2009) *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. November 2007*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.

Lindqvist, R., Rosenberg, D., Fredén, L. (2011) 'Den svenska psykiatireformen i nordisk belysning' *Socialmedicinsk Tidskrift*, Socialmedicinsk tidskrift, 88(6), s. 524-533.

Lora, A. (2009) 'An overview of the mental health system in Italy', *ANN IST SANITA*, 45 (1), s. 5-16.

Løchen, Y. (1965) *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mackinnon, D., Coleborne, C.(2003) 'Introduction: deinstitutionalization in Australia and New Zealand'. *Health & History*, 5 (2), s. 1-16.

Major, E. mfl. (2011) *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2011:1).

MATRIX project, Final report (2013): Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives. Executive Agency for Health and Consumers. Funded by Health Programme of the European Union.

McDaid D, Park AL (2011) Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promot Int*. 2011 Dec;26 Suppl 1:i108-39. doi: 10.1093/heapro/dar059.

Mechanic, D., Rochefort, D. (1994) 'Deinstitutionalization of the Mentally Ill. Efforts for Inclusion', i Mechanic, D. (red.) *Inescapable Decisions. The Imperatives of Health Reform*. New Brunswick/London: Transaction Publishers, s. 165-212.



- Merikangas, K. R., J.-p. He, M. Burstein, S. A. Swanson, S. Avenevoli et al. (2010). "Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A)." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49(10): 980-989.
- Meld.St.19 (2014-2015). Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2015.
- Miller, A. (1985) 'Deinstitutionalisation in retrospect'. *Psychiatric Quarterly*, 57, s. 160-171.
- Moran W og Jacobs R(2013) *An international comparison of efficiency of inpatient mental health care systems. Health Policy* 112 (2013) 88– 99.
- Mossige S og Stefansen K (red) (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA Rapport 20/2007.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., Mathiesen, K. S. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2009:8).
- Nes, R.B., Clench-Aas, J. (2011) *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet (Rapport 2011:2).
- Norton J., David M., Boulenger J.-P. (2004): General Practitioners are bearing an increasing burden of the care of common mental health disorders. *The European Journal of Psychiatry*, Universidad de Zaragoza, 2007, 21 (1), pp.63-70.
- Norvoll, R. (2008) Delrapport 1. *Brukerorienterte alternativer til tvang – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. Trondheim: SINTEF (Rapport A5472).
- Norvoll, R. (red.) (2013) *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Sted: Oslo, Gyldendal.
- NOU 1992:25. *Utredning om lobotomi*. Utredning fra et utvalg nedsatt av Sosialdepartementet 20. februar 1991. Oslo: Sosialdepartementet 1992.
- NOU 2011:9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Regjeringen
- OECD (2011) *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and work*. OECDiLibrary [online] Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-4-en> (Hentet: august 2014).
- OECD (2012) 'Measuring Mental Health and its Links with Employment', i OECD (2011) *Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECDiLibrary [online]. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-4-en> (Hentet: august 2014).
- OECD (2013) *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECDiLibrary [online]. Tilgjengelig fra: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en) (Hentet: august 2014).
- OECD (2014a) *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. DOI :10.1787/9789264208445-en (Hentet: august 2014).

OECD (2014b) *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*. OECDiLibrary [online]. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en> (Hentet: august 2014).

Ose, SO. og Slettebak, R. (2014) *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. Trondheim: SINTEF (Rapport A25834).

Ose, SO. og Slettebak, R. (2013) *Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid med enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene*. Trondheim: Sintef (Rapport A25247).

Ose, SO. og Pettersen I (2014). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne* (PHV) 20. november 2012. Trondheim: SINTEF (Rapport A26086).

Ose, SO. og Kaspersen, S (2015) *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon* Trondheim: SINTEF (Rapport A26582).

Ot.prp. 36 (1967-68) *Om lov om sykehus m.v*. Oslo: Sosialdepartementet, Lov om sykehus m.v. av 19. juni 1969 nr. 57.

Ot.prp. 69 (1959-60) *Om lov om psykiatrisk omsorg*. Oslo: Sosialdepartementet 1960. Lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 nr. 69

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter* av 2. juli 1999 nr. 63.

Papanicolas, I. (red.) og Smith, P. C (red.) (2013) *Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.

Pedersen, P. B. og Bjerkan, A. M. (2008) *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten*. Delrapport III. Trondheim: SINTEF Helse.

Pedersen, P. B. og Kolstad, A.(2009) 'De-institutionalisation and trans-institutionalisation – changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007', *International Journal of Mental Health Systems*, 3 (28) [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.ijmhs.com/content/3/1/28> (Hentet: august 2014).

Pedersen, P. B., Lilleeng, S. E., Sitter, M. (2008) *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse - supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport I*. Trondheim: SINTEF Helse.

Pijl, Y. J., Kluiters, H., Wiersma, D. (2001) 'Deinstitutionalisation in the Netherlands', *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, s. 124-129.

Pilgrim, D., Rogers, A.(1993) *Sociology of Mental Health and Illness*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R.T., Torres-Gonzales, F., Turner, T., Wiersma, D. (2005) 'Reinstitutionalisation in mental-health care: comparison of data on service provision from six European countries'. *British Medical Journal*, 330, s. 123-126.

Priebe, S., Katsakou, C., Glockner, m. fl. (2010) 'Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries', *Br J Psychiatry*, 196 (3), s. 179-85.

Prior, L. (1993) *The Social Organization of Mental Illness*. London/Newbury Park/New Delhi: SAGE Publications.

Psykisk helsevernloven. (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* av 7. februar 1999 nr. 62.

Rafferty, J. (1995) 'Have the 'lunatics taken over the asylums' ? The rising cost of psychiatric services in England and Wales, 1860-1986. ' i Knapp, M. H. (red.) *The Economic Evaluation of Mental Health Care*. Arena, Ashgate Publishing Limited, s. 215-228.

Gamst, M og Martinussen M (2012) Familiens hus/ familiesenter. En nasjonal kartleggingsundersøkelse av norske kommuner. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord- Psykisk helse og barnevern (RKBU NORD). RKBU Rapport 2012-3. Universitetet i Tromsø.

Ramon, S. (1996) *Mental Health in Europe. Ends, Beginnings and Rediscoveries*. Houndsmille/London: Macmillan Press.

Reeves, A. m. fl. (2014) 'Economic suicides in Europe and North America's great recessions'. *Br J Psychiatry*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://bjp.rcpsych.org/>

Regier, D. A., M. E. Farmer, D. S. Rae and et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *JAMA* 264(19): 2511-2518, from <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>.

Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, Vaskinn A, m.fl. The level of illicit drug use is related to symptoms and premorbid functioning in severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* (2008) 118:297–304. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01244.x

Rudkjøbing, A., Strandberg-Larsen, M., Vrangbæk, K., Andersen, J. S., og Krasnik, A. (2014) 'Health Care agreements as a tool for coordinating health and care services'. *Int J Integr Care*, Volume 14, 15 December 2014 [online]. *Int J Integr Care* 2014; Oct–Dec URN:NBN:NL:UI:10-1-114803

Ruud, T., Gråwe, R. og Hatling, T. (2006) *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie*. Trondheim: SINTEF (Rapport SINTEF A 310).

Salize, H. J. og Dressing, H. (2004) 'Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across European Union'. *British Journal of Psychiatry*, 184, s. 163-168.

Salvador-Carulla, m. fl. (2013) 'Evaluation of an integrated system for classification, assessment and comparison of services for long-term care in Europe: the eDESDE-LTC study'. *BMC Health Services Research*, 13, s. 218.

Samdal, O, Leversen I ; Torsheim T; Manger MS ; Brunborg GS ; Wold B (2009). *Trender i helse og livsstil blant barn og unge 1985-2005*. Norske resultater fra studien "Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land." Bergen: Hemil-senteret (HEMIL-rapport 3/2009).

Samdal, O. (2009). *Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner*. Bergen: HEMIL-senteret, Universitet i Bergen; HEMIL-rapport 4/2009.

Sartorius, N. (2001) The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 62(Suppl15), 2001, 8-11.

Scull, A. (1984) *Decarceration. Community Treatment and the Deviant*. A Radical View. Utgave 2. Cambridge: Polity Press.

- Sealy, P., Whitehead, P. C. (2004) 'Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: An empirical assessment', *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, s. 249-257.
- Seip, A. L. (1994) *Veiene til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920-75*. Oslo: Gyldendal.
- Sihvo S, Wahlbeck K, McCallum A, Sevon T, Arffman M, Haukka J, Keskimäki I, Hemminki E (2010). Increase in the duration of antidepressant treatment from 1994 to 2003: a nationwide population-based study from Finland. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010 Nov;19(11):1186-93. doi: 10.1002/pds.2017.
- Semrau, M., Barley, E.A., Law, A., m. fl. (2011) 'Lessons learned in developing community mental health care in Europe. Mental Health Policy Paper'. *World Psychiatry*, 10, s. 217-225.
- Sheff, T. J. (2009) *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. New York: Aldine.
- Shorter, E. (1997) *A History of Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons.
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257–64. Doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050695.
- Slettebak R T og Ose S O (2013) *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011*. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon Trondheim: SINTEF (rapport A23879)
- Smith, P. C., Papanicolas, I. (2012) *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (IS-1370).
- St.meld nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen — Rett behandling — på rett sted — til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 9 (1974-75). *Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen* Oslo: Sosialdepartementet.
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet 1998.
- SSBs HUS (2012): *Trends in mental health. A strategy to adjust for nonresponse bias*.
- STAKES (2002) *Establishment of a set of mental health indicators for European Union*. Helsinki: STAKES. Online: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/1998/monitoring/fp\\_monitoring\\_1998\\_frep\\_09\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_frep_09_en.pdf)
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F. og Whittington, R. (2010) 'Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: A literature review and survey of international trends'. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, s. 889-897.

Støvind, H., Hanneborg EM., og Ruud, T (2012). *Bedre tid med brukerstyrte innleggelses?* Brukerstyrte innleggelses ga færre oppholdsdøgn og fornøyde pasienter i spesialisthelsetjenesten ved Akershus universitetssykehus. *Sykepleien* 14 /2012.

Sun, X., Tang, W., Ye, T., Zhang, Y., Wen, B., Zhang, L. (2014) 'Integrated care: a comprehensive bibliometric analysis and literature review'. *Int J Integr Care, Volume 14, 12 June 2014* [online]. *Int J Integr Care* 2014; Apr–Jun; URN:NBN:NL:UI:10-1-114784 (Hentet: 04.01.2015).

Svindseth, M. F. (2010) *A study of Humiliation, Narcissism and Treatment Outcome in Patients Admitted to Psychiatric Emergency Units*. Ph.d. NTNU.

Szasz, T. S. (1961) *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper & Row.

Thomson, S., Foubister, T. og Mossialos, E. (2009) *Financing Health care in the European Union. Challenges and policy responses. Observatory Studies Series No 17. European Observatory on Health Systems and policies*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Thornicroft, G. og Tansella, M. (1999) *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press.

Thornicroft, G. og Tansella, M. (2004) 'Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence.' *The British Journal of Psychiatry*, 185, s. 283-290.

Thornicroft, G. og Tansella, M. (2013) 'The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare'. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 246–248. [online] DOI: 0.1192/bjp.bp.112.111377 (Hentet: august 2014).

Thornicroft, G. og Bebbington, P.(1989) 'Deinstitutionalization - from Hospital Closure to Service Development'. *British Journal of Psychiatry*, 155, s. 739-753.

Titelman, D., Oskarsson, H., Wahlbeck, K., Nordentoft, M., Mehlum, L., Jiang, G. X., Erlangsen, A., Nruham, L., Wasserman, D. (2013) 'Suicide mortality trends in the Nordic countries 1980-2009'. *Nord J Psychiatry*, Vol. 67, No. 6, Pages 414-423 (doi:10.3109/08039488.2012.752036)

Thoresen s og Hjemdal OK (2014). *Vold og voldtekt i Norge*. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress a/s. Rapport 1/2014.

Tsasis, P., Evans, J.M., Owen, S. (2012) 'Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective'. *Int J Integr Care*,. Sep 18;12:e190.

Tøndel, G. og Ose, S.O. (2014) *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*. Trondheim: SINTEF (Rapport SINTEF A26357).

Ürstün, T. B. & Kessler, R. C. (2002). Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *British Journal of Psychiatry*, 181, 181–183.

Von Soest, T. (2012) Ung i Norge-studiene: Tidstrender for depressive symptomer blant norske ungdommer fra 1992 til 2010. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 12(2), 3–20.

Wadmann, S., Strandberg-Larsen, M., Vrangbæk, K. (2009) 'Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden'. *International Journal of Integrated Care*, 9.

Wahlbeck, K. (2006). *MINDFUL - Mental health information and determinants for the European level. Final technical implementation report*. Helsinki: STAKES.

Wahlbeck, K. (2011) 'European comparisons between mental health services'. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Mar;20(1):15-8.

Weibold, B., Katschnig, H., Cetrano, C., Chevreur, K., Ghenea, D., Kalseth, B., Kalseth, J., Kontio, R., Malin, M., Matosevic, T., McDaid, D., Motrico, E., Prigent, A., Salazzari, D., Salvador-Carulla, L., Sfetcu R and the REFINEMENT Group (2013) *Comparative Report on Pathway Differences in the REFINEMENT Partner Countries*. Verona: Università degli Studi di Verona. (Upublisert).

Weidman B (2012): "Experiences and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness". Dissertation. Karlstad Universitet. Faculty of Social and Life Sciences. Department of Nursing Karlstad University Studies 2012:17.

WHO (2001a) *The World Health Report 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2001b) *Atlas – Mental Health Resources in the World 2001*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2005a) *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen: World Health Organization.

WHO (2005b) *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2005c) *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. WHO: Geneva; 2005. Tilgjengelig fra URL: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html) (Hentet: august 2014).

WHO (2008a) *Policies and Practices for Mental Health in Europe- meeting the challenges*. Copenhagen: World Health Organization. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)

WHO (2008b) *The World Health Organization World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2009) *Improving health systems and services for mental health*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2011a) *Mental Health Atlas. Country Profiles*. World Health Organization. [online]. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles/en/index.html#N](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/index.html#N) (Hentet: August 2014).

WHO (2011b) *Mental Health Atlas. Department of Mental Health and Substance Abuse*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2011c) *World Health Organization National Health Account database*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

WHO (2011d) *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

WHO (2013) *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2013a). *The European Mental Health Action Plan*. Regional Committee for Europe Sixty-third session. Çeşme Izmir, Turkey, 16–19 September 2013. Copenhagen: World Health Organization Regional Office For Europe.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., mfl., (2011) 'The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010'. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 21(9), s. 655-79.

Øgard, B., Kolstad, A., Kindseth, O. (1986) *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1984*. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.

Øgard, B. (1981) *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1979. En undersøkelse spesielt med henblikk på langtidspatientenes situasjon*. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.

Ådnanes, M., Kaspersen, S., Husum, T. L., Ose, S. O. (2013) *Effektvurdering av Helsedirektoratets modellforsøk og tilskudd til psykologer i kommunen*. Trondheim: SINTEF (SINTEF rapport A23869).

Ådnanes, M., Kaspersen, S., Husum T, og Ose SO. (2013) *Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen*. Trondheim: SINTEF (Rapport A23869).













## Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000  
St Olavs plass, 0130 Oslo  
Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
E-post: [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)