

Fastleger som portvakt og vurdering av henvisninger: Sikrer det rett behandling på rett nivå til rett tid for pasienter som trenger psykisk helsehjelp?

Sondre Hasvold og Mette Camilla Moen

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

30 studiepoeng

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Institutt for helse og samfunn,
Det medisinske fakultet,
Universitetet i Oslo



Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1. Sammendrag..... | 4 |
| 2. Introduksjon..... | 7 |
| 2.1 Forsknings spørsmål | 7 |
| 3. Bakgrunn | 10 |
| 3.1. Forekomst av psykiske lidelser | 10 |
| 3.2. Behandling av psykiske lidelser i norsk helsevesen | 10 |
| 3.3 Oppgavefordeling primærhelsetjenesten/spesialisthelsetjenesten | 11 |
| 3.4 Spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern..... | 11 |
| 4. Organisering av helsetjenestene i Vestfold | 13 |
| 4.1. Kommunale psykiatritjenester | 13 |
| 4.2. Larvik kommunes tilbud..... | 13 |
| 4.3 Spesialisthelsetjeneste | 14 |
| 4.3.1 DPS Vestfold..... | 14 |
| 4.3.2 Bemanning | 15 |
| 4.4 Pakkeforløp/pasientforløp..... | 15 |
| 4.4.1 Forløpstider | 16 |
| 4.5 Sykelighet i befolkningen | 18 |
| 4.6 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten | 19 |
| 4.7. Fastlegenes rolle | 21 |
| 4.8 Portvaktfunksjonen | 21 |
| 4.9 Rettighetsvurderinger | 23 |
| 4.10 Organisering av inntaksarbeid DPS Vestfold | 25 |
| 4.11 Avslag..... | 26 |
| 5. Metode | 30 |
| 5.1. Godkjenninger..... | 30 |
| 5.2. Utvalg | 30 |
| 5.3. Rekruttering av spesialister | 31 |
| 5.4. Gjennomføring av prosjektet | 32 |
| 5.5. Eksklusjon | 33 |
| 5.6. Pasientene inkludert i prosjektet | 33 |
| 5.7. Innhenting av data | 36 |
| 5.8. Håndtering av data..... | 37 |
| 5.9. Analyser | 38 |

| | |
|--|----|
| 5.10. Beregning av ressursbehov | 39 |
| 5.10. Forløpstider | 44 |
| 6. Resultater..... | 44 |
| 6.1. Beskrivende statistikk | 44 |
| 6.2. Statistiske analyser..... | 52 |
| 6.3 Regresjonsanalyser | 54 |
| 6.4 Ressursbehov | 56 |
| 6.5 Estimert ressursbehov ved spesialistvurdering på alle henviste pasienter i 2023 hvis disse tallene er representative | 59 |
| 6.6 Forløpstider og ventetider | 61 |
| 7. Diskusjon..... | 62 |
| 7.1. Studiedesign..... | 63 |
| 7.2. Pasientpopulasjonen..... | 64 |
| 7.3. Underliggende variabler | 65 |
| 7.4 Spesifisitet og sensitivitet | 67 |
| 7.5 Ressursbruk | 68 |
| 7.6 Fastlege som portvakt | 69 |
| 7.7 Pasientforløp..... | 70 |
| 8. Konklusjon | 70 |
| Takk til | 72 |
| Om forfatterne | 72 |
| Referanser | 73 |
| Vedlegg | 77 |

1. Sammendrag

Bakgrunn: Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har sammen ansvaret for pasienter med psykisk lidelse. Arbeidsfordelingen er beskrevet i «Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern» (1) og «Sammen om mestring» (2). Fastlegene skal fungere som portvakt, og rettighetsvurderingene gjøres på bakgrunn av opplysninger i henvisningen. På tross av mye opplysningsarbeid, møtevirksomhet og veiledning, er det fortsatt krevende for fastlegene å henvide rett nivå, så mange henvisninger resulterer i avslag. Videre er det stor variasjon i hvordan spesialistene vurderer henvisningene (3). BUP Øvre Romerike fikk Helse Sør Østs forbedringspris i 2021 for sitt inntaksprosjekt «All in» der de tok alle pasienter henvist fra en av sine opptakskommuner inn til basisutredning (4). Resultatet ble at 10% av de pasientene som normalt ville blitt tatt inn basert på papirvurdering av henvisning, ikke hadde behov for spesialisthelsetjeneste. 12 % av de som ville fått avslag basert på papirhenvisning, ble tatt inn etter basisutredningen. Vi kjenner ikke til at det er utført tilsvarende i en voksenpsykiatrisk pasientpopulasjon.

Det er nå sterke føringer politisk og i det regionale helseforetaket på at pasienter ikke skal avvises ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. Vi ønsket derfor å gjennomføre et liknende prosjekt som BUP Øvre Romerike for å se om det er samsvar mellom de rettighetsvurderingene som gjøres på bakgrunn av opplysninger i henvisningen (papirvurdering) og den kliniske vurderingen som gjøres av spesialist. Hvis det viste seg å ikke være fullt samsvar, ønsket vi å se om det var pasientgrupper vi «bommet» mer på enn andre og om kvalitet på henvisningen hadde noe å si for utfallet. Videre ønsket vi å estimere ressursbruk, samt hvordan det å innføre en første samtale på alle også påvirket pasientforløpene.

Metode: Pasienter bosatt i Larvik kommune på henvisningstidspunktet ble i perioden 10.03.22 – 17.06.22 inkludert i prosjektet. Alle pasienter unntatt psykosepasienter, øyeblikkelig hjelp og pasienter til Helse og arbeid ble inkludert. Alle henvisninger ble rettighetsvurdert som vanlig basert på innhold i henvisningene i DPSetts inntaksteam. Etter ordinær rettighetsvurdering på papiret, ble alle inkluderte pasienter satt opp på samtale hos spesialist uavhengig om det var vurdert avslag eller rett til behandling/utredning i inntaksteam. Spesialistene som gjennomførte den kliniske vurderingen, fylte ut skjema på hver pasient med variablene Kjønn (mann, kvinne og annet), Aldersgruppe (18-30, 30-50,

over 50), Vurdering av henvisning (rett til utredning, rett til behandling, avslag)

Diagnosegruppe ved vurdering av henvisning (), Anbefaling etter samtale (), Diagnosegruppe etter samtale (). Vi registrerte også hvilken spesialist som gjorde den kliniske vurderingen.

Resultatene ble lagt inn i SPSS og det ble hentet ut deskriptiv statistikk. Det ble satt opp krystabell Cohens Kappa for å se på grad av samsvar mellom rettighetsvurdering basert på opplysninger i henvisningen og klinisk vurdering.

Vi gjennomførte logistisk regresjon for å kartlegge underliggende faktorer som alder, kjønn, kvalitet henvisning og hvilken spesialist som vurderte pasienten opp mot utfallet av vurderingssamtalen. Tilsvarende ble det gjennomført en logistisk regresjonsanalyse som sjekket disse variablene opp mot endring i vurdering fra vurdering av henvisning til vurderingssamtale. Vi beskriver også hvordan enkelte diagnosegrupper endrer seg fra papir til samtalevurdering.

Vi beregnet endring i ressursbehov ved spesialistvurdering på alle henviste pasienter sammenliknet med nåværende praksis for inntak. Ressursbehov ved full bredding av spesialistvurdering på alle henviste pasienter ble estimert ved å ekstrapolere resultatene fra denne undersøkelsen.

Forløpstider for pasientene ble hentet fra lokal Qlick View-app utarbeidet av sykehusets analyseavdeling.

Resultater: Ved rettighetsvurdering basert på innhold i henvisning ble 41% vurdert til avslag, mens etter klinisk vurdering hos spesialist ble 33% vurdert å ikke ha behov for spesialisthelsetjeneste. Blant de pasientene som ble gitt rett til utredning fra inntaksteam, ble 22,8% vurdert å likevel ikke ha behov for DPS etter første samtale, mens for 12 av de 13 pasientene som ble vurdert til rett til behandling ble vurderingen opprettholdt etter klinisk vurdering. Av pasientene som ble vurdert til avslag av inntaksteam, ble 45,2% likevel vurdert i behov av spesialisthelsetjeneste etter første samtale.

Ved logistisk regresjonsanalyse fant vi at diagnosegruppe spiller signifikant inn for om pasienten får rett til helsehjelp eller avslag, og diagnosegruppe virker også å kunne predikere om vurdering av henvisning blir endret ved vurderingssamtale. Vi fant for øvrig ingen andre variabler som signifikant kunne predikere rettighet eller avslag eller om vurderingen ble endret. Omleggingen av inntaksarbeid fra vanlig rettighetsvurdering på papir til at alle pasienter skulle møte spesialist for vurdering vil i vårt materiale medføre økt behov for

vurderingskapasitet med 23%. I prosjektperioden medførte endret praksis til økning av andel pasienter som ikke var utredet innen anbefalt forløpstid fra 10% til 30%.

Konklusjon: Studien vår tyder på at rettighetsvurdering basert på opplysninger i henvisning i for liten grad samsvarer med klinisk vurdering til at dagens organisering med fastlege som portvakt og henvisningsbasert rettighetsvurdering sørger for at alle pasienter med behov for psykisk helsehjelp får rett behandling på rett sted til rett tid. Videre vil en omlegging av inntaksarbeidet til at ingen skal avslås, men møte spesialist for vurdering føre til en ressursforskyving av spesialister fra pasientbehandling til vurdering av pasienter som skulle hatt hjelp i primærhelsetjenesten. Beregning av ressursbruk tilsier også at man ved å ta alle inn til vurdering forbruker mer ressurser totalt enn ved vurderinger av henvisning. Funnene våre bør lede til en drøfting av hvordan rett hjelp på rett sted til rett tid skal sikres, og hvordan man best kan organisere seg for optimal ressursutnyttelse innen psykisk helsevern, siden dagens organisering i for liten grad fører til det.

2. Introduksjon

Det er høy forekomst av psykiske lidelser i befolkningen (5). Både kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern har ansvar for pasienter over 18 år med psykiske lidelser. Arbeidsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er beskrevet av myndighetene i veilederne «Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern» (1) og «Sammen om mestring» (2).

De distriktpspsykiatriske senterne (DPSene) er å regne som lokalsykehus i spesialisthelsetjenesten og skal sørge for spesialisthelsetjenester innen psykisk helse til de pasientene som ikke har behov for spesialiserte sykehusfunksjoner (5). Fastlegene skal fungere som portvakter slik at ressursene i spesialisthelsetjenesten brukes på de riktige pasientene. Det viser seg utfordrende for fastlegene å sortere riktig, og mange henvisningene til DPS resulterer i avslag. De siste årene har det vært stort fokus på at for mange pasienter avslås innen psykisk helsevern, både politisk og i de regionale helseforetakene.

BUP Øvre Romerike fikk forbedringsprisen i Helse Sør-Øst pga sitt prosjekt «All in» der de tok inn alle pasienter henvist fra en kommune til basisutredning (4). Resultatet var at 10% av de pasientene som normalt ville blitt tatt inn basert på papirvurdering av henvisning, ikke hadde behov for spesialisthelsetjeneste. 12% av de som ville fått avslag basert på papirhenvisning, ble tatt inn etter basisutredningen. Vi kjenner ikke til at det er utført tilsvarende i en voksenpsykiatrisk pasientpopulasjon.

DPS Vestfold mottok i 2021 ca 5400 henvisninger til elektiv poliklinisk utredning og/eller behandling, og avviste 28,7% av disse. Vet vi at rettighetsvurdering basert på informasjon i henvisning sikrer at pasientene får riktig hjelp på riktig tjenestenivå? Og hvilke implikasjoner vil det gi for helsetjenesten om vi tar alle henviste pasienter inn til vurdering hos spesialist?

2.1 Forskningsspørsmål

Studien tar for seg rettighetsvurderinger for pasienter med bostedsadresse Larvik kommune henvist til DPS Vestfold i perioden 10.03.22 -17.06.22. Vi ønsker å besvare følgende spørsmål:

1. Hvor mange av pasientene som ble avvist på bakgrunn av rettighetsvurdering basert på innhold i henvisningen (papirvurdering) ville vært tatt inn om de ble klinisk vurdert?

2. Hvor mange av pasientene som ble gitt rett til utredning eller behandling ved papirvurdering vurderes å ikke ha behov for spesialisthelsetjeneste ved klinisk vurdering?
3. Har diagnosekategori, kjønn og/eller alder på pasientene noe å si for utfallet av papirvurdering vs klinisk vurdering?
4. Har vurdert kvalitet på henvisning noe å si for utfallet av papirvurdering vs klinisk vurdering?
5. Hvordan påvirkes pasientforløpet av at alle får første samtale?
6. Hva er estimert ressurskrav hvis spesialistvurdering skal innføres på alle henviste pasienter?

Studien vil gi en indikasjon på om dagens organisering av fastleger som portvakt til spesialisthelsetjenesten og DPSets inntaksvurdering sørger for rett hjelp til rett tid på rett sted for pasientene slik intensjonen er. Videre kan den gi en indikasjon på om det er enkelte pasientkategorier det er vanskeligere å rettighetsvurdere basert på opplysninger i henvisning. Studien vil også kunne si noe om hvordan en slik endring av veien inn til DPS vil kunne påvirke tjenestetilbudet og ressursbehov.

I 3. Bakgrunn gjør vi rede for forekomst av psykiske lidelser og hvordan helsetjenesten er organisert for pasienter med psykiske lidelser i Norge, herunder oppgavedeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi tar kort for oss hvordan spesialisthelsetjenesten er bygd opp i Norge og hvordan det er lokalt i Vestfold både med hensyn til primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Vi gjør rede for pakkeforløp i psykisk helsevern og forløpstider, før vi ser på sykkelighet i befolkningen, henvisninger til spesialisthelsetjenesten og fastlegens rolle i dette, særlig som portvakt. Vi går så nærmere inn på rettighetsvurderinger og hva som er gjort av forskning på området, samt temaet avslag/andel avviste.

Under 5. Metode redegjør vi for godkjenninger, rekruttering av spesialister til prosjektet og den praktiske gjennomføringen; herunder inklusjon- og eksklusjonskriterier. Vi opplyser så om hvordan data ble innhentet og hvilke statistiske metoder vi har valgt for å analysere tallene.

I 6. Resultater viser vi den deskriptive statistikken og resultat av analysene, hvordan forløpstidene ble påvirket og estimert ressurskrav.

Gjennom kapittelet 7. Diskusjon drøfter vi grundig studiens svakheter, mulige årsaker til resultatene og mulige fortolkninger av resultatene. Til slutt under 8. Konklusjon tar vi stilling til hva funnene våre kan bety og bør føre til av behov for å vurdere endret organisering for å sikre rett hjelp på rett sted til rett tid for pasienter i behov av helsehjelp for psykiske lidelser.

3. Bakgrunn

3.1. Forekomst av psykiske lidelser

Psykiske lidelser er utbredt i befolkningen. I 2020 var omtrent 15% av alle menn og 22% av alle kvinner i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt) pga psykiske lidelser og 5% av alle menn og 7% av alle kvinner var i kontakt med spesialisthelsetjenesten (6).

Forekomsten av psykiske lidelser er høyere, for studier viser at mange med psykiske lidelser aldri søker helsetjenesten for hjelp (6).

3.2. Behandling av psykiske lidelser i norsk helsevesen

Norge har et sterkt offentlig helsetilbud til pasienter med psykisk lidelse. I 2021 ble 267 000 pasienter behandlet i psykisk helsevern for voksne (7). Avtalespesialister regnes som del av spesialisthelsetjenesten og i 2018 utgjorde konsultasjoner hos avtalespesialister 13% av konsultasjonene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) i Norge (8). Ca 48 000 pasienter mottok behandling hos disse avtalespesialistene i 2019 (6).

Noen er også i behandling hos helprivate psykologer og psykiatere. En undersøkelse gjennomført av Oslo Economics på oppdrag fra Psykologforeningen anslår 400 helprivate psykologer i Norge, og i 2020 var det ca 2300 psykologårsverk i psykisk helsevern for voksne (9). Antallet pasienter i behandling hos disse psykologene er likevel lite sammenliknet med offentlig helsevesen.

I tillegg til psykologer og psykiatere er det en del andre terapeuter som driver helprivat, og noen pasienter vil få behandling hos disse.

Vi forholder oss likevel til at langt de fleste pasientene som har behov for behandling av psykisk lidelse får dette i det offentlige hjelpeapparatet, og da i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

3.3 Oppgavefordeling primærhelsetjenesten/spesialisthelsetjenesten

«Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern» angir hvilke tilstander som skal prioriteres til spesialisthelsetjenesten (1). Det skal tas hensyn til alvorlighet/funksjonstap, varighet, forventet nytte av behandlingen, kostnadseffektivitet og individuelle forhold.

«Sammen om mestring – lokalt psykiske helsearbeid og rusarbeid for voksne» beskriver oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (2). Fra innledning, side 19: *«Veilederen retter seg i første rekke til lokale tjenesteutøvere og ledere i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, som har et ansvar for å yte eller tilby tjenester til voksne over 18 år med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer»*

Veilederen kategoriserer pasientene i tre hovedforløp (side 48):

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser

Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

Hovedforløp 1 skal få sitt tilbud i kommunen, i hovedforløp 2 har både kommune og spesialisthelsetjeneste en rolle. Hovedforløp 3 skal alltid forankres i spesialisthelsetjeneste, enten ved aktiv behandling eller veiledning av kommune.

3.4 Spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern

I tillegg til avtalespesialistene, består spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern av den såkalte sykehuspsykiatrien, som omfatter de høyspesialiserte tjenestene til de sykeste pasientene, samt de distriktpspsykiatriske senterne (DPS). DPSene kan betegnes som lokalsykehus innen psykisk helsevern. Tittelen på helsedirektoratets veileder IS-1388 oppsummerer plasseringen av DPSene: *Distriktpspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* (5). DPSene har således ansvar for spesialisthelsetjenester innenfor et geografisk avgrenset område.

DPS-enes kjerneoppgaver er ifølge denne veilederen:

- Akutt- og krisetjenester
- Vurdering og utredning av henviste pasienter
- Differensiert behandling i form av:
 - poliklinisk undersøkelse og behandling til enkeltpasienter, par eller familier
 - ambulans behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser
 - strukturert dagbehandling
 - krise- og korttidsbehandling på døgnenhet
 - lengre tids døgnbehandling
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Veiledning til psykisk helsearbeid i kommunen
- Forskning og kvalitetsutvikling
- Utdanning av helsepersonell

I 2018 var det 77 DPS i Norge, de fleste organisert under offentlige sykehus, men noen også private (10).

4. Organisering av helsetjenestene i Vestfold

4.1. Kommunale psykiatritjenester

«Sammen om mestring – lokalt psykiske helsearbeid og rusarbeid for voksne» gjør det klart hvilke tjenester kommunene skal tilby, men sier ingenting om hvordan kommunene organiserer seg (2). Kommunene i gamle Vestfold fylke, som er Sykehuset i Vestfolds opptaksområde, omfatter Larvik, Sandefjord, Tønsberg, Færder, Horten og Holmestrand. Kommunene har organisert seg ulikt, både med navn på tjenestene og ulike tjenestetilbud. Ventetidene varierer betydelig, både til de vedtaksbaserte tjenestene og de ikke-vedtaksbaserte. I noen kommuner kan pasientene selv søke alle tjenestene, mens i andre kommuner må pasienten ha henvisning fra fastlege til enkelte av tjenestene.

4.2. Larvik kommunes tilbud

Kommunen har organisert tilbudet til sine pasienter med rus og psykiatri i Virksomhet psykisk helse og avhengighet. Virksomheten har 120 ansatte fordelt på 103 årsverk og gir tilbud til ca 500 personer med vedtak og ca 1300 personer uten vedtak. Virksomheten er organisert i fem avdelinger: Løkka Bo- og avklaring, Botiltak Yttersølia og Botiltak Brannvaktsgate 23b, Botiltak Kristian Fredriks vei og Botiltak Storgata 101, Rus og psykisk helsehjelp, samt Friskliv og mestring. Avdeling Friskliv og mestring tar for seg pasienter i hovedforløp 1 (2), mens Rus og psykisk helsehjelp gir tilbud til pasienter i hovedforløp 2 og 3. For å få psykisk helsehjelp i Larvik, er det tre veier inn:

1. Pasienter i **hovedforløp 1** milde og kortvarige problemer (ikke vedtaksbasert tjeneste):
Henvises fra fastlege/andre behandlere → henvisning sendes Mestringsteam → leses av psykolog/terapeut i Mestringsteam x1 pr uke → vurdering av tilbud som assistert selvhjelp ulike kurs, gruppebasert eller individuelle samtaler (inntil 8 samtaler) → ventetid 1-4 uker → oppstart tjenester
2. Pasienter i **hovedforløp 2** (vedtaksbaserte tjenester):
Henvises fra fastlege/andre behandlere → henvisning sendes Tjenestekontoret → leses av saksbehandler → ventetid 6-12 uker → kartleggingssamtale avtales i hjemmet eller kommunens lokaler → vedtak fattes (evt info om ikke vedtaksbaserte tjenester) → fordelingsmøte x1 pr uke → ventetid 12 uker → oppstart tjeneste.

3. Pasienter i **hovedforløp 3** (vedtaksbaserte tjenester):

Egensøknad hjemmeside Larvik kommune; virksomhet psykisk helse og avhengighet → søke digitalt eller på analogt skjema → sendes Tjenestekontoret → leses av saksbehandler → ventetid 6 – 12 uker → kartleggingssamtale avtales i hjemmet eller kommunens lokaler → vedtak fattes (evt info om ikke vedtaksbaserte tjenester) → fordelingsmøte x1 pr uke → ventetid 12 uker → oppstart tjeneste.

Til sammenlikning er veien inn til DPS – spesialisthelsetjeneste slik:

Henvises fra fastlege/psykolog til DPS → henvisning leses/vurderes av spesialist daglig → vurderes avslag eller utredning/behandling → ventetid 1-8 uker (avhengig av alvorlighetsgrad og hast) → oppstart tjeneste.

4.3 Spesialisthelsetjeneste

Sykehuset i Vestfold har ansvar for spesialisthelsetjenester til kommunene i gamle Vestfold fylke og befolkningsgrunnlaget er ca 240 000, herunder kommunene Larvik, Sandefjord, Tønsberg, Færder, Horten og deler av Holmestrand. Tidligere Sande kommune (nå del av Holmestrand kommune) sokner fortsatt til Vestre Viken (11).

Alle spesialisthelsetjenester innen rus og psykisk helsevern er samlet i Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA). Klinikken har i 2022 960 årsverk og budsjett på 926 millioner.

Klinikkens avdelinger er Psykiatrisk sykehusavdeling (PSY), Avdeling for rus og avhengighet (ARA), Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA), Autismeavdeling og DPS Vestfold.

Ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for pasienter fra 18 år er delt mellom Psykiatrisk sykehusavdeling og DPS Vestfold. Psykiatrisk sykehusavdeling rommer akuttpostene, langtids- og sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatrisk døgnpost og - poliklinikk, ECT-poliklinikk, spiseforstyrrelsespoliklinikk og nevropsykiatrisk poliklinikk.

4.3.1 DPS Vestfold

DPS Vestfold er Norges største DPS etter sammenslåingen av daværende Søndre Vestfold DPS og Nordre Vestfold DPS pr 01.01.2018. Avdelingen har i 2022 et budsjett på 263 millioner kroner og har 293 årsverk fordelt på ca 350 ansatte. DPSet har drift på fem

lokasjoner i Vestfold, hoveddrift på tre og består av tre allmennpsykiatriske poliklinikker, to psykosepoliklinikker, rus- og psykisk lidelsepoliklinikk, ambulant akutteam, helse- og arbeidspoliklinikk, tre døgnposter med til sammen 38 sengeplasser, to kontorseksjoner og en seksjon for fellesfunksjoner og tjenesteutvikling.

DPS Vestfold har til enhver tid ca 3000 pasienter innskrevet og ca 2000 pasienter i de tre allmennpsykiatriske poliklinikkene. Avdelingen mottok ca 5400 henvisninger i 2021 og 2840 henvisninger første halvår 2022 til rettighetsvurdering.

4.3.2 Bemanning

DPSene i Norge har i ulik grad rekrutteringsvansker når det kommer til psykologspesialister og psykiatere (12). Det er også i varierende grad vansker med å rekruttere psykologer og leger til spesialistutdanning innen psykiatri. Vestfold har likevel relativt høy dekning av polikliniske og ambulante årsverk, gradert som 4 middels høy i SAMDATA (13). Det er de polikliniske årsverkene som er involvert i vurdering og behandling av de elektive henvisningene. Sykehuset i Vestfold har 10 polikliniske årsverk pr 10 000 innbyggere, mens Helse Sør-Øst totalt har 8. Antall spesialistårsverk i poliklinikkene i DPS er 49. Psykiatrisk sykehusavdeling har 7. I tillegg er det 36 avtalespesialister i gamle Vestfold fylke (14).

4.4 Pakkeforløp/pasientforløp

I 2019 ble pakkeforløp for psykisk helse for voksne innført. Målsetningen med pakkeforløpene er (15).

- *Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet*
- *Sammenhengende og koordinerte pasientforløp*
- *Unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging*
- *Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor*
- *Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner*

Alle pasienter som henvises elektivt til spesialisthelsetjenesten, skal inn i pakkeforløp. «Pasienten skal henvises til pakkeforløpet når ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse foreligger» (15) og det vises til prioriteringsveilederen (1). Det angis videre hva som skal kartlegges før henvisning og hva en henvisning bør inneholde (15). Selv om henvisningen er svært mangelfull, har ikke spesialisthelsetjenesten anledning til å avvise på dette grunnlaget, men har selv ansvar for å innhente nødvendig informasjon fra fastlege, henviser og/eller pasient før rettighetsvurderingen kan gjøres. (16). Henvisningen skal vurderes innen 10 virkedager og rettighetsvurderingen skal gjøres på bakgrunn av opplysninger i henvisningen. Pakkeforløpene angir også at spesialist skal involveres tidlig i forløpet, ved diagnostisk vurdering og ved hvert evalueringspunkt og ved avslutning. Hvis spesialist ikke er lege, skal lege også involveres i alle evalueringspunkter for å følge opp somatisk helse, levevaner og medikamentell behandling (15).

4.4.1 Forløpstider

Fra første oppmøte hos behandler i poliklinikk skal basisutredning være ferdigstilt innen 6 uker, ved behov for utvidet utredning har man ytterligere 6 uker. Målet er at minst 80% av pasientene skal være ferdig utredet innen makstid før man tar klinisk beslutning om behandling eller ikke behov for spesialisthelsetjeneste. Innhold i basisutredning er gjengitt i ramme 1.

Kartleggingsverktøy AUDIT, DUDIT, SCL-90, TRAPS (sendes ut i CheckWare i forkant av samtale, når pasient har fylt ut, legger rapport seg i elektronisk pasientjournal)

Strukturert anamneseopptak:

- Gjennomgang av henvisning / bakgrunn for kontakten
- avklare pasientens behov og forventninger for behandling og oppfølging
- Kartlegge livssituasjon, inkludert ev. mindreårige barn / søsken og om disse har behov for informasjon og oppfølging
- Psykisk og somatisk sykehistorie
- Kartlegge rusmiddelbruk
- Kartlegge voldsrisiko, voldsutsatthet, overgrep og andre traumatiske erfaringer
- Psykisk status
- Vurdering av førerkort

Selvmordsrisikovurdering

M.I.N.I

Legevurdering

- Kartlegge levevaner (kosthold, fysisk aktivitet, røyking, søvn)
- Somatisk status
 - sikre at dette er avklart; dette bør som hovedregel være avklart hos fastlege
- Undersøke legemiddelbruk
 - Vurdering av legemiddelbruk må gjøres av fastlege eller lege innen psykisk helsevern
 - Legemiddelsamstemming mot legemidler i bruk
 - Undersøke for og dokumentere eventuell legemiddelallergi
 - Kartlegge pasientens erfaring med nåværende og eventuell tidligere legemiddelbruk
 - Vurdering av eventuell nåværende legemiddelbehandling mot indikasjon, effekt, bivirkninger
 - Vurdere bruk av [Hjertefrisk-algoritme](#) ved bruk av antipsykotika
- Vurdere behov for tilleggsundersøkelser

Diagnostisk vurdering

Etter ferdig utredning skal det ikke være unødig opphold til behandling starter, og ved oppstart behandling skal pasienten være involvert i behandlingsplanen og informert om de ulike behandlingstilbudene. Dette kodes med egne koder, også er her er målet at minst 80% av pasientene skal ha dette på plass. Etter oppstart behandling skal behandlingen evalueres

jevnlig. Det første evalueringspunktet skal være etter max 6 uker, mens i det videre forløpet innen 12 uker.

Andel forløp innen frist publiseres månedlig på Helsedirektoratets dashboard (17). Vestfold fikk tidlig gode forløpstider. Dette skyldes dels at Sykehuset i Vestfold har utviklet egen app for å følge opp forløpstider og koding, dels at det allerede før innføring av pakkeforløp var etablert såkalte halvdagsutredninger i DPS Vestfold. Ved hjelp av denne organiseringen blir det satt av to timer hos behandler pluss en time hos lege samme dag, og med tilbakemeldingssamtale en uke etter. I minst en av disse fire timene møter pasienten spesialist. Innholdet i basisutredning blir derfor ivare tatt gjennom denne halvdagsutredningen. Tabell 1 viser tall hentet ut fra Dashboard pakkeforløp D11 Januar – mars 2022 (17)

Tabell 1: Pasientforløpstider

| | Andel utredet innen frist | Andel 1. evaluering innen 6 uker | Andel med behandlingsplan | Andel informert om behandlingsmetoder |
|----------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Norge | 72,0% | 44,9% | 42,0% | 45,0% |
| Sykehuset i Vestfold | 89,7% | 73,7% | 88,1% | 94,9% |

4.5 Sykelighet i befolkningen

Folkehelseprofilen for 2022 (18) viser at Vestfold- og Telemark fylke ligger signifikant under landsgjennomsnittet på en rekke indikatorer i folkehelseprofilen. De eneste områdene der fylket skiller seg positivt ut i forhold til landsgjennomsnittet er trangboddhet, trivsel i 10.klasse, hjerte/karsykdom i primærhelsetjenesten og stabilt og godt drikkevann. På indikatoren psykiske symptomer/lidelser inngår brukere av primærhelsetjenestene fastlege og legevakt i aldersgruppen 0-74 år. Her er det 172 pr 1000 i Vestfold og Telemark, mot 160 pr 1000 totalt i Norge. Også når det gjelder god egenvurdert helse ligger befolkningen i Vestfold og Telemark under landet for øvrig, med 77% mot 81%. Tabell 2 viser hvordan dette fordeler seg på Vestfolds kommuner.

Tabell 2: Psykiske lidelser pr 1000

| | Psykiske symptomer/lidelser (pr 1000) |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| Norge | 160 |
| Vestfold og Telemark | 172 |
| Holmestrand | 180 |
| Horten | 187 |
| Færder | 166 |
| Tønsberg | 165 |
| Sandefjord | 186 |
| Larvik | 168 |

Alle kommunene i gamle Vestfold fylke ligger over landsgjennomsnittet i psykiske symptomer/lidelser, altså med høyere registrert forekomst. Holmestrand, Horten og Sandefjord ligger over gjennomsnittet i Vestfold og Telemark fylke, mens Tønsberg, Færder og Larvik ligger under gjennomsnittet i fylket.

4.6 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Riksrevisjonens rapport «Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester» avdekker at mange med psykiske lidelser ikke får hjelp når de trenger det, og at det fortsatt er stor uønsket variasjon i tilbudet til psykisk syke (19).

Antall henviste pasienter pr 1000 innbygger varierer mellom landets fylker og kommuner.

1.tertial 2019 varierte det mellom lavest på 3,39 pr 1000 i Rogaland fylke og høyest med 5,92 pr 1000 innbygger i Vestfold og Telemark, men gjennomsnittet for landet totalt var på 4,82.

(20). I 1.tertial 2022 ligger Rogaland fortsatt lavt med 3,89, mens Troms og Finnmark troner på toppen alene med 6,45 henviste pr 1000 innbygger. Vestfold og Telemark ligger hele tiden over snittet i Norge, og det er de gamle Vestfoldkommunene som trekker opp gjennomsnittet.

(se tabell 3) 1.tertial 2022 ligger Loppa kommune på toppen med 12,79 henviste pr 1000

innbyggere, mens Nord-Aurdal kommune har 2,05 henviste i samme tidsperiode. Tallet for Norge totalt er 5,21. Se tabell 3.

Tabell 3: Antall henviste til DPS per 1000 innbygger

| Antall henviste pr 1000 innbygger | 1.tertial 2019 | 1.tertial 2020 | 1.tertial 2021 | 1.tertial 2022 |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Norge | 4,82 | 4,26 | 5,18 | 5,21 |
| Vestfold og Telemark | 5,92 | 4,67 | 5,65 | 5,44 |
| Holmestrand | 4,90 | 5,63 | 6,00 | 6,08 |
| Horten | 7,57 | 6,22 | 5,27 | 6,11 |
| Færder | 7,34 | 5,39 | 4,38 | 5,45 |
| Tønsberg | 7,38 | 5,19 | 5,75 | 6,12 |
| Sandefjord | 6,73 | 5,05 | 5,89 | 5,95 |
| Larvik | 5,65 | 3,90 | 4,95 | 6,13* |

*i prosjektperioden

Etter en markert tilbakegang fra 2019 til 2020 i de fleste kommuner, ser vi en økning i henvisningsrate i alle kommuner. Larvik skiller seg ut fra de andre Vestfoldkommunene ved at de har ligget lavere enn landsgjennomsnittet fram til 1.tertial i 2022 der det er en markant økning. Henvisningsratene gjelder alle henvisninger til voksenpsykiatrien i Vestfold. DPS Vestfold får brorparten av disse, men ikke alle.

I tabell 4 fremkommer antall henvisninger til poliklinisk (elektiv) rettighetsvurdering i DPS Vestfold. Etter en nedgang i 2020, har antallet henvisninger i 2021 passert 2019-nivået, og tendensen er klart økende. Dette er også tydelig for Larvik og Sandefjord kommune, som er nabokommuner og sammenliknbare i størrelse.

Tabell 4: Antall henvisninger til DPS siste 4 år.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 1.halvår 2022 |
|--|------|------|------|---------------|
| Antall henvisninger til poliklinisk rettighetsvurdering totalt | 5191 | 4966 | 5405 | 2840 |
| Antall henvisninger på pasienter bosatt i Larvik | 750 | 671 | 870 | 476* |
| Antall henvisninger på pasienter bosatt i Sandefjord | 1209 | 1243 | 1364 | 726 |

*i prosjektperioden

4.7. Fastlegenes rolle

Både leger og psykologer har henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, og det er fastlegene som står for de aller fleste henvisningene. Noen få kommer fra somatisk spesialisthelsetjeneste og kommunepsykologer, samt enkelte privatpraktiserende psykologer og leger. Fastlegekrisen har også rammet Vestfold, og det har de siste årene blitt økende vanskeligheter med å rekruttere fastleger. Resultatet er at flere fastlegelister står uten fastlege, eventuelt med vikarer som ikke kjenner pasientene over tid. Pr mars 2022 sto 2,8% av innbyggerne i Norge på en liste uten fastlege (21). Problemet er størst i små kommuner i distriktene, men sentrale og relativt store kommuner i Vestfold har også ledige fastlegelister og rekrutteringsvansker, og vikarbruken er økende også her.

Fastleger som kjenner pasientene sine og de lokale forholdene er svært viktig. I en studie publisert i British Journal of General Practice av Sandvik et al i 2022 viser man at brudd i kontinuitet for fastlege øker risiko for innleggelse og død (22) For pasienter med depresjon, viser en studie at fastlegens rolle i behandling av denne er viktig (23).

4.8 Portvaktfunksjonen

Fastlegene skal fungere som portvakter slik at ressursene i spesialisthelsetjenesten brukes på de riktige pasientene. I legeforeningens rapport «Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner» oppsummeres det som er av tilgjengelig forskning på området (24). Hovedbidragsytere er Anders Grimsmo som sammenfatter hvordan fastlege som portner bidrar til et mer likeverdig tilbud til alle, i tillegg til Tor Iversen og Geir Godager som viser hvordan portvaktfunksjonen kan være kostnadseffektiv. Grimsmo påpeker at tilgjengelighet er viktig. Ved lav tilgjengelighet øker bruk av legevakt, skadepoliklinikker og akuttmottak. Videre viser også han til at kontinuitet særlig er viktig for pasienter med sammensatte og kroniske lidelser.

Andre studier finner at god fastlegedekning med ledig plasser på listene ikke nødvendigvis fører til lavere forbruk av spesialisthelsetjenester (25). Slik finansieringsordningen av fastlegene er i dag, så får fastlegene tilskudd knyttet til antall pasienter på lista. Fastlegene kan ende i en dobbeltrolle der de både skal forvalte fellesskapets helseressurser ved å være

portvakt, samtidig som man ønsker både at pasienten skal få det beste (pasientens advokat) og ønske om å beholde nok pasienter på lista (26).

Iversen og Godager viser at diagnostisk presisjon er avgjørende for om portvaktfunksjonen skal fungere (24, 26). Ved høy diagnostisk presisjon hos fastlegene behandles de som kan det hos fastlegene, mens riktige pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten. Høy henvisningsrate kan bety at det er høy grad av sykелighet som krever spesialisthelsetjeneste, det kan bety at pasienter som bør henvises stort sett blir henvist, eller det kan bety mange unødvendige henvisninger (26).

Ved somatiske tilstander er det fastlegen selv som utgjør primærhelsetjenesten for de fleste tilstandene. Fastlegen rekvirerer selv de prøvene som er nødvendig for å stille diagnosen og henviser til spesialisthelsetjenesten når egen behandling ikke er tilstrekkelig. Psykisk helsevern er annerledes. Noen fastleger utgjør primærhelsetjenesten også her, og kan ha god kompetanse både på diagnostikk, medikamentell behandling og eksempelvis kognitiv terapi. Men når fastlegen og/eller pasienten ser behov for mer enn det fastlegen kan bidra med, har fastlegen to forvaltningsnivåer å henvise til: ved moderate til alvorlige tilstander er det lokale DPSet riktig instans, mens ved milde til moderate tilstander er det det kommunale psykiatritilbudet som skal benyttes (1,2). Dette innebærer at henvisningsraten i psykisk helsevern i tillegg til sykелighet i befolkningen, kan påvirkes av fastlegenes kunnskap om prioriteringsveilederen og kjennskap og tillit til det lokale tjenestetilbudet. Selv om det foreligger veiledere og offentlige dokumenter som beskriver rollefordelingen og hvilke tilstander som skal inn i spesialisthelsetjenesten, foreligger det ikke tydelige retningslinjer for hva innholdet i kommunal psykisk helsevern skal inneholde (1,2). Det foreligger heller ikke tydelige retningslinjer på hvilke tilstander som det forventes at fastlege skal kunne håndtere, noe som gjør ansvarsområdet til primærhelsetjenesten noe uklart i mange saker. Dette kombinert med at psykisk helsevern ikke er et fag basert på objektive prøvesvar eller åpenbare grenseverdier på objektive tester, men i stor grad er et fag basert på kliniske vurderinger, kan være med på å gjøre grenseoppgangene vanskelige (1). I tillegg vil mange psykiske lidelser variere i symptomuttrykk og funksjonsnedsettelse over tid, uavhengig av behandling (27). Dette kan i praksis bety at pasienten tidlig i et forløp kan tilhøre primærhelsetjenesten, i venteperioden på tiltak bli forverret og tilhøre spesialisthelsetjenesten, motta noe tiltak eller medikamentell behandling og bli bedre for så å

tilhøre primærhelsetjenesten igjen, noe som illustrerer at tidspunktet for vurderingen kan ha mye å si også.

På toppen av dette vil også hjelpesøkeratferden til befolkningen påvirke henvisningsratene, siden mange med psykiske lidelser aldri søker hjelp i offentlig helsevesen (6). Videre har enkelte kommuner så lang ventetid at pasienten kan bli dårligere i ventetiden og likevel ha behov for spesialisthelsetjeneste.

Gjennomgang av tall over tid i DPS Vestfold har vist at det er stor forskjell på henvisningspraksis blant fastlegene i vårt opptaksområde. Noen er storhenviserer fordi de har fastlegelister som nettopp gjenspeiler høy psykisk sykkelighet – og her er avslagsprosenten for den enkelte fastlege lav. Andre henviser mye og har høy individuell avslagsprosent – noe som klart tyder på manglende kunnskap om hvilke pasienter som skal henvises hvor, eller mangelfulle henvisninger. Det siste tilfellet vil utgjøre en stor pasientsikkerhetsrisiko. DPS Vestfold har gjort direkte henvendelser til disse fastlegene for å tilby veiledning og har også oversendt informasjon med henvisningsveileder (se vedlegg 1), uten å få særlig respons på dette. Spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar overfor fastlegene veier tungt, og selv om enkelte fastleger ikke synes å ta denne veiledningen, har temaet ved drøfting med Statsforvalter vist at det skal mye til før det kan kvalifisere til bekymringsmelding. Vi har derfor valgt å ta inn pasienter fra disse enkeltfastlegene i større grad for å avklare alvorlighet i DPS.

Fastlegene i Larvik og Sandefjord har i flere år hatt tilbud om å delta på møter med DPS, kommunal psykiatritjeneste og Nav for å få veiledning og finne løsninger slik at pasienten får riktig hjelp på rett sted til rett tid. Dette er vurdert som nyttig, men likevel er feilhenvisinger som resulterer i avslag et vedvarende problem. Dette kan dels skyldes at ikke alle fastleger deltar på møtene, dels at det likevel er krevende å sortere i en svært hektisk hverdag. Det er i tillegg sendt ut mail til fastlegene med vedlagt henvisningsveileder til hver enkelt kommune, uten at dette ser ut til å ha endret henvisningspraksis.

4.9 Rettighetsvurderinger

Selv om fastlegene skriver gode henvisninger og henviser til rett instans, er det å rettighetsvurdere henvisningene for spesialistene en kilde til mulig uønsket variasjon som kan dels kan forklare noe av variasjon i avvisningsrate mellom helseforetakene. I 2017

gjennomførte Helse Sør-Øst en konsernrevisjon: «Likeverdig og forutsigbar helsehjelp» der de blant annet undersøkte vurderingspraksis i psykisk helsevern (28). 9 allmennpsykiatriske poliklinikker fikk 23 henvisninger de alle skulle vurdere, der man skulle ta stilling til rett til nødvendig helsehjelp eller avslag – Forventet nytte, kostnadseffektivitet og individuelle forhold – Hvilken type rett (utredning/behandling) – Hvilken frist får pasientene (antall uker) – Antatt utrednings-behandlingsforløp. Kun 7 av de 23 henvisningene ble vurdert likt av alle poliklinikkene med tanke på avslag eller rett til spesialisthelsetjeneste. En poliklinikk vurderte avslag i 13 av henvisningene, mens en annen vurderte avslag i 4. I 3 av disse avslagene var det samsvar. Årsakene til at henvisningene ble vurdert så ulikt, handlet om at man vurderte nytte og effekt ulikt, det var ulik praksis på vurdering når pasienten allerede var i behandling hos avtalespesialist, når det forekom informasjon om rusproblematikk i henvisningen, samt at enkelte poliklinikker i større grad ga vurderingssamtaler når de var i tvil.

I 2019 publiserte Stedenfeldt et al artikkelen «Rettingstiltak og kvalitet på henvisninger – grad av samsvar mellom fire smertesentre» i Tidsskriftet for legeforeningen (29). Norge har fire regionale smertesentre som årlig mottar ca 5000 henvisninger. De fire inntaksteamene vurderte 10 egne henvisninger og 30 henvisninger sendt til de andre smertesentrene, som alle ble rettighetsvurdert og kvalitetsvurdert. Nær 50% av henvisningene ble vurdert å ikke inneholde nok informasjon til vurdering av rett til helsehjelp. Og for kun 20% av henvisningene var det absolutt samsvar i vurderingen mellom de fire inntaksteamene.

BUP Øvre Romerike fikk i 2021 forbedringsprisen i Helse Sør-Øst pga sitt prosjekt «All in» der de tok inn alle pasienter henvist fra en kommune til basisutredning (4). Resultatet var at 10% av de pasientene som normalt vill blitt tatt inn basert på papirvurdering av henvisning, ikke hadde behov for spesialisthelsetjeneste. 12 % av de som ville fått avslag basert på papirhenvisning, ble tatt inn etter basisutredningen. BUP Øvre Romerike kom fram til at man i deres opptaksområde sparer inn de ekstra ressursene som blir brukt gjennom å redusere rehenviste pasienter. Dette prosjektet har videre dannet diskusjonen rundt «all in» og at Støre-regjeringen i sin plattform har ønsket å utvidet dette til å gjelde alle barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (33). Fagfolk i barne- og ungdomspsykiatrien har vært delt på hvorvidt dette er en god løsning. I et avisinnlegg advarte behandlere ved BUP syd OUS om at «all in» ville trekke ressurser vekk fra behandling av de dårligste pasientene mot utredning og vurdering av friske pasienter (30). Bekymringen ble svart opp av ledere og behandlere ved

Universitetssykehuset i Nord-Norge som argumenterte for vurderingssamtaler for alle ved å hevde at vurderinger basert på henvisninger er like tilfeldige som terningkast (31). Holmann med kollegaer (3) studerte validiteten ved vurderinger av henvisninger på DPS. I denne studien ble ulike kliniske vignetter sendt ut til ulike spesialister på forskjellige DPSer i Norge for vurdering. Funnene derifra tyder på at det er liten validitet mellom hvordan man vurderer henvisningene fra behandler til behandler, men også på gruppenivå. I en nylig publisert artikkel fant Nymoen et al i Helse Fonna at inntakssamtalen opprettholdt hastegraden på 54% av henvisningene, mens 27% ble hastegraden oppgradert (32). Studien ble gjennomført på 264 henvisninger til tre DPS i Norge, fokuset på denne studien var vurdering av hastegrad og avviste pasienter ble ekskludert fra studien. Nymoen fant ikke at kvalitet på henvisning hadde noe å si for om utfallet ble endret fra vurdering av henvisning til vurdering ved samtale. Nymoen utviklet i denne sammenhengen en standardisering for vurdering av kvalitet på henvisningene på 14 punkter.

Oppsummert er det få internasjonale studier som tar for seg hva som er best faglig praksis med tanke på vurdering av henvisninger. Ulike regelverk og ulike faglige retningslinjer mellom landene gjør det også muligens vanskelig å overføre annen praksis til Norge. I norske studier foreligger det noen studier og prosjekter som peker på utfordringen knyttet til rettighetsvurdering av henvisninger. Kun tre av disse er linket til psykisk helsevern og to av de til voksenpsykiatri.

4.10 Organisering av inntaksarbeid DPS Vestfold

Rettighetsvurderinger av innkomne henvisninger gjøres i daglig inntaksmøte. Utfallet av rettighetsvurderingen kan være et av tre:

1. Rett til behandling: tilstanden er kjent og ny utredning vanligvis ikke nødvendig.
2. Rett til utredning: ukjent tilstand og/eller ukjent behandlingsbehov. Det gjennomføres da i hovedsak basisutredning (se ramme 1)
3. Ikke rett til spesialisthelsetjeneste, avslag

Sykehuset har intern vurderingsfrist på fem virkedager. Inntaksansvarlig/leder av inntaksteam er for tiden overlege og seksjonsleder i en av de allmennpsykiatriske poliklinikkene.

Inntaksteamet for øvrig består av to overleger, fire psykologspesialister og en psykiatrisk

sykepleier som også er seksjonsleder i en av de andre allmennpsykiatriske poliklinikkene. Overlegene og psykologspesialistene jobber til daglig i de allmennpsykiatriske poliklinikkene og deltar fast i inntaksarbeidet 1-2 dager i uka. Arbeidsmengden til spesialistene tilsvarer ca ett årsverk. I tillegg er det betydelig merkantil støtte.

Hver dag går to av medlemmene i inntaksteam gjennom forrige dags innkomne henvisninger, vurderer rett til spesialisthelsetjeneste eller avslag, tar stilling til diagnosekategori, forsvarlig ventetid, om det er rett til behandling eller utredning og hvilken seksjon pasienten skal starte i. Ofte tildeles også time hos behandler direkte fra inntak etter gitte lister. Spesialist fyller ut støtteark (se vedlegg 2) og sender til inntakssekretærer som oppretter vurderingsnotat i spesialistens navn, plotter riktig i Dips henvisningsbilde, setter opp time og sender timebrev. Ved avslag sendes det brev til pasient og henviser med begrunnelse for avslaget og råd om hva som kan gjøres i stedet. Ofte er vurderingen at det beskrevne tilstandsbildet vurderes å være av mild til moderat karakter og det gis råd om å kontakte kommunal psykiatritjeneste. På en uke er det i gjennomsnitt 110 henvisninger å vurdere.

4.11 Avslag

Det har over mange år vært mye oppmerksomhet knyttet til avvisningsratene («avslagsprosent») til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. Etter regjeringsskiftet høsten 2021 utarbeidet ny regjering den såkalte Hurdalsplattformen der det gis klare politiske føringer til helseforetakene: *Sette et mål om å gi alle henviste muligheten til en vurderingssamtale og plassere spesialister i front, slik at erfarne spesialister er med på å vurdere henvisninger* (33).

Dette gjenfinnes i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst til Sykehuset i Vestfold side 8: *Helseforetaket skal tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning* (34).

Avvisningsrate er derfor et av styringsmålene som følges tett. Som vist til over, så varierer henvisningsraten betydelig. Det samme gjelder andel avviste (35). Helse Sør-Øst hadde totalt

24,0% avviste 1.tertial 2022, og mellom helseforetakene varierer det fra 12,8% i Vestre Viken til 31.1% ved Lovisenberg. Sykehuset i Vestfold hadde 25,3% samme periode.

I tabell 5 er det sortert på bosted (35).

Tabell 5: Antall avviste per 1000 innbygger siste 4 år.

| Antall avviste pr 1000 innbygger | 1.tertial 2019 | 1.tertial 2020 | 1.tertial 2021 | 1.tertial 2022 |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Norge | 1,47 | 1,44 | 1,72 | 1,81 |
| Vestfold og Telemark | 1,52 | 2,02 | 1,71 | 1,84 |
| Holmestrand | 0,82 | 1,90 | 1,92 | 1,48 |
| Horten | 1,02 | 1,50 | 1,67 | 2,73 |
| Færder | 1,54 | 2,02 | 1,52 | 1,97 |
| Tønsberg | 1,78 | 2,13 | 2,51 | 2,05 |
| Sandefjord | 1,49 | 1,69 | 2,02 | 1,97 |
| Larvik | 1,32 | 1,67 | 2,42 | 1,64* |

*Inn i prosjektperioden

Lokale tall for DPS Vestfold viser denne avdelingens bidrag til disse tallene (hentet fra eget rapporteringssystem), se tabell 6. Merk at dette er året under ett og ikke 1.tertial.

Tabell 6: Antall avviste fordelt på kommunene i Vestfold.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 1.halvår 2022 |
|--|-------|-------|-------|---------------|
| Andel avviste totalt | 22,0% | 25,6% | 28,7% | 23,7% |
| Andel avviste pasienter bosatt i Holmestrand | 18% | 23% | 27% | 25% |
| Andel avviste pasienter bosatt i Horten | 13% | 20% | 26% | 32% |
| Andel avviste pasienter bosatt i Færder | 17% | 24% | 24% | 23% |
| Andel avviste pasienter bosatt i Tønsberg | 17% | 26% | 29% | 23% |
| Andel avviste pasienter bosatt i Sandefjord | 20,1% | 25,3% | 27,6% | 24,0% |
| Andel avviste pasienter bosatt i Larvik | 24,0% | 26,2% | 34,9% | 17,4% * |

* I prosjektperioden

I prosjektperioden 10.03.22 – 17.06.22 viser tabell 7 egne tall for henholdsvis Sandefjord og alle kommuner unntatt Larvik.

Tabell 7: Mottatte henvisninger i prosjektperioden.

| | Antall mottatt henvisninger | Antall avviste | Andel avviste % |
|------------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|
| Sandefjord | 388 | 88 | 22,6 |
| Alle kommuner unntatt Larvik | 1332 | 301 | 22,6 |

Ved å ta differansen mellom henvisningsraten og avviseringsraten vil vi få antall pasienter som er gitt et tilbud om utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten, se tabell 8. Vi ser her at Vestfold og Telemark ligger på 3,60, noe som er over landsgjennomsnittet på 3,40 pr 1000 innbyggere. Det er kun Horten kommune med 3,38 som så vidt legger seg under landsgjennomsnittet. Det har vært en tydelig nedgang fra 4,40 i 1.tertial 2019 til 3,60 pr 1000 innbyggere i 1.tertial 2022.

Tabell 8: Antall gitt tilbud om utredning/behandling per 1000 innbygger.

| Antall gitt tilbud om utredning/behandling pr 1000 innbygger i spesialisthelsetjenesten (= antall henviste – antall avvist pr 1000) | 1.tertial 2019 | 1.tertial 2020 | 1.tertial 2021 | 1.tertial 2022 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Norge | 3,35 | 2,82 | 3,46 | 3,40 |
| Vestfold og Telemark | 4,40 | 2,65 | 3,94 | 3,60 |
| Holmestrand | 4,08 | 3,73 | 4,08 | 4,60 |
| Horten | 6,55 | 4,72 | 3,60 | 3,38 |
| Færder | 5,80 | 3,37 | 2,86 | 3,48 |
| Tønsberg | 5,60 | 3,06 | 3,24 | 4,07 |
| Sandefjord | 5,24 | 3,36 | 3,87 | 3,98 |
| Larvik | 4,33 | 2,23 | 2,53 | 4,49* |

*Inn i prosjektperioden

Som vist i tabell 2 ligger alle kommunene i gamle Vestfold fylke over landsgjennomsnittet i psykiske symptomer/lidelser, altså med høyere registrert forekomst. Holmestrand, Horten og Sandefjord ligger over gjennomsnittet i Vestfold og Telemark fylke, mens Tønsberg, Færder og Larvik ligger under gjennomsnittet i fylket.

I tabell 9 sammenstilles innhold i tabell 2 og tabell 8 for å vise psykisk sykkelighet i befolkningen målt ved folkehelseprofilen 2022 (18) opp mot antall som gis tilbud og utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten (som nylig vist i tabell 8). Ved å velge 1.tertial 2022 kan det gi en indikasjon på hvor stor andel av befolkningen som er registrert med psykiske plager/symptomer i møte med fastlege/legevakt som gis tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 9: Andel med psykiske symptomer i kontakt med fastlege/legevakt som gis tilbud i spesialisthelsetjenesten

| | Antall gitt tilbud om utredning/behandling pr 1000 innbygger i spesialisthelsetjenesten 1.tertial 2022 | Psykiske symptomer/lidelser pr 1000 folkehelseprofilen 2022 | Andel av de med psykiske symptomer som gis tilbud i spesialisthelsetjenesten |
|-----------------------------|--|---|--|
| Norge | 3,40 | 160 | 2,13% |
| Vestfold og Telemark | 3,60 | 172 | 2,09% |
| Holmestrand | 4,60 | 180 | 2,56% |
| Horten | 3,38 | 187 | 1,81% |
| Færder | 3,48 | 166 | 2,10% |
| Tønsberg | 4,07 | 165 | 2,47% |
| Sandefjord | 3,98 | 186 | 2,14% |
| Larvik | 4,49* | 168 | 2,67% |

*Inn i prosjektperioden

Oppsummert viser dette både at psykisk sykkelighet registrert i kontakt med fastlege/legevakt og andelen av befolkningen som gis tilbud i spesialisthelsetjenesten er høyere i Vestfold og Telemark enn landsgjennomsnittet. Det er variasjon mellom Vestfoldkommunene. Som vist i tabell 9 har Horten høyest antall psykiske symptomer /lidelser i Vestfold, på 180 av 1000, men bare 3,38 av 1000 fikk tilbud om utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten 1.tertial 2022. Dette gir en andel på 1,81%, noe som er betydelig lavere enn de andre Vestfoldkommunene. Om det betyr at fastlegene håndterer mer psykiatri selv, om flere pasienter får hjelp i kommunal psykiatritjeneste eller om fastlegene ikke har tro på at det

nytter å henwise til DPS, har vi ikke svar på. Tønsberg har tilsynelatende en friskere befolkning, med 165 pr 1000 – noe som er lavest av Vestfoldkommunene. Likevel fikk 4,07 av 1000 tilbud om spesialisthelsetjeneste, noe som gir en andel på 2,47%.

5. Metode

Vi ønsket å finne ut om det var samsvar mellom rettighetsvurderingen inntaksteamet gjorde på bakgrunn av opplysninger i henvisning (rettighetsvurdering på papir) og kliniske vurderinger av spesialist, og om diagnosekategori, alder, kjønn eller spesialist som utførte den kliniske vurderingen hadde noe å si for utfallet. Vi ønsket i tillegg å undersøke hvordan endret praksis til å la spesialist vurdere alle henviste pasienter klinisk påvirket pasientforløpene, samt estimere ressursbehov ved en slik omlegging.

5.1. Godkjenninger

Prosjektbeskrivelsen ble gjennomgått med sykehusets forskningsavdeling, og særlig innholdet i skjemaet spesialistene skulle fylle ut, samt lagring. Ved hjelp av løsningen som ble valgt, ble det vurdert at det var å regne som et kvalitetsforbedringsprosjekt der det ikke var nødvendig å søke REK eller ha samtykke fra pasientene for deltakelse. Det var ingen personidentifiserende eller –sensitive opplysninger som skulle lagres, så forskningsavdelingen vurderte at det derfor ikke var nødvendig med godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller personvernombud i sykehuset.

5.2. Utvalg

Inklusjonsperioden var 10.03.22 -17.06.22. Vi valgte ut pasienter med bostedsadresse Larvik på henvisningstidspunktet til å bli inkludert i prosjektet. Bakgrunnen for at vi valgte Larvik var flere: DPS Vestfold har hatt langvarig samarbeid på ledernivå i tillegg til fastlegemøtene der både inntaksansvarlig DPS, enhetsleder kommunal psykiatritjeneste og Nav var representert i tillegg til fastlegene. Alle fastleger var invitert til møtene og det var over flere år god oppslutning om møtene. Vi antok derfor at fastlegene i Larvik var godt kjent med

prioriteringsveileder, det kommunale psykiatritilbudet og mulighet til å drøfte med inntaksansvarlig direkte på mobiltelefon hvis tvil eller andre spørsmål.

Videre har Larvik over tid hatt sammenliknbare ventetider inn som DPS Vestfold, noe vi antok også har betydning for henvisningspraksis. I kommuner der det er lengre ventetid inn for vurderingssamtaler enn i DPS, kan det medføre at fastleger lettere henviser til DPS på tross av mild til moderat tilstand. Fastlegene ble ikke informert om prosjektet hverken i forkant eller mens det var pågående. Dette med begrunnelse i at vi ønsket at fastlegene ikke skulle endre henvisningspraksis. Vi antok at om det ble kjent at alle pasienter uansett ville tas inn til vurderingssamtale hos spesialist, så ville dette kunne påvirke henvisningspraksis og føre til en henvisningsmengde utover det vi hadde rigget for. For å kunne sammenlikne med de andre kommunene i samme periode, var det viktig at det var så likt som mulig for fastlegene i opptaksområdet vårt.

Inklusjonsperioden ble valgt til ca tre måneder. Basert på historiske tall på henvisningsmengde fra Larvik, ville dette generere en stor nok pasientpopulasjon til at det kunne gi representative resultater. Prosjektet var ressurskrevende idet det krevde ekstra spesialistvurderinger på pasienter som normalt ville fått avslag. Vi så oss derfor ikke i stand til å forlenge prosjektet utover tre måneder i første omgang. Ved for lang prosjektperiode fryktet vi også at fastlegene ville oppdage vår endrete praksis ved inntak og endre sin henvisningspraksis, og derved kreve enda flere spesialistvurderinger.

5.3. Rekruttering av spesialister

Siden vi på dette tidspunktet hadde ledige lønnsmidler på grunn av ubesatte stillinger, lyste vi ut etter spesialister til å bidra i prosjektet. I utlysningsteksten ga vi følgende informasjon: **«Er du overlege eller psykologspesialist og vil være jobbe i prosjekt «Inntakspilot» DPS Vestfold? Vi har ledig engasjementer i 30-50% stilling med varighet på 6 måneder. (...)** *Spesialistene som engasjeres i prosjekt «Inntakspilot» v/DPS Vestfold vil rapportere direkte til avdelingssjef i prosjektperioden. Alle pasienter som henvises til DPS fra en kommune tas inn til vurderingssamtale hos spesialist i prosjektperioden. Stillingsstørrelsen kan diskuteres.»*

Rekrutteringen ga en ekstern overlege-søker som ble ansatt 50% i prosjektperioden.

Vedkommende hadde ingen kjennskap til DPS Vestfold og hadde relativt lite erfaring fra

DPS. I tillegg ble medforfatter SH ansatt i 25% stilling for å gjennomføre vurderingssamtaler. De resterende spesialisttimene ble rekruttert fra DPSets erfarne spesialister. En overlege jobbet utover vanlig arbeidstid og fikk avtale om utvidet arbeidstid, mens tre psykologspesialister fikk tilrettelagt sine arbeidsoppgaver slik at dette arbeidet kunne gjøres i vanlig arbeidstid. Alle de interne spesialistene og medforfatter SH hadde lang erfaring med prioritering og inngående kjennskap til prioriteringsveilederen og oppgavefordeling spesialisthelsetjeneste/kommune, samt DPSets organisering.

5.4. Gjennomføring av prosjektet

Inntaksarbeidet gikk som vanlig for alle pasienter som ble henvist til DPS Vestfold. I 2021 lå andel avviste høyt, og det var stor oppmerksomhet fra Helse Sør-Øst jf Oppdrag og bestillerdokumentet (34) om at andel avviste måtte ned.

Spesialistene i inntaksteamet og inntakssekretærene ble informert om prosjektet og hensikten med prosjektet i nettmøte. Spesialistene som skulle foreta de kliniske vurderingene fikk samme informasjon. Alle hadde ikke anledning til å delta i dette møtet, så informasjon ble sendt ut skriftlig i tillegg. Spesialistene som foretok vurderingssamtalene deltok ikke i ordinært inntaksarbeid i denne perioden

Før oppstart inviterte vi virksomhetsleder i Larvik kommune og informerte om prosjektet. To sentrale ledere fra kommunalt psykiatritilbud ble med på nettmøtet. Vi fikk direkte telefonnummer til ledere/koordinatorer for de ulike tilbudene i kommunene og dette ble distribuert til spesialistene som skulle gjennomføre inntakssamtalene. På denne måten kunne spesialistene ringe direkte mens pasienten fortsatt var på kontoret/på video og gjøre avtale om videre tilbud i kommunal regi der dette var mulig. Dette kunne eksempelvis være å gjøre avtale om kartleggingssamtale ved saksbehandler på tjenestekontoret eller henvise direkte til mestringsteam. Vi ønsket ikke å påføre pasientene i inntaksprosjektet ekstra belastning og la vekt på kortere ventetid til disse vurderingssamtalene, enn ved ordinært inntak.

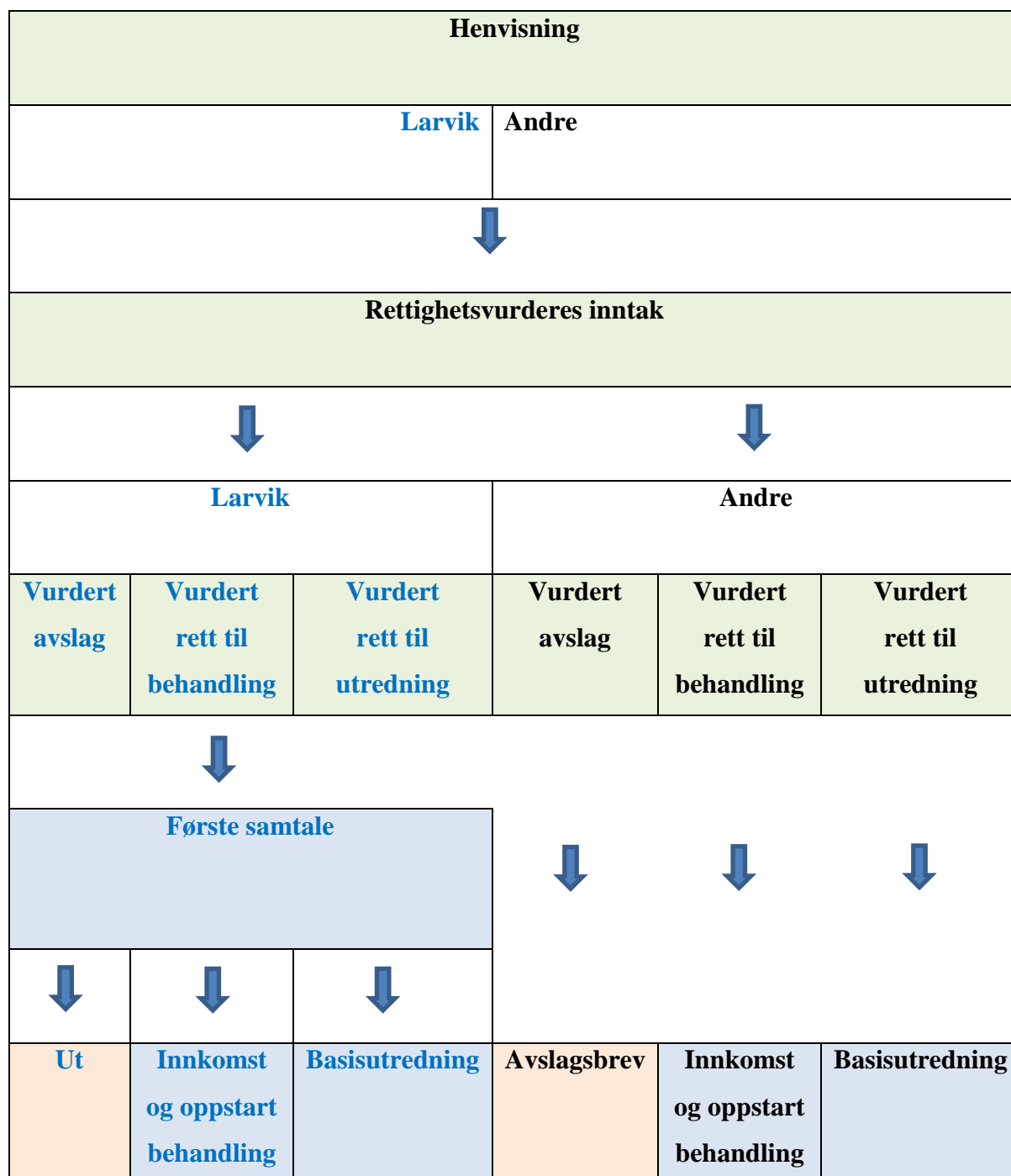
5.5. Eksklusjon

Vi valgte å ekskludere pasienter henvist for psykose, øyeblikkelig hjelp og helse og arbeid. Bakgrunnen for å ekskludere psykose og øyeblikkelig hjelp er at dette er en pasientgruppe hvor tilstanden anses som alvorlig, hvor pasienten skal ha rett til helsehjelp og hvor en vurderingssamtale ville kunne være med på å forsinke riktige tiltak. Helse og arbeid ble ekskludert da pasientforløpene har en annen struktur som også involverer en annen klinikk i sykehuset.

5.6. Pasientene inkludert i prosjektet

Pasientene som ble henvist til DPS fra Larvik ble først vurdert som vanlig ved inntaksteamet, hvor inntaksteamet tok stilling til om pasientene har rett til behandling, utredning eller vurderte avslag. Alle pasientene fra Larvik ble så satt opp til samtale hos spesialist uavhengig av utfallet av rettighetsvurderingen basert på innhold i henvisning. Se figur 1 for skjematisk framstilling.

Figur 1: Flytskjema over henvisningsgangen i prosjektperioden



Det ble laget et eget støtteark for pasienter fra Larvik, se vedlegg 3. Det ble opprettet egne tider for disse vurderingene i timebøkene til spesialistene i prosjektet. En av seksjonslederne som er med i inntaksteam, fikk rollen som koordinator i prosjektet, og fordelte Larvikspasientene til den av spesialistene man antok ville gjøre den beste vurderingen basert

på spesialistens erfaring og spisskompetanse- og som hadde akseptabel ventetid. Vi ønsket at maksimal ventetid til vurderingssamtalene skulle være 2 uker, men denne ble økt noe i perioder på grunn av sykefravær hos spesialist i prosjektet.

Alle pasientene som ble vurdert av inntaksteam å ha rett til utredning eller behandling fikk standard timebrevinnkalling, også de som av inntaksteam var vurdert til avslag. I vurderingsnotatet til inntaksspesialist på pasienter som normalt ville fått avslag, framkom det at det var tvil om pasienten hadde rett til spesialisthelsetjeneste.

Pasientene fikk som utgangspunkt tilbud om videosamtale på plattformen Whereby, men med mulighet for å be om oppmøtesamtale om det var ønsket av pasienten. Ved vurdert behov for tolk eller andre faglige grunner, ble første samtale satt opp som oppmøte.

Forløpskoordinator tok kontakt med pasienten ca en uke før oppsatt time (som med alle pasienter som gis tilbud om utredning eller behandling i DPS) og informerte om kartleggingspakke som de ble bedt om å fylle ut via CheckWare.

Innholdet i kartleggingspakken var som vist i ramme 2. Denne kartleggingspakken er klart mer omfattende enn standard i basisutredning, og er nå under implementering i allmennpoliklinikkene i DPS Vestfold. Alle HFER i Helse Sør øst samarbeider om denne implementeringen, som vil bli del av kvalitetsregister etter initiativ fra Lovisenberg sykehus (36). Når pasientene har fylt ut alle disse skjemaene, legger rapport seg direkte i elektronisk pasientjournal og mye informasjon ligger allerede klart før første time.

Ramme 2: innhold kartleggingspakke LOVePROM/DelMedMeg (36)

Inntaksskjema – poliklinisk behandling (voksen)

Kartlegging av helse og livssituasjon

CORE-OM (37)

EQ-5D-FL (38)

WSAS (Work and Social Adjustment Scale) (39)

Spørreskjema psykisk helse og rusmiddelbruk

SCL-90-R (40)

TRAPS (TRauma And Ptsd Screening) (41)

Barn under 18 år ble trigget hvis man har barn eller søsken u. 18 år.

AUDIT OG DUDIT (42, 43) utløst hvis det ble registrert score over cut off på ruskartlegging, spørreskjema om psykisk helse og rusmiddelmisbruk.

Spesialistene brukte dokumentmal PPR Første samtale med frase JVH_FØRSTESAMTALE (se vedlegg 4) Selvmordsrisikovurdering i egen mal på indikasjon.

Etter denne samtalen ble enten pasienten avsluttet eller henvist til videre utredning eller behandling i DPS. Den samme seksjonslederen koordinerte videre oppsett. Det ble tilstrebet så liten ventetid som mulig videre, men det oppstod noen flaskehalser, særlig ved videre ADHD-utredning. Spesialisten som hadde den første samtalen var forberedt på å følge opp pasienten i ventetiden hvis dette behovet oppstod.

I tilfeller hvor pasienten ble avsluttet eller hvor det ble vurdert hensiktsmessig med kommunal behandling ble pasientene henvist til kommunen eller det ble tatt direkte kontakt med behandler i kommunen med pasienten tilstede. Epikrise ble opprettet og kopi av vurderingsnotatet (PPR Første samtale) ble satt inn. Epikrise ble som hovedregel sendt til pasient og fastlege, samt henviser hvis det ikke var fastlege.

5.7. Innhenting av data

Spesialistene fylte ut skjema for prosjektet (se vedlegg 5) etter endt samtale. Skjemaene ble opprettet og lagret på et fellesområde på sykehusets interne mapper med adgang kun for deltakere i prosjektet, det vil si spesialistene som gjennomførte samtaler, en konsulent og forfatterne.

Spesialisten fylte ut følgende kategorier i skjemaet:

- Kjønn (*mann, kvinne og annet*),
- Aldersgruppe (*18-30, 30-50, over 50*)
- Vurdering fra inntak (*rett til utredning, rett til behandling, avslag*)
- Diagnosegruppe ved vurdering av henvisning (*VOP psykisk lidelse INA, alderspsykiatri, angst/fobier/traumelidelser, tvangslidelser, depressiv lidelse, bipolar lidelse, artferdsforstyrrelser (ADHD), personlighetsforstyrrelser, psykoselidelse, samtidig rus og psykisk lidelse, spilleavhengighet, spiseforstyrrelser, komplekse traumer/dissosiative lidelser, tilpasningsforstyrrelser*)
- Anbefaling etter samtale (*videre i DPS, henvises annen avdeling i klinikken, behov for kommunal psykiatri, behov for pårørendekontakt, familievernkontor, kun fastlege, ikke behov for noe, annet*)
- Diagnosegruppe etter samtale (*VOP psykisk lidelse INA, alderspsykiatri, angst/fobier/traumelidelser, tvangslidelser, depressiv lidelse, bipolar lidelse, artferdsforstyrrelser (ADHD), personlighetsforstyrrelser, psykoselidelse, samtidig rus og psykisk lidelse, spilleavhengighet, spiseforstyrrelser, komplekse traumer/dissosiative lidelser, tilpasningsforstyrrelser*),
- Kvalitet på henvisning (*dårlig, ok, god*)

5.8. Håndtering av data

Resultatene fra skjemaene ble så lagt inn i SPSS (44). Manglende data fra skjema ble ikke registrert, men ble lagt inn uten verdi. Dette gjør at populasjonstallet N i de enkelte analysene vil variere. I enkelte tilfeller hadde spesialistene krysset av for flere alternativer, dette gjaldt i hovedsak anbefalinger og diagnosegruppe etter samtale. For eksempel «Videre i DPS» og «Oppfølging i kommunen», i slike tilfeller ble kun «videre i DPS» registrert, som høyeste omsirgsnivå. Et annet eksempel er avkrysset for «angst, fobi og traumer» og «ROP» ved avkrysning for flere alternativer på diagnosegrupper, ble den mest alvorlige tilstanden, det vil si tilstanden med kortest anbefalt ventetid ble registrert i SPSS.

Forløpstider for pasientene ble hentet fra lokal Qlick View-app utarbeidet av sykehusets analyseavdeling.

5.9. Analyser

Det ble satt opp krysstabell Cohens Kappa for å se på grad av enighet mellom rettighetsvurdering basert på opplysninger i henvisningen og klinisk vurdering. For å beregne Cohens Kappa ble utfallet av vurderinger basert på henvisninger kodet om til å gjelde rett til spesialisthelsetjeneste eller avslag; det vil si de med rett til utredning og behandling ble kodet om til rett til spesialisthelsetjeneste, mens avslag forble avslag. Det samme ble gjort for anbefalingene etter vurderingssamtalene, hvor variablene ble kodet om til rett til spesialisthelsetjeneste eller avslag. Her ble de som fikk anbefaling videre til DPS eller annen avdeling i KPA kodet om til rett til helsehjelp. Resten av anbefalingene (til kommunal psykiatri, behov for pårørendekontakt, til familievernkontor, oppfølging hos fastlege, ikke behov, behov for annet) ble kodet som avslag. Hensikten med dette var å kartlegge treffsikkerheten til vurderinger basert på henvisninger, sammenlignet med vurderingssamtaler og videre kunne regne ut Cohens Kappa som et mål på inter-reliabilitet mellom vurderingsformene, samt sensitivitet og spesifisitet ved vurderinger av henvisninger. Vi kan da estimere andel falske positive (vurdert rett inntak og avslag etter spesialistvurdering) og andel falske negative (vurdert avslag inntak, men gitt rett til spesialisthelsetjeneste etter spesialistvurdering). Vi beregnet også positiv og negativ prediktiv verdi ved vurderinger av henvisninger, for å undersøke treffsikkerheten til vurderingene gjort av henvisningene.

For å undersøke hvorvidt det foreligger egenskaper i pasientgruppen, som kjønn, alder eller diagnosegruppe som kan predikere hvorvidt pasientene får avslag, gjennomførte vi en binær regresjonsanalyse. En binær regresjonsanalyse ble også benyttet for å undersøke betydningen av kvaliteten på henvisningen, og hvorvidt det er underliggende egenskaper hos behandler som predikerer utfallet av vurderingen. Det ble gjennomført to regresjonsanalyser, i den ene analysen var rett til helsehjelp eller avslag avhengig variabel. Den andre analysen ble gjennomført opp mot hvorvidt utfallet rett til helsehjelp var endret fra vurdering av henvisning til vurderingssamtalene. Dette ble gjort ved en sammenstilling av variablene rett til helsehjelp/avslag ved vurdering av henvisning og rett til helsehjelp/avslag ved vurderingssamtale, hvor variabelen ble kodet for uendret vurdering eller endret vurdering. I denne analysen ble det også benyttet en binær regresjonsanalyse.

Til tross for at vi har et representativt utvalg viste en del av analysene våre å inneha en del små tall for enkelte grupperinger som gjorde det vanskelig å få tilstrekkelig informasjon om

enkelte variabler. På bakgrunn av dette har vi også valgt å fokusere en del på å presentere deskriptive data av pasientpopulasjonen i studien.

5.10. Beregning av ressursbehov

Som redegjort for i kapittel 4.11 og vist i figur 1, er det tre mulige utfall av en rettighetsvurdering basert på innhold i henvisning: rett til behandling (kjent tilstand), rett til utredning (ukjent tilstand eller vurdert utredningsbehov) eller avslag – ikke behov for spesialisthelsetjeneste. Etter en første samtale er det også tre mulige utfall: videre til behandling, videre til utredning eller avsluttes etter første samtale.

Å beregne ressursbruken krever noen antakelser som i større eller mindre grad er usikre. Vi legger her til grunn følgende forutsetninger:

Ved rett til behandling legger vi til grunn at minst en spesialisttime gis, siden det er kjent tilstand og alle pasienter skal møte spesialist tidlig i forløpet. Spesialister kan både være psykologspesialister og overleger.

Ved rett til utredning velger vi å se på ressursbruk fram til første klinisk beslutning tas, det vil innebære at det settes opp til halvdagsutredning. Dette vil som oftest være tilstrekkelig for å fullføre basisutredning og klinisk beslutning kan tas da enten om utvidet utredning, behandling eller avslutning. En halvdagsutredning krever tre timer: minst en av dem er spesialisttime. Siden DPS Vestfold har en relativt lav andel spesialister, setter vi normalt opp halvdagsutredning med en spesialisttime og to behandlertimer. Behandler er her enten psykolog eller lege under spesialisering. Vi legger derfor til grunn en spesialisttime og to behandlertimer ved basisutredning, altså tre timer totalt.

Ved vurdert avslag basert på papirvurdering kreves ingen spesialisttimer. Ved spesialistvurdering på alle henviste pasienter vil vi måtte bruke en spesialisttime også på de pasientene som avsluttes etter denne samtalen. Se tabell 10.

Tabell 10: Behov for spesialist- og behandler-timer ved utfall av rettighetsvurdering fram til klinisk beslutning

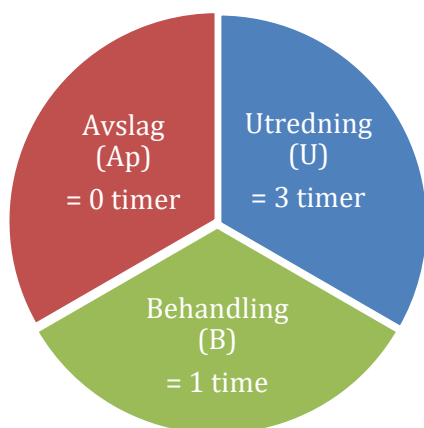
| Vurdering inntak | Papirvurdering | | Spesialistvurdering på alle henviste | |
|------------------|------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|
| | Spesialist-timer | Behandler-timer | Spesialist-timer | Behandler-timer |
| Utredning | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Behandling | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Avslag | 0 | 0 | 1 | 0 |

Ved god spesialisttilgang kan spesialisten ferdigstille basisutredning selv, og vi vil da anta at basisutredningen blir mer effektiv. I praktisk drift i allmennpsykiatriske poliklinikker vil ikke dette være hverken mulig eller ønskelig, siden leger og psykologer i spesialisering skal utrede pasienter som ledd i sin spesialisering. I vanlig drift selv ved god spesialistdekning, vil en del pasienter alltid utredes av spesialist og ikke-spesialist i samarbeid. En av disse tre timene skal være en legevurdering (se ramme 1), men vi velger å ikke se på ressursbruk som tar hensyn til de ulike profesjonene, kun spesialister vs ikke-spesialister.

Ordinær rettighetsvurdering = papirvurdering:

Ved ordinær rettighetsvurdering av henvisning vil ressursbruken fordele seg slik det er vist i figur 2.

Figur 2: fordeling ressursbruk ved rettighetsvurdering av henvisning (papirvurdering)



Ap = andel avviste papirvurdering

B = andel rett til behandling

U = andel rett til utredning

n = antall henviste pasienter

Det blir da tre mulige utfall ved vurdering av henvisninger: **avslag (Ap)**, **behandling (B)** og **utredning (U)**.

Disse tre utfallene utgjør sammen alle henvisningene – altså hele «kaka», der $Ap + B + U = 1$

Dette er det samme som at $U = 1 - B - Ap$

De avviste henvisningene (**Ap**) krever ingen spesialisttimer, altså **0 timer**

De vi gir rett til behandling (**B**), krever en spesialisttime., altså **B x 1 timer**

De vi gir rett til utredning (**U**) (halvdags/basis) krever tre timer, altså **U x 3 timer**

Ressursbruken ved papirvurdering bli da:

antall henviste pasienter x (**andel avviste x 0 + andel behandling x 1 + andel utredning x 3**)
= (**Ap x 0 + B x 1 + U x 3**). Hvis vi setter antall henvisninger = n, kan ressursbruken beregnes på følgende måte:

$$n \times (Ap \times 0 + B \times 1 + U \times 3)$$

$$= n \times (0 + B + 3U) = n \times (B + 3U)$$

Ved å sette inn $U = 1 - B - Ap$ får vi $n \times (B + 3(1 - B - Ap))$

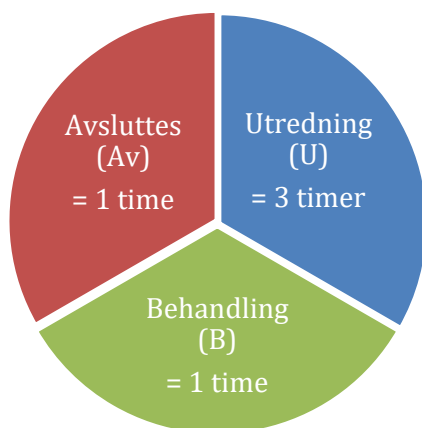
$$= n \times (B + 3 - 3B - 3Ap)$$

$$= n \times (3 - 2B - 3Ap)$$

Spesialistvurdering av alle henviste pasienter:

Ved klinisk vurdering av alle henviste vil ressursbruken fordele seg slik det er vist i figur 3.

Figur 3: fordeling ressursbruk ved spesialistvurdering av alle henviste



A_v = andel avsluttet etter første time

B = andel rett til behandling

U = andel rett til utredning

n = antall henviste pasienter

Det er altså tre mulige utfall etter spesialistvurderingen: **avsluttes (A_v)**, **behandling (B)** og **utredning (U)**.

Disse tre utfallene utgjør sammen alle henvisningene – altså hele «kaka», der $A_v + B + U = 1$

Dette er det samme som at $U = 1 - B - A_v$

De pasientene som avsluttes (A_v) krever en spesialisttime, altså **$A_v \times 1$ time**

De vi gir rett til behandling (B), krever en spesialisttime., altså **$B \times 1$ time**

De vi gir rett til utredning (U) (halvdags/basis) krever tre timer, altså **$U \times 3$ timer**

Ressursbruken ved klinisk vurdering bli da:

Antall henviste pasienter x (**andel avsluttet x 1 + andel behandling x 1 + andel utredning x 3**)
= (**$A_v \times 1 + B \times 1 + U \times 3$**). Hvis vi setter antall henvisninger = n , kan ressursbruken beregnes på følgende måte:

$$n \times (A_v \times 1 + B \times 1 + U \times 3)$$

$$= n \times (A_v + B + 3U)$$

$$\text{Ved å sette inn } U = 1 - B - A_v \text{ får vi } n \times (B + 3(1 - B - A_v))$$

$$= n \times (B + 3 - 3B - 3A_v)$$

$$= n \times (3 - 2B - 3A_v)$$

Oppsummert kan ressursbehovet for hhv papirvurdering og spesialistvurdering på alle henviste settes opp slik det er vist i ramme 3.

Ramme 3: Ressursbehov ved hhv papirvurdering og spesialistvurdering på alle henviste

| | |
|---|--------------------|
| Papirvurdering: | $(3 - 2B - 3A_v)n$ |
| Ved spesialistvurdering på alle henviste: | $(3 - 2B - 2A_v)n$ |

Hvis vi skal sammenlikne ressursbruk ved papirvurdering opp mot spesialistvurdering på alle, må vi legge inn flere variabler: en andel av de pasientene inntak vurderte til rett til utredning

ble avsluttet etter første samtale. Denne andelen falske positive gir en besparelse ved spesialistvurdering på alle opp mot papirvurdering. Besparelsen vil tilsvare 2 timer pr pasient, siden utredning normalt tar 3 timer.

Videre var det en betydelig andel falske negative, dvs pasienter som inntak vurderte avslag på, men som ble vurdert i behov av spesialisthelsetjeneste videre. Vi må anta at en viss andel av disse pasientene blir rehenvist. Hvor stor denne andelen er, vil påvirke anslaget om ressursbruken ved spesialistvurdering på alle henviste er større eller mindre enn vanlig papirvurdering.

Dette er en svært grov ressursberegning, siden det kun tar for seg ressursbruken helt i starten. Andel rehenvisninger både ved klage på avslag på papirvurdering og ved avslutning etter første samtale vil påvirke ressursbruken totalt, det samme vil utrednings- og behandlingsbehovet til pasientene som tas inn videre. Reell behandlingsskapasitet vil avhenge av hvor syke pasientene er og hvor virksom behandlingen er. Dette blir svært kompliserte sammenhenger, så vi har valgt å ikke gå videre inn på dette i denne oppgaven.

Vi kan likevel ved denne svært forenklete modellen beregne hvor «knekkpunktet» ligger for ressursbruk: hvis alle henviste pasienter tas inn til spesialistvurdering, hvor mange av disse kan gå videre til utredning for at ressursbruken på utredning skal bli den samme som den blir ved ordinært inntak?

Sagt på en annen måte: hvor mange pasienter må spesialisten *ikke* sende videre etter første samtale for at ressursbruken skal bli den samme som ved papirvurdering?

Dette kan beregnes ved å sette ressursbehov for papirvurdering lik ressursbehov for spesialistvurdering på alle henviste (se ramme 3)

Vi får da følgende regnestykke:

Ressursbehov spesialistvurdering på alle henviste = ressursbehov papirvurdering

$$(3 - 2B - 2Av)n = (3 - 2B - 3Ap)n$$

$$(-2Av)n = (-3Ap + 3 - 3 - 2B + 2B)n$$

$$2Avn = 3Ap$$

$$Av = 1,5Ap$$

Dette innebærer at spesialisten må avslutte antall pasienter etter første samtale tilsvarende 1,5 ganger avslag basert på papirvurdering for at ressursbruken skal være den samme.

5.10. Forløpstider

Forløpstider for pasientene ble hentet fra lokal Qlick View-app utarbeidet av sykehusets analyseavdeling.

6. Resultater

6.1. Beskrivende statistikk

Som redegjort for under 5.7. *Innhenting av data* fylte spesialistene ut skjema (vedlegg 5) etter samtalen. Følgende data ble registrert:

- Kjønn
- Aldersgruppe
- Vurdering av henvisning fra inntak
- Anbefaling etter samtale
- Diagnosekategori ved inntak
- Diagnosekategori etter samtale
- Kvalitet på henvisning

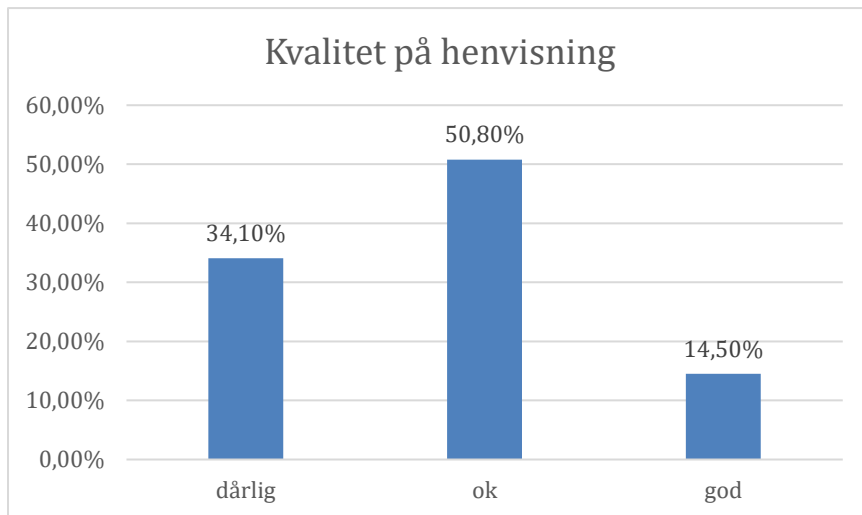
I prosjektperioden ble det tatt inn 179 pasienter til vurderingssamtale hos spesialist. Av disse var det 58,1% kvinner og 38,5% menn, 3,4% manglet utfylling. I skjemaet var det en kjønnskategori for “annet” men den ble ikke benyttet på noen av pasientene og ble derfor tatt vekk i den statistisk analysen. Aldersfordelingen innen pasientpopulasjonen var slik at 40,2% var “under 30 år”. “30-50 år” utgjorde 47,5% og 11,7% var “over 50 år”. I alderskategorien var det 0,6% manglende data. Se tabell 11.

Tabell 11: Kjønnfordeling og aldersfordeling pasientgruppen

| Alder | | Under 30 | 30-50 | Over 50 | total |
|-------|--------|----------|-------|---------|--------------|
| Kjønn | Mann | 28 | 35 | 6 | 69 |
| | Kvinne | 41 | 49 | 14 | 104 |
| Total | | 61 | 84 | 20 | 173 |

Vedrørende kvalitet på henvisning ble 34,1% av henvisningene vurdert som “dårlige”, 50,8% ble vurdert som “ok” og 14,5% ble vurdert som “god”. 0,6% av data manglet på kvalitetsvurderingen, se diagram 1.

Diagram 1: kvalitet på henvisning



Rettighetsvurdering basert på opplysninger i henvisningene ga følgende fordeling:

- 7,3% rett til behandling
- 51,4% rett til utredning
- 41% avslag
- 0,6% manglende data i denne kategorien.
- Sammenstilt utgjør dette 58,7% rett til helsehjelp og 41% avslag blant vurderingene basert på henvisning.

Etter at spesialisten hadde møtt pasienten endret dette seg for en andel av pasientene. Se tabell 12. Tabellen må leses slik at av de 92 pasientene som er vurdert av inntak til rett til utredning, så vurderer spesialisten i første samtale at 71 skal videre i DPS, 3 videre til annen avdeling i klinikken, 8 til kommunal psykiatri, 5 kun til fastlege, 2 ikke behov og 3 annet. Samlet gir dette at 18 av de 92 pasientene ble «feilaktig» vurdert i behov av spesialisthelsetjeneste, noe som utgjør 19,5% av pasientene som ble vurdert å ha rett til utredning.

Blant de 73 (41%) pasientene som ble vurdert til avslag, ble 33 likevel vurdert i behov av DPS. Dette utgjør 45,2% av avslagene.

Av de 13 pasientene som ble vurdert til behandling, var det kun 1 som ble vurdert å ikke ha behov for behandling i DPS etter første samtale.

Tabell 12: Vurdering ved inntak og etter første samtale

| Etter første samtale → | Total | Videre DPS | Annen avd. i klinikken | Kommunal psykiatri | Familievern -kontor | Kun fastlege | Ikke behov | Annet |
|---------------------------|------------|------------|------------------------|--------------------|---------------------|--------------|------------|-------|
| Vurdering inntak ↓ | | | | | | | | |
| Utredning | 92 | 71 | 3 | 8 | 0 | 5 | 2 | 3 |
| Behandling | 13 | 12 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Avslag | 73 | 32 | 1 | 22 | 1 | 7 | 4 | 6 |
| Total | 178 | 115 | 4 | 30 | 1 | 13 | 6 | 9 |

Etter klinisk vurdering i første samtale var utfallet 64,8% videre i DPS, 2,2% videre til annen avdeling i klinikken, 16,8% til kommunal psykiatri, 0,6% til familievernkontor, 7,3% til oppfølging fastlege, 3,4% vurdert ikke behov for noe og 5% vurdert behov for annet. Samlet ble dette 67% rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten og 33% ikke rett til spesialisthelsetjeneste. Dette er framstilt i tabell 13.

Tabell 13: oppsummert utfall av klinisk vurdering rett/ikke rett til spesialisthelsetjeneste

| Etter klinisk vurdering av spesialist | Andel | Andel | |
|---------------------------------------|-------|------------|--|
| videre i DPS | 64,8% | 67% | Rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten |
| til annen avdeling innen klinikken | 2,2% | | |
| til kommunal psykiatri | 16,8% | 33% | Ikke rett til spesialisthelsetjeneste = avsluttet etter første samtale |
| til familievernkontor | 0,6% | | |
| oppfølging hos fastlege | 7,3% | | |
| ikke behov | 3,4% | | |
| behov for annet | 5% | | |



Spesialistene skulle registrere både hvilken diagnosekategori inntak hadde vurdert og hvilken diagnosekategori de selv vurderte etter samtale. Tabell 14 viser fordeling i diagnosekategori ved inntak og etter første samtale. Det er diagnosekategoriene VOP (uspesifisert voksenpsykiatrisk tilstand), angst/fobier/traumelidelser, depressiv lidelse og adferdsforstyrrelse (ADHD) som er de tallmessig største.

Tabell 14: Fordeling i diagnosekategori ved inntak og etter første samtale

| Diagnosekategori | Ved inntak | Etter første samtale |
|---|------------|----------------------|
| VOP (uspesifisert voksenpsykiatrisk tilstand) | 40,2% | 15,6% |
| Angst, fobier & traumelidelser | 21,8% | 22,3% |
| Tvangslidelse | 0 | 1,1% |
| Depressive lidelse | 24,0% | 29,1% |
| Bipolare lidelse | 1,7% | 2,8% |
| Atferdsforstyrrelse (ADHD) | 9,5% | 14,0% |
| Personlighetsforstyrrelse | 0,6% | 2,8% |
| ROP (samtidig rus og psykisk lidelse) | 0,6% | 1,7% |
| Spiseforstyrrelse | 0,6% | 3,4% |
| Komplekse traumer/dissosiasjon | 1,1% | 1,7% |
| Tilpasningsforstyrrelse | 0 | 5,0% |

Tabell 15 viser hvordan diagnosekategoriene fordelte seg på inntaks rettighetsvurdering. Av de 39 pasientene i diagnosekategori angst/fobier/traumelidelser vurderte inntak 30 av dem til utredning, 2 til behandling og 7 til avslag. Når det gjelder de 42 pasientene med depressiv lidelse, ble 36 vurdert av inntak til utredning, 1 til behandling og 5 til avslag. VOP-kategorien ble brukt på pasientene som i utgangspunktet var vurdert til avslag fra inntak, men også på 2 pasienter som var gitt rett til behandling og 12 pasienter som er gitt rett til utredning. Fordelingen til de andre diagnosekategoriene fremgår av tabell 15.

Tabell 15: Diagnosekategori vurdert av inntak og utfall av rettighetsvurdering

| Vurdering inntak  | Utredning | Behandling | Avslag | Sum |
|--|-----------|------------|--------|------------|
| Diagnose inntak  | | | | |
| VOP | 12 | 2 | 59 | 73 |
| Angst, fobier, traume | 30 | 2 | 7 | 39 |
| Depressiv lidelse | 36 | 1 | 5 | 42 |
| Bipolar lidelse | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Atferdsforstyrrelser (ADHD) | 10 | 6 | 1 | 17 |
| Personlighetsforstyrrelse | 1 | 0 | 0 | 1 |
| ROP (rus og psykisk lidelse) | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Spiseforstyrrelse | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Komplekse traumer/ dissosiasjon | 2 | 0 | 0 | 2 |
| total | 93 | 13 | 73 | 179 |

Endret vurdering på diagnosekategori fra inntak til klinisk vurdering er framstilt i tabell 16. Vi kan lese ut av denne tabellen at blant de 73 pasientene som inntak vurderte til diagnosekategori VOP, var det 13 som fikk diagnosekategori atferdsforstyrrelser (ADHD). Dette betyr at inntak har vurdert at det ikke er alvorlig nok funksjonssvikt grunnet en mulig ADHD-tilstand og så vurdert avslag. I vurdering av spesialist har det kommet fram flere opplysninger, som da likevel har gitt rett til å utrede en mulig ADHD-tilstand. Av de 17 pasientene som ble gitt rett til utredning eller behandling innen diagnosekategori atferdsforstyrrelser (ADHD) ble 7 (41%) vurdert i annen diagnosekategori etter klinisk samtale. Endringen innenfor denne diagnosekategorien gjelder altså begge veier: både fra ADHD-diagnosekategori til annen diagnosekategori, og motsatt (se lilla markering i tabell 16) Selv om tallene ikke er store nok til at å vurdere signifikans, gir dette en indikasjon på at særlig denne diagnosekategorien er vanskelig å vurdere basert på innhold i henvisning. Den samme tendensen kan vi se for diagnosekategori angst/fobier/traume der 11 av de 73 pasientene i diagnosekategori VOP fikk endret til denne diagnosekategorien etter første samtale, samtidig som kun 25 av de 39 pasientene (64%) med denne diagnosekategorien beholdt denne etter første samtale (se grønn markering i tabell 16) Det at dette er en samlekategori for både angstlidelser og PTSD (post traumatisk stresslidelse), er det vanskelig å vite om det er PTSD-pasientene som ikke sendes videre eller angstpasientene.

Tabell 16: Diagnose inntak sammenliknet med diagnose etter første samtale

| Diagnose samtale → | Total | VOP | Angst PTSD | OCD | Dep | BAL | ADHD | PF | Psyk ose | ROP | Spis | Komp leks traum e | Tilpa sn. fors. |
|---|-------|-----------|---------------|-----|-----------|-----|-----------|----|-------------|-----|------|----------------------------|-----------------------|
| Diagnose inntak ↓ | | | | | | | | | | | | | |
| VOP | 73 | 23 | 11 | 1 | 8 | 2 | 13 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 6 |
| Angst, fobier, traume (angst, PTSD) | 39 | 1 | 25 | 1 | 6 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Tvangslidelse (OCD) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Depressiv lidelse (Dep) | 42 | 0 | 3 | 0 | 38 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Bipolar lidelse (BAL) | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Atferdsforstyrrels er (ADHD) | 17 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Personlighets- forstyrrelse (PF) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Psykose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ROP (rus og psykisk lidelse) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Spiseforstyrrelse (Spis) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Komplekse traumer/ dissosiasjon | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Tilpasnings- forstyrrelse | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SUM | 179 | 29 | 41 | 2 | 52 | 5 | 24 | 5 | 1 | 3 | 6 | 3 | 9 |

Tabell 17 viser hvordan klinikerne samlet har vurdert det videre behovet for de ulike diagnosekategoriene. Her ser vi at i diagnosekategori angst/fobier/traume så er det kun 64%

som er vurdert i videre behov av spesialisthelsetjeneste, mens 79% av pasientene med depressiv lidelse og 76% av pasientene med ADHD er gitt rett til videre utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 17: Diagnose ved inntak og videre anbefaling etter første samtale

| Anbefaling → | Total | Videre DPS eller annen avd | Kommunal psykiatri | Familievern-kontor | Kun fastlege | Ikke behov | annet |
|------------------------------------|-----------|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------|------------|-------|
| Diagnose inntak ↓ | | | | | | | |
| VOP | 72 | 41 (56%) | 15 | 1 | 6 | 5 | 5 |
| Angst, fobier, traume | 39 | 25 (64%) | 8 | 0 | 3 | 1 | 2 |
| Depressiv lidelse | 43 | 34 (79%) | 6 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Bipolar lidelse | 3 | 3 (100%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Atferdsforstyr. (ADHD) | 17 | 13 (76%) | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| Personlighetsforstyrrelse | 1 | 1 (100%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ROP (rus og psykisk lidelse) | 1 | 0 (0%) | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Spiseforstyrrelse | 1 | 1 (100%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Komplekse traumer/ dissosiasjon | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 179 | 120 | 30 | 1 | 13 | 7 | 9 |

Vi registrerte hvilken spesialist som hadde gjort vurderingen og nummererte 1 – 6. Spesialist nr 6 gjorde kun en vurdering pga sykefravær hos annen behandler. I tabell 18 ser vi at det er

stor variasjon mellom spesialistene når det gjelder hvor stor andel de avsluttet etter første samtale: fra 20,8% til 50%.

Tabell 18: Vurdering etter første samtale hos de respektive spesialistene

| Spesialist | Total | Videre DPS eller annen avd | Andel avsluttet (Av) | Kommunal psykiatri | Familievern-kontor | Kun fastlege | Ikke behov | Annet |
|------------|-------|----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------|------------|-------|
| 1 | 53 | 34 | 35,8% | 12 | 0 | 5 | 1 | 1 |
| 2 | 14 | 7 | 50% | 4 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| 3 | 26 | 13 | 50% | 9 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| 4 | 32 | 23 | 28,1% | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 |
| 5 | 53 | 42 | 20,8% | 4 | 1 | 3 | 0 | 3 |
| 6 | 1 | 1 | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 179 | | | | | | | |

I tabell 19 fremkommer også hvilke diagnosekategorier de ulike spesialistene fikk fordelt til vurdering. Vi ser her at spesialist 4 hadde særlig mange i kategori ADHD og avsluttet 28,1%. Spesialist 1 og 5 vurderte like mange pasienter, men spesialist 1 avsluttet 35,8% etter første samtale og spesialist 5 avsluttet 20,8%.

Tabell 19: Andel avsluttet og diagnosefordeling til de ulike spesialistene

| Spesialist | Total | Andel avsluttet (Av) | VOP | Angst PTSD | Dep | BAL | ADHD | PF | Psykose | ROP | Spis | Kompleks traume |
|------------|-------|----------------------|-----|------------|-----|-----|------|----|---------|-----|------|-----------------|
| 1 | 53 | 35,8% | 24 | 15 | 8 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | 14 | 50% | 4 | 3 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 26 | 50% | 5 | 14 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 4 | 32 | 28,1% | 16 | 0 | 2 | 1 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 53 | 20,8% | 23 | 10 | 18 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 1 | 0% | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 179 | | | | | | | | | | | |

6.2. Statistiske analyser

For å se på nøyaktigheten av vurderinger gjort på bakgrunn av henvisningene, regnet vi ut Cohens kappa for å se på inter-reliabiliteten mellom vurderingene. Som det fremkommer av tabell 20 er man samstemte om å gi rett til spesialisthelsetjenesten til 86 pasienter og det er også samstemt rundt avslag på 40 pasienter. Videre fremkommer det at man ved vurdering av henvisning gir avslag til 33 pasienter som man ved vurderingssamtale gir rett til spesialisthelsetjeneste. Ved vurdering av henvisning tar man også inn 19 pasienter til spesialisthelsetjenesten som man etter vurderingssamtale gir avslag. Disse tallene danner grunnlaget for å utregne Cohens Kappa som er anerkjent som en robust indikator på samstemthet mellom vurderingsformene fordi den også tar høyde for at grad av samstemtheten er tilfeldige.

Tabell 20: Cohens Kappa

| Vurderingssamtale | | | |
|-------------------------|------|--------|-----|
| Vurdering av henvisning | Rett | Avslag | Sum |
| Rett | 86 | 19 | 105 |
| Avslag | 33 | 40 | 73 |
| Sum | 119 | 59 | 178 |

For å beregne Cohens Kappa fant vi den observerte samstemtheten mellom vurderingene P_o

$$P_o = \frac{86}{178} + \frac{40}{178} = 0,664$$

Videre fant vi P_e som utgjør den hypotetiske sannsynligheten for tilfeldig samstemthet.

$$P_e = \frac{105}{178} \times \frac{119}{178} + \frac{59}{178} \times \frac{73}{178} = 0,589 \times 0,668 + 0,331 \times 0,410 = 0,528$$

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e} = \frac{0,664 - 0,528}{1 - 0,528} = 0,288$$

Cohens Kappa på 0,288 indikerer lav inter-reliabilitet, noe som indikerer at det ikke er fullkomment samsvar mellom vurderingene gjort på bakgrunn av henvisninger og de gjort på bakgrunn av vurderingssamtalene.

Vi beregnet videre sensitivitet og spesifisitet med utgangspunkt i vurderingssamtale som «gullstandard» for vurderinger. Denne analysen viser at vurdering av henvisning har en sensitivitet på 72% og en spesifisitet på 67%. Dette viser at man ved vurdering av henvisninger finner 72% av de som skal ha rettigheter i spesialisthelsetjenesten. Med andre ord vil man ved vurdering av henvisning ikke klare å fange opp 28% av pasienter som har rett på hjelp innen spesialisthelsetjenesten. Som verktøy for å finne ut av om pasienter som blir henvist til DPS har rett til helsehjelp, har vurdering av henvisninger 67% sannsynlighet for å for å gi avslag til de som skal ha avslag. Ved å se på falske positive og falske negative fremkommer det at man ved vurdering på papir i vårt materiale har en bias mot å gi avslag i større grad enn man gir rettighet til pasienter som ikke trenger det. Analysen viser også at man ved vurdering av henvisninger tar inn en betydelig mengde pasienter som ikke er i behov av spesialisthelsetjenesten. Tabell 21 gir oversikt over utregning og beskrivelse av sensitivitet, spesifisitet, falske negative og falske positive.

Tabell 21: Sensitivitet og spesifisitet

| Falske positive og falske negative | |
|---|------------------|
| Sensitivitet | = 86/119 = 72% |
| Spesifisitet | = 40/59 = 67% |
| Falske positive | = 19/119 = 15,9% |
| Falske negative | = 33/59= 55,9% |
| Prevalens rett | = 119/178= 0,668 |
| Prevalens avslag | =59/178=0,331 |

For å undersøke den prediktive verdien til vurderinger av henvisninger regnet vi ut positiv og negativ prediktiv verdi. Positive prediktiv verdi vil si sannsynligheten for at pasienter som får rett til helsehjelp ved vurdering av henvisningen også får rettigheten ved vurderingssamtale. Den negative prediktive verdien utgjør sannsynligheten for at de som får avslag vil få avslag ved vurderingssamtale.

$$\text{Positiv prediktiv verdi} = \frac{\text{Sensitivitet} \times \text{prevalens}}{\text{Sensitivitet} \times \text{Prevalens} + (1 - \text{Spesifisitet}) \times (1 - \text{Prevalens})}$$

$$\frac{0,72 \times 0,669}{0,72 \times 0,669 + (1 - 0,67) \times (1 - 0,669)}$$

$$\frac{0,481}{0,481 + 0,33 \times 0,331}$$

$$\frac{0,481}{0,590} = 0,815$$

$$\text{Negativ prediktiv verdi} = \frac{\text{Spesifisitet} \times (1 - \text{prevalens})}{(1 - \text{Sensitivitet}) \times \text{Prevalens} + \text{Spesifisitet} \times (1 - \text{Prevalens})}$$

$$\frac{0,67 \times (1 - 0,669)}{(1 - 0,72) \times 0,669 + 0,67 \times (1 - 0,669)}$$

$$\frac{0,221}{0,408} = 0,541$$

Positiv prediktiv verdi utgjorde 0,815, mens negativ prediktiv verdi utgjorde 0,541. Dette er interessant da det betyr at man ved vurdering av henvisninger i større grad greier å predikere hvem som skal få rett enn hvem som bør få avslag. Ved vurdering av henvisninger klarer man å vurdere riktig i 81% av tilfellene hvor man gir rett til helsehjelp. Det betyr også at sannsynligheten for at pasienter som får avslag ved vurdering av henvisning er 54%, det vil si ikke så langt unna tilfeldig utvalgt. Dette kan indikere at man ved pasienter som får avslag vil ha større nytteverdi av vurderingssamtale enn hos pasienter som får rettighet.

6.3 Regresjonsanalyser

Et viktig forskningsspørsmål er hvorvidt det er spesifikke egenskaper hos pasientene, som kjønn eller alder, som spiller inn på om pasientene får rett til helsehjelp eller ikke. Videre om det foreligger enkelte diagnosegrupper en bør være mer oppmerksom på eller om det er forskjeller blant spesialistene som kan være med på å forme utfallet av vurderingene. For å undersøke dette gjennomførte vi en binær logistisk regresjonsanalyse der vi så på effekten av aldersgruppe, kjønn, spesialist, kvalitet på henvisning og diagnosegruppe for å se om disse økte sannsynligheten for at pasientene ble vurdert til rett til helsehjelp eller fikk avslag ved

vurderingssamtalen. Den logistiske regresjonsmodellen var statistisk signifikant $X^2 = 31,552$ $p < 0,001$. Modellen forklarte 22,2% (Nagelkerke R^2) av forskjellene på utfallet og klassifiserte korrekt 66,5% av vurderingene. Diagnosegruppe er den eneste variabelen som er signifikant. Det betyr det eneste som påvirker om pasientene får rett til helsehjelp eller ikke, er hvilken diagnosegruppe de tilhører. Vi fant ikke signifikante nivåer for noen av de andre variablene vi undersøkte. Det vil si kjønn, aldersgruppe, kvaliteten på henvisning eller hvilken spesialist som gjennomførte vurderingssamtalen ikke påvirker hvorvidt pasientene i vårt studie får rett til helsehjelp eller ikke. Dette er oppsummert i tabell 22.

Tabell 22: Logistisk regresjonsanalyse: Underliggende faktorer ved vurderingssamtaler

| Effekt | Estimat | SE | 95% C.I. | | p |
|------------------------|---------|-------|----------|-------|-------|
| | | | NG | ØG | |
| | | | N=178 | | |
| Kjønn | -0,298 | 0,281 | 0,428 | 1,286 | 0,288 |
| Alder | 0,101 | 0,221 | 0,716 | 1,707 | 0,65 |
| Diagnose gruppe | 0,204 | 0,082 | 1,043 | 1,44 | 0,013 |
| Behandler | 0,174 | 0,096 | 0,985 | 1,437 | 0,071 |
| Kvalitet på henvisning | 0,01 | 0,234 | 0,639 | 1,597 | 0,966 |

Merknad: NG= Nedre Grense, ØG=Øvre Grense

Samme analysen ble utført for å se på hvordan aldersgruppe, kjønn, behandler, kvalitet på henvisning og diagnosegruppe påvirket sannsynligheten for at vurderingen ble endret ved vurderingssamtale. Den logistiske regresjonsmodellen var statistisk signifikant $X^2 = 45,641$ $p < 0,001$. Modellen forklarte 31,1% (Nagelkerke R^2) av forskjellene på utfallet og klassifiserte korrekt 30,2% av endringene. I likhet med tidligere funn viste regresjonsanalysen at diagnosegruppe er variabelen som er signifikant. Dette betyr at diagnosegruppe er den faktoren som i størst grad påvirker hvorvidt vurderingen fra henvisning blir endret ved vurderingssamtale. De andre variablene viste seg ikke signifikante, det vil si at spesialist, kjønn, aldersgruppe og kvaliteten på henvisningen ikke virker å spille inn på om vurderingen blir endret fra vurdering av henvisning til vurderingssamtalen. Se tabell 23

Tabell 23: Logistisk regresjonsanalyse: Endret vurdering

| Effekt | Estimat | SE | 95% C.I | | p |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| | | | NG | ØG | |
| | | | | | |
| Kjønn | 0,123 | 0,293 | 0,637 | 2,009 | 0,674 |
| Alder | -0,208 | 0,235 | 0,512 | 1,289 | 0,378 |
| Diagnose gruppe | -0,228 | 0,089 | 0,669 | 0,948 | 0,01 |
| Spesialist | 0,104 | 0,101 | 0,909 | 1,353 | 0,306 |
| Kvalitet på henvisning | -0,353 | 0,251 | 0,43 | 1,149 | 0,159 |

6.4 Ressursbehov

Rettighetsvurdering basert på innhold i henvisningen ga 41% (73 pasienter) avslag, 7,3% (13 pasienter) rett til behandling og 51,4% (92 pasienter) rett til utredning. Etter første samtale var vurderingen 33% (59 pasienter) avslag, 6,7 % (12 pasienter) rett til behandling og 60,3% (107 pasienter) rett til utredning. Dette er oppsummert i tabell 24

Tabell 24: utfall av hhv papirvurdering og spesialistvurdering

| | Papirvurdering | Spesialistvurdering |
|----------------------------------|----------------|---------------------|
| Rett til utredning | 51,4% | 60,3% |
| Rett til behandling | 7,3% | 6,7% |
| Avslag/avsluttet etter 1.samtale | 41% (Ap) | 33% (Av) |

Som redegjort for under Metode, kapittel 5.10, ramme 3 kan ressursbehov beregnes på følgende måte:

| | |
|---|-------------------|
| Papirvurdering: | $(3 - 2B - 3Ap)n$ |
| Ved spesialistvurdering på alle henviste: | $(3 - 2B - 2Av)n$ |

Ved å sette inn disse tallene

n = antall pasienter = 179

A_p = andel avviste papirvurdering = 0,41

A_v = andel avsluttet etter første samtale = 0,33

B = andel rett til behandling = 0,073 ved papirvurdering
= 0,067 ved spesialistvurdering

får vi samlet ressursbruk ved papirvurdering normal drift:

$(3 - 2B - 3A_p)n = (3 - 2 \times 0,073 - 3 \times 0,41) \times 179 = 1,624 \times 179 = \mathbf{291 \text{ timer}}$

Ved spesialistvurdering på alle henviste:

$(3 - 2B - 2A_v)n = (3 - 2 \times 0,067 - 2 \times 0,33) \times 179 = 2,206 \times 179 = \mathbf{394 \text{ timer}}$

Disse tallene settes inn i tabell 25.

Tabell 12 viser at av de 92 pasientene inntak vurderte å ha rett til utredning, ble 18 av dem avsluttet etter første samtale («falske positive»). Hvis vi antar at disse pasientene normalt ville vært satt opp til halvdagsutredning for å fullføre basisutredning, ville dette kostet 18 x 3 timer. Ved å sette opp til spesialistvurdering først og ikke rett til halvdagsutredning som koster 3 timer, ville vi kunne spare 18 x 2 behandlertimer = 36 timer. Denne besparelsen fra inntak basert på papirvurdering til inntak der alle får spesialistvurdering, vil gå til fratrukk av de 214 behandlertimene (rad 4, kolonne 3, tabell 25) og gi 179 behandlertimer.

Tabell 25: Ressursbruk papirvurdering vs alle henviste vurdert av spesialist

| N=179 | Papirvurdering avslag | Spesialistvurdering alle henviste |
|-----------------|-----------------------|--|
| Avslag | 41% | 33% |
| Antall timer | 291 | 394 (179 spesialisttimer + 215 behandlertimer) |
| «Falsk positiv» | | -36 timer |
| | | 358 (179 spesialisttimer + 179 behandlertimer) |
| Økning timer | | +67 timer |
| | | +23% |

Inntak vurderte 41% avslag, på 73 pasienter, 33 av disse ble likevel tatt inn etter spesialistvurdering. Det er rimelig å anta at noen av 33 pasientene som ble feilaktig avvist ved papirvurdering vil bli rehenvist på et senere tidspunkt. Vi har ikke klart å fremdrive rehenvisningsraten blant polikliniske pasienter ved DPS. Papirvurdering frigjør 66 timer fra

vurderingssamtale til alle. Dette vil si at vi kan beregne hvor mange pasienter som må rehenvises for at vurderingssamtaler skal hente inn ressursbruken ved papirvurderinger. Ettersom en halvdagsutredning utgjør 3 timer blir regnestykket:

$$\frac{\text{overskuddstimer } 66}{\text{tidsbruk per pasient } 3} = 22$$

Deler man 22 på 33 som utgjør antallet falske negative betyr det at man må ha en rehenvisningsrate på over 66% for at vurderingssamtaler skal kunne innhente ressursbruken ved papirvurderinger. Uten at vi har et nøyaktig tall på rehenvisninger i DPS fremstår 66% usannsynlig høyt, sammenlignet med klinisk erfaring.

Ressursbehovet ved å legge om fra tradisjonelt inntak til at alle skulle møte spesialist vil i dette prosjektet gi en økning på 23% timer totalt. Dette utgjør ressurser som da må dreies fra behandling til rettighetsvurderinger.

Poliklinikkene meldte tilbake gjennom prosjektet at en viss andel av de pasientene som ble sendt videre til å fullføre basisutredning etter første samtale, ble avsluttet etter basisutredning. Vi så at det var forskjell på spesialistene i hvor mange de avsluttet etter sin første samtale (se tabell 19) Hvis vi antar at det er mulig å ha høyere presisjon i disse vurderingene for alle spesialister som er satt til å vurdere i front, kan vi beregne hvor stor andel av pasientene som må avsluttes etter første samtale for at ressursbruken totalt skal gå i null. Dette forutsetter en grov forenkling som redegjort for over, siden vi her ikke medregner andelen falske positive. Beregningsmodell som beskrevet under Metode, kapittel 5.10 gir følgende oppsett:

Ressursbehov spesialistvurdering på alle henviste = ressursbehov papirvurdering

$$(3 - 2B - 2Av)n = (3 - 2B - 3Ap)n$$

$$2Av = 3Ap$$

$$Av = 1,5Ap$$

n = antall pasienter

Ap = andel avviste papirvurdering

Av = andel avsluttet etter første samtale

B = andel rett til behandling

Ved å sette $A_p = 0,41$, finner vi at A_v må være $1,5 \times 0,41 = 0,615$, dvs at 61,5 % av pasientene må avsluttes etter første samtale hos spesialist for at ressursbruken skal bli den samme som ved 41% avviste basert på vurdering av innhold i henvisningen.

Hvis vi tar utgangspunkt i andel avviste på 25%, vil $A_v = 1,5 \times 0,25 = 0,375$, dvs 37,5% av pasientene må avsluttes etter første samtale.

Motsatt kan vi si at 33% som avsluttes etter første samtale med spesialist tilsvarer samme ressursbruk som $A_p = A_v/1,5 = 0,33/1,5 = 0,22$, altså 22% avvisning basert på innhold i henvisning. Se tabell 26.

Tabell 26: Sammenheng mellom andel avviste papirvurdering og andel som må avsluttes etter første samtale for at ressursbehov skal gå i null

| Andel avviste papirvurdering (A_p) | Andel avsluttet etter første samtale (A_v) ved dårlig spesialistdekning |
|--|---|
| 22% | 33,0% |
| 25% | 37,5% |
| 41% | 61,5% |

6.5 Estimert ressursbehov ved spesialistvurdering på alle henviste pasienter i 2023 hvis disse tallene er representative

Er det i det hele tatt praktisk mulig å få til spesialistvurdering på alle henviste pasienter?

Som vist i tabell 13, var utfallet etter klinisk vurdering slik at 33% avsluttet etter denne første samtalen, mens 60,3% ble vurdert rett til utredning. 6,7% ble vurdert rett til behandling.

Vi velger å legge til grunn 5800 polikliniske henvisninger til de tre allmennpsykiatriske poliklinikkene basert på historiske tall og en liten økning til 2023. (se tabell 4) Hvis vi videre tar som utgangspunkt at 7% gis rett til behandling og 33% avsluttes etter første spesialisttime som ved inntaksprosjektet med Larvik, så vil 60% gå videre til basisutredning.

Som redegjort for under Metode, kapittel 5.10 kan ressursbehov beregnes på følgende måte ved spesialistvurdering på alle henviste: $(3 - 2B - 2A_v)n$

Ved å sette inn disse tallene

n = antall pasienter = 5800

A_v = andel avsluttet etter første samtale = 0,33

B = andel rett til behandling = 0,07

får vi samlet ressursbehov

$$(3 - 2B - 2A_v)n = (3 - 2 \times 0,07 - 2 \times 0,33) \times 5800 = 2,2 \times 5800 = \underline{12\,670 \text{ timer}}$$

Her skal vi ikke beregne ressursbruk i forhold til papirvurdering, men ren fremskrivning. Vi forholder oss derfor ikke til mulig falske positive eller falske negative.

Se tabell 27. Ved god spesialisttilgang der spesialist kan fullføre basisutredningen selv, kan vi anta at spesialisten klarer å utrede ferdig ved hjelp av 1,5 time ekstra, i stedet for 2 ekstra behandlertimer.

Tabell 27: Estimert behov for spesialist- og behandlertimer totalt i 2023 og pr uke hvis alle skal vurderes av spesialist

| N=5800 | Kun spesialist (33,5 årsverk) | | Spesialist (33,5 årsverk) + behandler (53,3 årsverk) | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--|--------------------|
| | Spesialist-timer | Behandler-timer | Spesialist-timer | Behandler-timer |
| Alle henviste n=5800 | 5800 | | 5800 | |
| 60% videre til basisutredning=3480 | 1,5 x 3480 = 5220 | | | 2 x 3480 = 6960 |
| Sum timer | 11 020 | | 5800 | 6960 |
| Timer pr uke til vurdering/utredning | 7,7 | | 4,0 | 3,0 |

DPS Vestfold vil ha ca 33,5 spesialister i de tre allmennpoliklinikkene i 2023. Hvis vi antar at hver spesialist har 5 uker ferie og 2 uker kurs, vil det optimalt sett være 45 uker igjen til klinisk arbeid hvis det ikke foreligger sykefravær. Med estimert sykefravær på 5%, vil det gi 42,75 uker med klinisk arbeid tilgjengelig. 11 020 spesialisttimer fordelt på 42,75 uker gir et behov for å dekke 258 spesialisttimer pr uke. Fordelt på de 33,5 årsverkene utgjør dette 7,7 timer pr uke pr spesialist. Dette vil utgjøre ca halvparten av den kliniske kapasiteten spesialistene har, siden oppstart og utredning gir mer behov for dokumentasjon enn ved

fortløpende behandling. I tillegg skal spesialistene veilede ikke-spesialister og bidra i evalueringspunkter.

Hvis vi legger til grunn at det er ikke-spesialister som fullfører basisutredning, vil tallene bli slik: 5800 spesialisttimer + 2x3480 behandlertimer = 6960 behandlertimer (se tabell 27).

Dette vil gi de 33,5 spesialistårsverkene 4,0 timer pr uke hver. De 3480 pasientene som skal fullføre sin basisutredning skal fordeles på de 53,3 psykolog og lis lege-årsverkene. De vil da måtte bruke 3,0 timer pr uke i snitt for å ferdigstille basisutredning.

6.6 Forløpstider og ventetider

Vi hentet ut pakkeforløpstall lokalt, men kunne da bare hente ut for hele måneder. For perioden 01.03.22 – 30.06.22 sammenliknet vi andel av forløpene som var innenfor forløpstider, se tabell 28.

Tabell 28: Forløpstider = andel innen frist hhv Larvik, Sandefjord og alle pasienter i D11-forløpet

| Pågående og avsluttede forløp i perioden | Basis-utredning (andel innen 6 uker) | Basis+utvidet utredning (andel innen 12 uker) | Behandlingsplan (andel som har) | Info om behandlingsformer (andel som har fått info) | 1.evaluering (en del evaluert innen 6 uker) |
|--|--------------------------------------|---|---------------------------------|---|---|
| Alle n=1406 | 90% | 87% | 89% | 94% | 73% |
| Larvik n=282 | 70% | 67% | 85% | 95% | 71% |
| Sandefjord n=355 | 93% | 90% | 87% | 91% | 73% |

Vi ser at i denne perioden er andel pasienter som ikke utredes innen 6 uker 30% i Larvik mot 7% i Sandefjord. Når beslutning om behandling er tatt, er det ingen forskjeller lenger. Selv om vi forsøkte å holde ventetidene nede i prosjektet, steg de utover de 14 dagene vi ønsket på

grunn av sykefravær. Tabell 29 viser gjennomsnittlig ventetid ved oppmøte på pasienter henvist elektivt i prosjektperioden til allmennpoliklinikkene.

Tabell 29: Gjennomsnittlig ventetid i prosjektperioden 10.03.22 – 17.06.22

| Kommune | Ventetid |
|----------------------------|----------|
| Larvik | 20,5 |
| Alle kommuner ekskl Larvik | 42,7 |

7. Diskusjon

Formålet med studien var å finne svar på forskningsspørsmålene:

1. Hvor mange av pasientene som ble avvist på bakgrunn av rettighetsvurdering basert på innhold i henvisningen (papirvurdering) ville vært tatt inn om de ble klinisk vurdert?
2. Hvor mange av pasientene som ble gitt rett til utredning eller behandling ved papirvurdering vurderes å ikke ha behov for spesialisthelsetjeneste ved klinisk vurdering?
3. Har diagnosekategori, kjønn og/eller alder på pasientene noe å si for utfallet av papirvurdering vs klinisk vurdering?
4. Har vurdert kvalitet på henvisning noe å si for utfallet av papirvurdering vs klinisk vurdering?
5. Hvordan påvirkes pasientforløpet av at alle får første samtale?
6. Hva er estimert ressurskrav hvis spesialistvurdering skal innføres på alle henviste pasienter?

Vi ønsket at studien skulle gi en indikasjon på om dagens organisering av fastleger som portvakt til spesialisthelsetjenesten og DPSETS inntaksvurdering sørger for rett hjelp til rett tid på rett sted for pasientene slik intensjonen er, og si noe om hvordan en slik endring av veien inn til DPS vil kunne påvirke tjenestetilbudet og ressursbehov.

7.1. Studiedesign

Med tanke på å svare opp forskningsspørsmålene har det valgte studiedesignet både styrker og klare svakheter.

Inntaksteamet skulle vurdere alle henvisninger slik de var vant med, men skulle fylle ut eget skjema for Larvikspasientene. De var informert om studien, designet og formålet.

Inntaksteamet behandler svært mange henvisninger hver dag, og siden de visste at alle Larvikspasienter skulle få vurdering uansett, kan dette har påvirket måten de vurderte disse henvisningene. En så høy avslagsprosent i denne studien på 41% kan tyde på det. Det kan også tenkes at man ikke var like flid med vurdering av diagnosekategori og at det kan ha gitt større variasjon enn nødvendig.

Samtidig som studien skulle gjennomføres var det sterke føringer fra Helse Sør-Øst på at avslagsprosent totalt ikke skulle være over 20%, og dette var kommunisert til både inntaksteam og enkelte av spesialistene i prosjektet. Dette kan ha slått ut begge veier: dels at inntaksspesialistene tillot seg å vurdere henvisningene strengt opp mot prioriteringsveilederen, dels at spesialistene som vurderte pasientene kan ha latt det farge sine vurderinger ved å la flere pasienter fortsette inn i DPS. I ettertid ser vi at vi burde blindet dette for inntaksspesialistene på den måten at de ikke var klar over hvilke pasienter som ble inkludert i studien. Vi kunne ha fanget opp Larvikspasientene etter rettighetsvurderingen på en annen måte, men samtidig ville det kreve flere merkantile inntaksressurser og forsinke prosjektet.

Spesialistene som gjennomførte den kliniske vurderingen, var klar over hva inntaksteamet hadde vurdert – da dette sto i vurderingsnotatet. Dette kan ha påvirket spesialistene – men i ulik grad. De internt rekrutterte spesialistene jobber til vanlig i de allmennpsykiatriske poliklinikkene, og kjenner på kapasitetsvanskene daglig. De er opptatt av at det er de riktige pasientene som «slippes inn» i spesialisthelsetjenesten, og har fortalt at de syntes det var vanskelig å fastholde avslaget etter klinisk vurdering. Det lå altså et ønske om å opprettholde vurderingen om avslag, noe som kan ha farget vurderingene hos disse spesialistene. På den annen side rekrutterte vi to spesialister som ikke har sitt daglige virke i avdelingen. Det kan ha medført at man i mindre grad bekymret seg for om kapasiteten i DPS ble sprengt, men mer har fokusert på egne vurderinger. Den ene spesialisten var medforfatter SH. En klar styrke med det var at vi kjapt kunne fange opp praktiske vansker mtp gjennomføring av prosjektet. Med god kjennskap til DPS som tidligere kollega, kan det ha påvirket ham i «streng» retning og i så fall plassert ham i samme kategori som de fast ansatte spesialistene.

Siden prosjektet ble gjennomført i daglig drift, og pasientene faktisk må rettighetsvurderes og vurderingene journalføres, så vi ikke muligheter til å blinde for spesialistene som skulle foreta den kliniske vurderingen.

Vi ønsket å finne ut om det var enkelte kategorier pasienter det var vanskeligere å vurdere enn andre. Diagnosekategori VOP (VoksenPsykiatri) skal i det daglige brukes når man ikke har nok opplysninger i henvisning til at en av de andre diagnosekategoriene kan velges, men fortsatt behov for spesialisthelsetjeneste. Denne kategorien skulle derfor velges på de pasientene som ble vurdert å ikke ha behov for DPS, både i papirvurdering og klinisk vurdering. Dette ble ikke kommunisert godt nok ut, og har trolig skapt noe forvirring. I etterkant ser vi at vi ikke burde lagt noen føringer på dette og latt både inntaksspesialistene og vurderingsspesialistene velge dette selv.

Spesialistene som gjennomførte de kliniske vurderingene hadde lite innbyrdes kontakt og kalibrerte seg ikke – det kan ha medført større ulikheter. På den annen side, så viser dette hvordan det er i en vanlig klinisk hverdag – der klinikerne vurderer som best de kan, og at nettopp dette er en styrke når vi skal vurdere overføringsverdi til vanlig drift.

7.2. Pasientpopulasjonen

Populasjonen fremstår i all hovedsak å være representativ for den type populasjon man vil finne henvist til poliklinikker ved DPS. Vi valgte ut en av våre seks opptakskommuner, og selv om det er klare forskjeller mellom kommunene våre når det gjelder organisering av tilbudet, er folkehelseprofilen relativt lik

Henvisningsratene kan i hovedsak påvirkes av sykkeligheten i befolkningen, hjelpesøkeratferden til befolkningen og kommunens tjenestetilbud, samt fastlegenes kunnskap om prioriteringsveilederen og kjennskap til det lokale tjenestetilbudet.

At henvisningsraten er høyere i Vestfold enn landsgjennomsnittet, og at andel av befolkningen som tas inn til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten innen psykiatri er høyere kan ha flere forklaringer. Befolkningen kan være sykere (18).Tilgangen på lavterskeltilbud i kommunene kan være dårlig. De ulike kommunene i Vestfold er organisert ulikt med tanke på sitt tjenestetilbud. Noen har kort ventetid både til vurderingssamtale der vedtaksbaserte tjenester eventuelt tildeles og behandling, mens andre har både lang ventetid og interne ventelister for oppstart behandling. Dette kan medføre at fastlegene i større grad

vil henwise DPS i stedet for kommunalt tilbud, dels at pasientene kan bli dårligere i ventetiden og så likevel trenge spesialisthelsetjeneste. Rehenvisningsraten kan være høy – som følge av pasientene avsluttes for tidlig, og må henvises tilbake. Dette har vi ikke hentet ut tall på, og det blir uansett vanskelig å sammenlikne dette med de andre fylkene siden vi ikke har mulighet til å hente ut tilsvarende tall derfra.

Avvisningsratene kan påvirkes av kvalitet på henvisningene, dvs om henvisningene inneholder den informasjonen spesialisthelsetjenesten trenger for å gjøre en riktig rettighetsvurdering. Fra at Larvik lå ganske likt med de andre kommunene i avvisningsrate, økte det fra 26,2 % i 2020 til 34,9% i 2021. Dette er ikke så langt unna studiens tall på 41% og kan være uttrykk for et særlig trekk for Larviks del. At henvisningsraten og avvisningsraten er såpass høy i Larvik sammenliknet med de andre Vestfold-kommunene kan tyde på at fastlegene her henviser mye feil. Rapporten til FHI viser andel av befolkningen som er i kontakt med fastlege/legevakt på grunn av psykiske helseplager. Larvik kommune har også mulighet til selvhenvising, slik at en andel av pasientene med psykiske lidelser kan få hjelp for dette uten at det registreres psykiske symptomer/lidelser hos fastlege eller legevakt. Videre vil kontakt med helprivate terapeuter heller ikke registreres. Hjelpsøkeratferden kan også påvirke disse tallene. Vi vet at mange med psykiske lidelser aldri oppsøker hjelp for dette, og hvor stor andelen er i de ulike kommunene vet vi ikke. Dette kan handle om grad av åpenhet knyttet til psykiske lidelser, grad av tro på at fastlege kan hjelpe noe med dette, og tilgang på andre terapeuter å få hjelp hos. Omdømme til den lokale spesialisthelsetjenesten vil kunne påvirke troen på at man kan få godt og riktig hjelp. Kunnskap hos fastlegene om psykiske lidelser og behandling av disse vil også påvirke henvisningspraksis. Hvis fastleger sier til sine pasienter at det er så umulig å få hjelp i DPS at det ikke er noen vits i å henwise, kan denne holdningen spre seg.

7.3. Underliggende variabler

Ut fra våre funn synes det ikke å være en signifikant sammenheng mellom kvaliteten på henvisningen og hvorvidt vurderingen fra papir til samtale ble endret. Dette samsvarer ikke med funnene til Stedenfeldt (29) men bekrefter funnene til Nymoen (32). Vi finner derfor ikke at presisjonen og nøyaktigheten til beskrivelsen fra fastlege er en viktig forutsetning for at papirvurderinger skal være gyldig metodikk. Det foreligger likevel noen åpenbare

svakheter i metodikken for å undersøke dette. For det første er kategoriene «god, ok og dårlig» relativt grovkornet uttrykk for behandlernes subjektive vurderinger. En kunne tenkt seg mer objektive mål, som konkrete mangler eller beskrivelse i henvisning samsvarer ikke med pasientens beskrivelse. Det er også verd å merke seg at endring i beskrivelse ikke nødvendigvis er et uttrykk for kvalitet fra fastlegens side, men kan også være et uttrykk for at pasienten endrer sin forklaring eller at tilstanden endrer seg fra pasienten er på henviserens kontor til oppmøte på DPS. Henvisninger kan se tilsynelatende gode ut, men hvis man ved klinisk vurdering avdekker vesentlig informasjon som ikke er med i henvisningen, kan det forklare deler av den store diskrepansen mellom papirvurdering og klinisk vurdering.

Det er mange faktorer som kan påvirke innholdet i henvisningen. Fastlege kan ha tidsnød, for normalt er det satt av 15 minutter pr konsultasjon og øyeblikkelig hjelp kommer ofte i tillegg. Hvis ikke fastlege setter av mer tid eller ber pasienten komme tilbake for ytterligere vurdering, vil det ikke være mulig for fastlege å innhente all informasjonen som vil kunne gi en «riktig» vurdering av henvisning som grunnlag for rettighetsvurdering. Fastlegens kunnskap om og erfaring med psykiske lidelser vil også påvirke hvilke spørsmål fastlegen stiller og hvordan fastlegen forstår svarene og fortolker disse i en klinisk sammenheng. Tidsnød vil også påvirke lengden på henvisningen.

Etter mange års inntaksarbeid har vi erfart at mange henvisninger kan inneholde detaljerte beskrivelser av hendelser pasienten har vært utsatt for, og som kun delvis har relevans for tilstanden det ønskes behandling for. Samtidig kan det mangle beskrivelse av hvilke symptomer pasienten har og hvordan det påvirker dagliglivets fungering, eventuelt jobb/skole/familiefungering. Det er stor forskjell på om pasienten har angst som gjør at vedkommende ikke kan handle på store kjøpesentre på lørdager eller om angsttilstanden gjør at pasienten ikke klarer å reise med kollektivt og derfor ikke kommer seg på skole/studier/jobb. Det er også en pasientfaktor her, idet enkelte pasienter ikke ønsker å fortelle alt til fastlegen, men vil vente til man kan fortelle det til psykologen.

Kjønn synes ikke å kunne predikere endringer i vurdering, det samme gjelder alder. Med tanke på alder kan man ut fra metodikken sett for seg at registrering av nøyaktig alder eller en større populasjon ville gitt sikrere avklaring på dette spørsmålet. Nymoen og kollegaer fant at det oftere var samsvar mellom vurdering basert på papir og samtale hos kvinner enn hos menn (32).

Vi fant en statistisk signifikant predikasjonsverdi mellom diagnosegrupper og utfall, både om vurdering ble endret, men også av hvem som fikk rett eller avslag. Dette funnet må tolkes med noe forsiktighet, da dette inkluderer diagnosegruppen VOP, som ved papirvurderingene var kategorien spesialistene delvis hadde oppfattet skulle brukes ved avslag. Tallene våre ble for små for at vi kunne gjøre en statistisk analyse vedrørende spesifikke diagnosegrupper, men ut fra de observerte data virker det som enkelte diagnosegrupper har større endringer enn andre. Angst, fobi og traumelidelser og atferdsforstyrrelser (ADHD) synes å skille seg ut som grupper hvor det forekom en del endringer. Begge disse diagnosegruppene innbefatter behov for omfattende utredninger og kvalifiserte differensialdiagnostiske vurderinger. Det er derfor ikke uventet at disse gruppene skiller seg ut.

En annen underliggende faktor som er interessant å se på i fremtidige studier, er hvorvidt spesialisten som gjennomfører samtalen har en betydning for utfallet. Vi fant i vår studie ingen signifikant sammenheng mellom spesialist og utfall, men bemerker oss at det er stor forskjell i for eksempel avslagsprosent mellom spesialistene. Dersom man legger til grunn at en spesialistvurdering utgjør en kvalitetssikring på rettighetsvurderingen av pasienten, så forutsetter det at en spesialistvurdering samsvarer med en annen spesialistvurdering. Ved en endring i studiedesign kunne man nok sett tydeligere på inter-reliabiliteten mellom spesialistene. Det foreligger for øvrig ingen studier som vi er kjent med som undersøker validitet mellom klinikere sine rettighetsvurderinger basert på kliniske samtaler og kan være et interessant område for fremtidig forskning.

7.4 Spesifisitet og sensitivitet

I tråd med lignende studier av blant annet Nymoen og kollegaer og «All in»- prosjektet til BUP Øvre Romerike fant vi at det er en diskrepans mellom vurderingene som gjøres på bakgrunn av papirhenvisningene og vurderingene som gjøres etter klinisk undersøkelse av pasientene. Når vi gjør som antakelse at klinisk undersøkelse er gullstandard av rettighetsvurderinger, utgjør funnene våre at papirvurdering har en spesifisitet på 72,27 og sensitivitet på 67,80. Dette betyr at man ved papirvurderinger både gir rett til en del pasienter som burde fått avslag, men også gir avslag til en del pasienter som burde hatt hjelp. Dette er problematisk, særlig for de pasientene som blir gående uten hjelp og risikerer forverring av tilstanden. Det er også problematisk da man innenfor DPS bruker en god del ressurser på å utrede pasienter som i utgangspunktet burde fått hjelp et annet sted. At det er manglende

spesifisitet og validitet på papirvurderinger støtter opp om at det kan være både faglig riktig og god samfunnsøkonomi i å sette spesialistene i front og ta imot alle henviste pasienter. Vi bemerker oss også at den positive predikasjonsverdien er betydelig større enn den negative. Dette kan bety at man bør tenke økt bruk av vurderingssamtaler på de som får avslag eller hvor man er usikker på tilstanden. Spørsmålet er om gevinsten man får ved å ta inn de riktige pasientene veier opp kostnadene i ressursbruken slik som «All in»-prosjektet ved BUP Øvre Romerike hevder (4).

7.5 Ressursbruk

Det å estimere ressursbehov er svært vanskelig og avhenger av mange variabler som er usikre. Vi har gjort rede for hvordan vi har valgt å estimere dette, og finner at ressursbruken vil øke ganske betydelig – og er et annet funn enn det BUP Øvre Romerike kom fram til. En omlegging av inntak til DPS Vestfold til at alle pasienter som er henvist skal møte en spesialist, vil kreve selv ved forsiktige estimerer økt ressursbruk totalt, og gi behov for å flytte spesialister fra behandlingsoppgaver til vurderingsoppgaver.

Når vi har estimert behov for vurderingskapasitet på hele den forventede pasientpopulasjonen i 2023, så er det åpenbart et usikkert estimat. Vi har i dette prosjektet ikke tatt stilling til hva som da er igjen av reell behandlingsskapasitet, da dette vil avhenge av behandlingsbehovet til pasienten med tanke på hyppighet og varighet. Vi håpet da vi rigget prosjektet at vi skulle få liknende resultater som BUP Øvre Romerike ved at ressursbruken blir omtrent den samme, men med vår spesialistdekning vil vi ikke komme utenom at behov for flere spesialistressurser i front oppstår. Det estimerte ressursbehovet ved å ta alle henviste pasienter inn til vurdering avhenger av at fastlegene beholder den henvisningspraksisen de har i dag. Fastleger med kjennskap til og tro på det kommunale psykiatritilbudet, vil fortsette å henvise til riktig nivå. Vi antar at travle fastleger med usikkerhet knyttet til egen kompetanse på psykiske lidelser i større grad vil henvise til DPS når de vet at alle pasienter blir vurdert likevel. I tillegg kan de utsettes for klare forventninger fra pasientene om å bli henvist til psykolog. Hvis ventetidene inn i DPS fortsetter å holde seg på nivå pr i dag med ca 40 dager i gjennomsnitt og ventetidene inn til de kommunale tjenestene er like lange som i dag, vil det i seg selv bidra til å dreie henvisningspraksis. På den annen siden vil kommunene avlastes noe ved økt henvisningsrate til DPS og derav kanskje korte ned ventetidene. Uansett

er det en sterk sannsynlighet for – slik vi vurderer funnene opp mot vår kjennskap til helsetjenesten – at henvisningene vil øke og vi vil måtte bruke en stadig større andel av spesialistkapasiteten til å vurdere pasienter som ikke har behov for spesialisthelsetjeneste, og som kunne fått denne vurderingen av saksbehandler på tjenestekontoret i kommunen. Selv om det er anekdotisk og ikke statistisk relevant var det enkelte henviste pasienter i prosjektperioden som åpenbart ville vært plukket ut ved vurdering av henvisningene. Eksempel på dette er blant annet en pasient som tilhørte en annen kommune og derfor skulle til et annet DPS. En annen pasient var henvist uten at pasienten var tilstrekkelig informert eller hadde bedt om hjelp, men hvor barnevern og fastlege var bekymret. Samt en tredje pasient hvorav henvisningen ikke inneholdt en beskrivelse av et eneste symptom forenelig med psykisk lidelse.

7.6 Fastlege som portvakt

Målet med fastlege som portvakt til spesialisthelsetjenesten er å sikre riktig ressursbruk ved at de sykeste pasientene skal få hjelp i spesialisthelsetjenesten. Vår studie støtter de samme funnene i flere andre studier (3, 4, 29) og konsernrevisjonen til Helse Sør-Øst (28) at rettighetsvurderingen basert på innhold i henvisning (papirvurdering) har klare begrensninger. At pasienten først må bestille time hos fastlege, og så henvises riktig sted – enten primærhelsetjenesten eller DPS, utgjør i alle tilfeller ventetid og forsinket vurdering og riktig hjelp. De psykiske vanskene kan forverres, fravær fra jobb og skole blir forlenget, og risiko for utenforskap over lengre tid øker. Dette gjelder særlig våre unge voksne, som utgjør en stor andel av de henviste pasientene til DPS. Med den økende psykiske sykkeligheten og strammere ressurstilgang i helsevesenet, samt presset på fastlegene, blir det nødvendig å se på andre modeller for å sikre rett helsehjelp på rett nivå til rett tid.

Et alternativ kan være at fastleger og pasienter henviser/henvender seg til ett sted, der kommune og DPS samarbeider om å vurdere pasientene slik at man på den måten kan sikre at pasientene nettopp får riktig hjelp på riktig nivå til rett tid. Ved å sikre korte ventetider, vil ressursinnsatsen trolig bli lavere fordi riktig og tidlig hjelp er avgjørende for prognosen og det videre behandlingsbehovet.

7.7 Pasientforløp

Vi var spente på hvordan prosjektet ville påvirke pasientforløpene og tjenesten.

Poliklinikkene meldte om økende kapasitetsvansker, og ventetid etter første samtale var ikke til å unngå. Dette fikk utslag på forløpstidene på utredning, men ikke i behandlingsforløpet når pasientene først var tatt inn i behandling.

Siden ventetiden inn for pasientene i prosjektet var halvparten av de ordinære pasientenes ventetid, tyder det på at pasientene ikke fikk forsinket oppstart helsehjelp ved at prosjektet ble gjennomført. Det oppstod flaskehals i den videre utredningen fordi poliklinikkene hadde vanlig drift på resten av pasientpopulasjonen, noe som førte til at forløpstid utredning forlenget. Pasientene ble altså tatt raskere inn til første samtale enn de ordinært henviste pasientene, men måtte så vente på ferdigstilling av sin utredning.

Rapportene fra poliklinikkene og økt andel pasienter som ikke ble utredet innen anbefalt tid, gir klare indikasjoner på at en slik endring i større skala ikke vil tåles i allerede pressete poliklinikker. Vurderingssamtaler og basisutredninger krever forholdsvis mer dokumentasjon enn pasienter som er i behandling. En spesialist klarer derfor færre pasienter i utredning på en uke enn pasienter i behandling. I prosjektperioden hadde vi i tillegg ekstra ressurser, noe det ikke er midler til å fortsette med. Ved en innføring av første samtale på flere pasienter, vil det kreve at dimensjoneringene på utredningskapasiteten tilpasses tilsvarende.

8. Konklusjon

Hensikten med «Sammen om mestring», «Prioriteringsveilederen» og fastlege som portvakt er å sikre riktig bruk av ressursene i helsetjenesten: rett hjelp på rett sted til rett tid. Selv om resultatene skal tolkes med varsomhet på grunn av klare svakheter i studien, støtter våre funn resultatene fra tilsvarende studier: det er for liten grad av samsvar mellom rettighetsvurdering basert på innhold i henvisning og klinisk vurdering. Konsernrevisjonen til Helse Sør Øst (26) viste i tillegg lite samsvar mellom inntaksteamene på de samme henvisningene som skulle vurderes. Dette medfører samlet en klar risiko for at pasienter i behov av spesialisthelsetjeneste avvises feilaktig, mens det samtidig brukes ressurser på å avklare pasienter i spesialisthelsetjenesten som kunne fått tilstrekkelig hjelp i primærhelsetjenesten. Det kan medføre forsinket hjelp til mange pasienter og mulig forverring, samt prognosetap.

Det må vurderes om fastlege som portvakt til psykisk helsevern bør revurderes siden fastlege må ha inngående kjennskap til kommunenes tjenestetilbud, samt selv vurdere hvilket forvaltningsnivå pasienten skal henvises til.

Regjeringens løfte om at pasienter som henvises til DPS ikke skal avvises før de er sett av en spesialist, vil medføre økt behov for spesialistressurser inn i rettighetsvurderingsarbeidet.

Dette er allerede en knapp ressurs, og våre estimater tilsier at det vil innebære en forskyvning av spesialistinnsett fra behandling av de sykeste pasientene til å vurdere pasienter som ville blitt vurdert av en saksbehandler på tjenstekontoret hvis pasienten ble henvist til kommunal psykiatritjeneste. Det er også rimelig å anta at dersom alle pasienter som henvises til DPS skal vurderes av spesialist, vil dette være med på endre henvisningsatferd hos fastlegene.

Erfaringsmessig vil mange fremdeles gjøre en riktig sorteringsjobb, mens andre kan tenkes å senke kvaliteten på undersøkelse og utredning før pasienten henvises – som uansett vil få en vurdering.

Det brukes betydelig ressurser på psykisk helsehjelp både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten allerede, og for å møte et fortsatt og muligens økende behov for psykisk helsehjelp uten tilsvarende økning i ressurstilgang, må tjenestene samarbeide på en annen måte enn i dag for å sikre at rett pasient får rett hjelp på rett sted til rett tid, og at ressursene strekker til.

Funnene våre tilsier at inntakssystemet til vårt DPS må evalueres grundig i tett samarbeid med våre kommuner.

Takk til

Vår kloke, entusiastiske, tålmodige og meget gode veileder Tor Iversen.

Alle ansatte i DPS Vestfold som var involvert i prosjektet:

Prosjektkoordinator Hege Gulliksrud,

Inntaksteamet med sekretærer, spesialister og inntaksansvarlig

Spesialistene som gjennomførte samtalen

Forløpskoordinatorene

CheckWare-superbruker

Konsulenter

Seksjonslederne i de allmennpsykiatriske poliklinikkene

Om forfatterne

Sondre Hasvold er psykologspesialist og har tidligere jobbet i en av allmennpoliklinikkene ved DPS Vestfold og er for tiden seksjonsleder for Psykiatrisk akuttmottak i Sykehuset i Vestfold.

Mette Camilla Moen er psykiater og avdelingssjef ved DPS Vestfold, har tidligere vært seksjonsleder for ulike allmennpoliklinikker ved DPS Vestfold og vært inntaksansvarlig ved DPS i flere år.

Begge forfatterne har jobbet med alle deler av oppgaven.

Referanser

1. Helsedirektoratet (2015). Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne [nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
2. Helsedirektoratet (2014) IS-2076 Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten
3. Holman PA, Ruud T, Grepperud S. Horizontal equity and mental health care: a study of priority ratings by clinicians and teams at outpatient clinics. BMC Health Services Research. 2012;12(1):162.
4. A-hus. Forbedringspriser for raskere og riktig hjelp til flere <https://www.ahus.no/nyheter/forbedringspriser-for-raskere-og-riktig-hjelp-til-flere> 10.06.2021
5. Sosial- og helsedirektoratet (2006) IS-1388 Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen.
6. FHI Psykiske lidelser hos voksne. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/> Oppdatert 03.12.2021
7. Helsedirektoratet (2018). Aktivitetsdata for avtalespesialister <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister> Oppdatert 18.03.2022
8. Statistisk sentralbyrå (2019) 1 av 4 konsultasjoner hos private spesialister <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-4-konsultasjoner-hos-private-spesialister>
9. Oslo Economics. Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge. 21.04.2022.
10. FHI Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre. Resultater i 2018 og utvikling over tid (PasOpp-rapport 2019:3). <https://www.fhi.no/publ/2019/fastlegers-vurdering-av-distriktpsikiatriske-sentre-resultater-i-2018-og-u/>
11. Sykehuset i Vestfold: Om oss <https://www.siv.no/om-oss>
12. Samfunnsøkonomisk analyse Kartlegging av mangelen på fastleger og sykehusleger i psykiatrien. 10.05.2021. <https://samfunnsokonomisk-analyse.no/nye-prosjekter/2021/5/10/kartlegging-av-mangelen-p-fastleger-og-sykehusleger-i-psykiatrien>

13. Helsedirektoratet (2022). Poliklinisk og ambulant personell i psykisk helsevern (PHV) <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/e65034cf-6170-4b78-9683-d6d00dbaea83?e=false&vo=viewonly>.
14. Helse Sør-Øst Avtalespesialister 2022 <https://avtalespesialister.helse-sorost.no/spesialister1.asp>.
15. Helsedirektoratet (2018). Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne oppdatert 30.09.22 <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>
16. Helsedirektoratet (2015). Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne Oppdatert 20.09.19 <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne>
17. Helsedirektoratet (2020). Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus, indikatorer for aktivitet og forløpstid <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/nasjonale-forlop-psykisk-helse-rus>
18. FHI. Folkehelseprofil 2022 Vestfold og Telemark. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>
19. Riksrevisjonen (2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester-2021>
20. Helsedirektoratet (2020). Nyhenviste i psykisk helsevern for voksne <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten/nyhenviste-innen-psykisk%20helsevern%20for%20voksne>
21. Helsedirektoratet (2022). Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2021 <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021>
22. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. 2022;72(715):e84-e90.
23. Grung I, Anderssen N, Haukenes I, Ruths S, Smith-Sivertsen T, Hetlevik Ø, et al. Patient experiences with depression care in general practice: a qualitative questionnaire study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2022;40(2):253-60.
24. Legeforeningen. Riktig diagnose til rett tid - Fastlegen som helsetjenestens portner. Legeforeningen. 2017:1-68.

25. Godager G, Iversen T, Ma CT. Competition, gatekeeping, and health care access. *Journal of Health Economics*. 2015;39:159-70.
26. Godager G, Iversen T. 04: Fastlegen som portvakt. *Det norske medicinske selskab*. 2017;14:43-59.
27. van Eeden WA, van Hemert AM, Carlier IVE, Penninx BW, Giltay EJ. Severity, course trajectory, and within-person variability of individual symptoms in patients with major depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019;139(2):194-205.
28. Helse Sør-Øst HF «Likeverdige og forutsigbare helsehjelp» Oppsummering fra fem revisjoner og undersøkelse av vurderingspraksis i psykisk helsevern. *Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst*; 2017.
29. Stedenfeldt M, Kvarstein G, Schjødt B, Johansen A, Berntsen AGS, Halsteinli V. Rettighetsvurdering og kvalitet på henvisninger – grad av samsvar mellom fire smertesentre. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 2019;9.
30. Sandven HK, Toven S, Ystrøm HT, Hassel LM, Anderson K, Aasgaarden B. Vurderingssamtaler for alle er ikke en klok bruk av ressurser. *Aftenposten*. 26.04.22
<https://www.aftenposten.no/debatt/i/ja2Pao/vurderingssamtaler-for-alle-er-ikke-en-klik-bruk-av-ressurser>
31. Mathiassen B, Arnesen Y, Bohne A. Vurderingssamtaler- en gyllen mulighet for tillit og håp. *DagensMedisin*. 23.05.2022.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/05/23/vurderingssamtaler--en-gyllen-mulighet/>
32. Nymoen M, Biringer E, Hetlevik Ø, Thorsen O, Assmus J, Hartveit M. The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):735.
33. Regjeringen. Hurdalsplattformen. 2021.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>
34. Helse Sør-Øst HF Oppdrag og bestilling for sykehuset i Vestfold. <https://helse-sorost.no/Documents/Oppdragsdokument%20til%20HF/2022/Oppdrag%20og%20bestilling%202022%20-%20Sykehuset%20i%20Vestfold%20HF.pdf>
35. Helsedirektoratet (2020). Avviste i psykisk helsevern for voksne
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten/avviste-innen-psykisk%20helsevern%20for%20voksne> Oppdatert 20.10.2022

36. Halland E, Aaasen H, Victor M, Nystuen P, Holman PA, Solbakken OA. Lovisenbergmodellen for systematisk tilbakemelding. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2021;58(7):587-93.
37. CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/psykisk-helse/skaringsverktoy/core-clinical-outcomes-in-routine-evaluation-vurdering-for-terapi>
38. EQ5D-5L (EuroQoL 5L - health-related quality of life)
<https://diakonhjemmetsykehus.no/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/eq5d-5l-euroqol-5l-health-related-quality-of-life>
39. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. Br J Psychiatry. 2002;180:461-4.
40. Derogatis LR. SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Norskversjon. Manual for administrering og skåring. Stockholm: NCS Pearson; 2010.
41. TRAPS Traume- og PTSD-Screening.
<https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/11/Traume-og-PTSD-screening-TRAPS-I.pdf>
42. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT Alcohol Use Disorder Identification Test: World Health Organization; 2001.
43. Berman AH, Bergman H, Palmstjerna T, Schlyter F. DUDIT Drug Use Disorders Identification Test v2.1 2002.
44. Corp I. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, New York 2021.

Vedlegg

Vedlegg 1.

Henvisningsveiledning Larvik

Hva skal hvor?

| Tilstand/ problemstilling | Alvorlighetsgrad | DPS? | Alternativ |
|-------------------------------------|--|------------|---|
| ADHD - alvorlig | Det må være sannsynliggjort at symptomene var fra tidlig barnealder (konsentrasjonsproblemer som oppstår i 13-årsalder er ikke ADHD...) og fortsatt gir betydelig funksjonsproblemer på flere områder i livet (jobb/skole, familie mm) som voksen | Ja | |
| ADHD – lette vansker | Mange ønsker ADHD-utredning, men ofte handler det om stressrelaterte plager, evt milde symptomer. Det kan vi ikke prioritere å ta inn til utredning, jf prioriteringsveilederen | Nei | Råd om å sette ned tempoet, ta gode grep. Henvisning til Mestringsteam, Larvik kommune for Kurs i mestring av belastning. |
| Angst – moderat til alvorlig | Betydelig symptomtrykk og innvirkning på funksjon | Ja | |
| Angst – mild til moderat | Milde til moderate symptomer, fungerer godt | Nei | Henvisning til Mestringsteam, Larvik kommune for korttids |

| | | | |
|---|---|------------|--|
| | | | kognitiv terapi. Kurs i angstmestring |
| Bipolare lidelse | Utredes hvis det gir funksjonsproblemer | Ja | |
| Depresjon – moderat til alvorlig | Betydelig symptomtrykk og innvirkning på funksjon | Ja | |
| Depresjon – mild til moderat | Milde til moderate symptomer, fungerer godt | Nei | Henvisning til Mestringsteam, Larvik kommune for korttids kognitiv terapi. Kurs i depresjonsmestring |
| Psykoselidelse | Kjent psykoselidelse eller nyoppståtte symptomer | Ja | |
| Økende funksjonssvikt og tilbaketrekking, mulig tidlig tegn på schizofreni | Viktig å fange opp disse pasientene. | Ja | Les på TIPS – Tidlig intervensjon ved psykose - Sykehuset i Vestfold (siv.no) Ring gjerne TIP-telefonen 33 37 59 50 eller send mail tips@siv.no |
| Spiseforstyrrelse | Kjent spiseforstyrrelse i forverring eller nyoppstått | Ja | |
| Traumer – kort tid etter | Det er vanlig med sterke reaksjoner ved opplevd traume, dette regnes som normalreaksjoner og ikke psykisk lidelse. Se https://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/kriser/psykisk_krise | Nei | Kommunens kriseteam kan aktiveres via legevakt i den helt akutte fasen (det er det normalt politiet som gjør) Henvisning til Mestringsteam i kommunen |

| | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|---|
| Traumer – mistanke om PTSD | Hvis symptomene vedvarer og kanskje forverres, samt virker inn på fungering, kan pas henvises DPS for vurdering. Det bør gå 3 mnd, siden mange bedres innenfor dette tidsspennet. | Ja | |
| Pårørende til psykisk syke | Har ofte sterke symptomer knyttet til belastningen å være pårørende, men har ikke psykisk sykdom som skal behandles i DPS Hvis familiemedlem er pasient hos oss, kan pårørende få 1-3 pårørendesamtaler i den forbindelse. | Ikke egen henvisning | 1.Kommunen har eget pårørendetilbud: pasienten kan ta kontakt med pårørendesenter Badeparken 10, Larvik Tlf 98 23 19 35 2.Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, www.LPP.no , kan være til god hjelp, med egen rådgivningstelefon 3. Henvis til Mestringsteam for KIB-kurs (Kurs i å leve med belastninger) |
| Pårørende til rusavhengige | De har ofte sterke symptomer knyttet til belastningen å være pårørende, men har normalt ikke psykisk sykdom som skal behandles i DPS. | Nei | 1.NKS veiledningssentre kan være til veldig god hjelp: https://sanitetskvinnene.no/veiledningssenter 2.Hvis familiemedlem er pasient i Ruspoliklinikk, kan pårørende få 1-3 |

| | | | |
|------------------------------------|---|---------------|---|
| | | | pårørendesamtaler i den forbindelse. 3.I tillegg kan pasienten henvises for egen del til tilbud i Ruspoliklinikk som pårørende til rusavhengig. |
| Reaksjon på somatisk sykdom | Dette er å regne som normale reaksjoner og ikke psykisk sykdom. Unntak er depresjon etter hjerteinfarkt, dette bør behandles. Avhengig av alvorlighetsgrad om 1-linje er tilstrekkelig eller DPS nødvendig. | Ja/nei | Støtte- og mestring hos fastlege, evt kommunal psykiatritjeneste. Lærings- og mestringssenteret på sykehuset https://www.siv.no/pasient-og-parorendeopplering , pasientorganisasjoner. |
| Søvnvansker | Insomni uten samtidig psykisk lidelse utredes ikke i DPS | Nei | Sjekk www.sovno.no Friskliv har søvnkurs |
| Utmattelse | Mange opplever utmattelse, og henvises for å finne mulig underliggende psykisk sykdom. | Nei | Kysthospitalet har nytt tilbud om utredning og behandling av utmattelse, henvisning dit anbefales. Målgruppen er personer med utmattelsessymptomer, uavhengig av hvor alvorlig man er rammet eller hvor lenge man har vært plaget. Les på Utmattelse - vurdering og behandling - |

| | | | |
|---|--|------------|---|
| | | | Sykehuset i Vestfold (siv.no) |
| Funksjonelle nevrologiske lidelser | Nevrologiske symptomer uten somatisk forklaring, «det må ligge noe psykisk under». Hvis pasienten ikke kjenner psykiske symptomer, vil vi ikke finne noe på DPS. | Nei | Kysthospitalet har tilbud til denne pasientgruppen. Les på Rehabilitering – Funksjonelle nevrologiske symptomer - Sykehuset i Vestfold (siv.no) |

Vedlegg 2.

Støtteark inntak alle kommuner

| | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|--|---|
| Pasient (NPR nr.) | | | | | |
| Vurdert av | (brukernavn) | | | | |
| Konklusjon | <input type="checkbox"/> <u>Utredn.</u> | <input type="checkbox"/> <u>Behandl.</u> | <input type="checkbox"/> Oppl., kurs, attester, rådgiv. | | <input type="checkbox"/> Forespørsel |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ov. annen instans | <input type="checkbox"/> Avslag |
| Pakkeforløp | <input type="checkbox"/> PHV | <input type="checkbox"/> OCD | <input type="checkbox"/> Psykose nysyk <input type="checkbox"/> Psykose kjent | <input type="checkbox"/> Spis u/23 år | <input type="checkbox"/> ikke pakkeforløp |
| Problemstilling | Bruk følgende frase: <input type="checkbox"/> Innledende kartlegging <input type="checkbox"/> Halvdagsutredning <input type="checkbox"/> Behandling Spesifiserende tekst: <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Behov for tolk:</div> | | | | |
| Diagnosegruppe | <input type="checkbox"/> Alderspsykiatri <input type="checkbox"/> Angst, fobier, traumelidelser <input type="checkbox"/> Tvangslidelser <input type="checkbox"/> Depressiv lidelse <input type="checkbox"/> Bipolar lidelse <input type="checkbox"/> Atferdsforstyrrelser ... (ADHD) <input type="checkbox"/> Personlighetsforstyrrelser | | <input type="checkbox"/> Psykoselidelse <input type="checkbox"/> Samtidig rus og psykisk lidelse <input type="checkbox"/> Spilleavhengighet <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> Komplekse traumer/ <input type="checkbox"/> <u>dissosiative lidelser</u> <input type="checkbox"/> Tilpasningsforstyrrelser <input type="checkbox"/> VOP – psykisk helse INA | | |
| Tentativ diagnose: | | | | | |
| PHV frist | Veil frist: <u> </u> uker Aktuell frist: <u> </u> uker, pga: | | | | |
| Fordelt | Seksjon: | Behandler: | Dato og tid: | | |
| Somatiske oppl. | <input type="checkbox"/> Er vedlagt i henvisningen | | <input type="checkbox"/> Mangler helt/delvis i henvisningen | | |
| Blodprøvesvar | <input type="checkbox"/> Vedlagt | <input type="checkbox"/> Tatt/ettersendes | <input type="checkbox"/> Mangler | | |
| Rett til kontakt- lege/psykolog | <input type="checkbox"/> Ja → _____ (navn) <input type="checkbox"/> Nei | | | | |
| Info om <u>eMestring</u> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | | | |
| Avslag | | | | | |
| <u>Ov</u> an. instans | | | | | |
| Forespørsel | | | | | |

Vedlegg 3.

Støtteark inntak Larvik

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| + | | | | LARVIK | |
| Pasient (NPR nr.) | | | | | |
| Vurdert av | (brukernavn) | | | | |
| Konklusjon | <input type="checkbox"/> Utredn. | <input type="checkbox"/> Behandl. | <input type="checkbox"/> Oppl., kurs, attester, rådgiv. | | <input type="checkbox"/> Forespørsel |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ovf. annen instans | <input type="checkbox"/> Avslag |
| Pakkeforløp | <input type="checkbox"/> PHV | <input type="checkbox"/> OCD | <input type="checkbox"/> Psykose nysyk <input type="checkbox"/> Psykose kjent | <input type="checkbox"/> Spis u/23 år | <input type="checkbox"/> ikke pakkeforløp |
| Problemstilling | Bruk følgende frase: <input type="checkbox"/> Første samtale (alle med rett unntatt psykose og Helse og arbeid) <input type="checkbox"/> Halvdagsutredning (hvis psykose utredning) <input type="checkbox"/> Behandling (hvis psykose behandling eller Helse og arbeid) Spesifiserende tekst: <input type="checkbox"/> Behov for tolk: | | | | |
| Diagnosegruppe | <input type="checkbox"/> Alderspsykiatri <input type="checkbox"/> Angst, fobier, traumelidelser <input type="checkbox"/> Tvangslidelser <input type="checkbox"/> Depressiv lidelse <input type="checkbox"/> Bipolar lidelse <input type="checkbox"/> Atferdsforstyrrelser ... (ADHD) <input type="checkbox"/> Personlighetsforstyrrelser | | <input type="checkbox"/> Psykoselidelse <input type="checkbox"/> Samtidig rus og psykisk lidelse <input type="checkbox"/> Spilleavhengighet <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> Komplekse traumer/ dissosiativ lidelser <input type="checkbox"/> Tilpasningsforstyrrelser <input type="checkbox"/> VOP – psykisk helse INA | | |
| Tentativ diagnose: | | | | | |
| PHV frist | Veil frist: ____ uker Aktuell frist: ____ uker, pga: | | | | |
| Fordelt | Seksjon: | | | | |
| Somatiske oppl. | <input type="checkbox"/> Er vedlagt i henvisningen | | <input type="checkbox"/> Mangler helt/delvis i henvisningen | | |
| Blodprøvesvar | <input type="checkbox"/> Vedlagt | <input type="checkbox"/> Tatt/ettersendes | | <input type="checkbox"/> Mangler | |
| Rett til kontakt- lege/psykolog | <input type="checkbox"/> Ja → _____ (navn) <input type="checkbox"/> Nei | | | | |
| Info om eMestring | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | | | |
| Avslag | | | | | |
| Ovf an. instans | | | | | |
| Forespørsel | | | | | |

Vedlegg 4.

Frase første samtale

Frasekode: PPR_FØRSTESAMTALE

Bakgrunn for henvisningen:

Pasientens (eventuelt pårørendes) opplevelse av utfordringer/vansker og årsaker til dette:

Resultater selvtfillingskjemaer (Check ware):

Er det behov for umiddelbare tiltak på grunn av risiko for selvmord, pågående voldsutsatthet eller voldsutøvelse?

Psykisk status:

Vurdering:

Tiltak:

Vedlegg 5.

Skjema til utfylling etter vurderingssamtale

Spesialist initialer:

| | | | |
|--|--|--------------|---|
| Kjønn: | M _____ | K _____ | Annet _____ |
| Alder: | <30: _____ | 30-50: _____ | >51: _____ |
| Vurdering fra inntak: | Utredning | | |
| | Behandling | | |
| | Avslag | | |
| Diagnosekategori vurdert fra inntak (kryss av): | 0 = VOP Psykisk lidelse INA | | Diagnosekategori vurdert etter første samtale (kryss av) |
| | 1 = Alderspsykiatri | | 0 = VOP Psykisk lidelse INA |
| | 2 = Angst, fobier, traumelidelser | | 1 = Alderspsykiatri |
| | 3 = Tvangslidelser | | 2 = Angst, fobier, traumelidelser |
| | 4 = Depressiv lidelse | | 3 = Tvangslidelser |
| | 5 = Bipolar lidelse | | 4 = Depressiv lidelse |
| | 6 = Atferdsforstyrrelser (ADHD) | | 5 = Bipolar lidelse |
| | 7 = Personlighetsforstyrrelser | | 6 = Atferdsforstyrrelser (ADHD) |
| | 8 = Psykoselidelse | | 7 = Personlighetsforstyrrelser |
| | 9 = Samtidig rus og psykisk lidelse | | 8 = Psykoselidelse |
| | 10 = Spilleavhengighet | | 9 = Samtidig rus og psykisk lidelse |
| | 11 = Spiseforstyrrelser | | 10 = Spilleavhengighet |
| | 12 = Komplekse traumer/dissosiative lidelser | | 11 = Spiseforstyrrelser |
| | 13 = Tilpasningsforstyrrelser | | 12 = Komplekse traumer/dissosiative lidelser |
| | | | 13 = Tilpasningsforstyrrelser |
| Anbefaling videre: (flere kryss mulig) | 0 = videre i DPS | | Kvalitet på henvisning: |
| | 1 = henvises annen avdeling i KPA | | 1 = dårlig |
| | 2 = behov for kommunal psykiatri | | 2 = ok |
| | 3 = Behov for pårørendekontakt | | 3 = god |
| | 4 = Familievernkontor | | |
| | 5 = kun fastlege | | |
| | 6 = ikke behov for noe | | |
| | 7= annet | | |