

Høgskolen i Innlandet

HENVISNINGER I ENDRING

En kvantitativ studie om henvisninger til Rask psykisk helsehjelp, Sandnes kommune.

REFERRALS IN CHANGING

A quantitative studie on referrals to Rask psykisk helsehjelp, Sandnes Kommune.

Kandidatnummer: 6 og 19

FAKULTETET FOR HELSE- OG SOSIALVITENSKAP

4PM791-1 23V Master i psykisk helsearbeid

Vår 2024

Antall ord: 17751

Navn: Karen Merete Linjord og Cathrine Pedersen

Forord

To år har gått med flere flyturer fra Sandnes til Norges innland for å øke vår kunnskap ved Høyskolen i Innlandet. Masterstudiet har vært krevende og lærerik. Det har ikke vært negativt at vi har fått flere hotellfrokoster og overnattinger på slottet i Elverum, Elgstua. På tross av lange studiedager, perioder med mye frustrasjon, strabasiøse gåturer med ingen observerte bevegelige elger, har vi til slutt kommet i mål med masteroppgaven.

Dette hadde vi ikke klart uten innskytelsen fra vår kollega Kathe Takvam som satte oss på ideen om hva vi kunne skrive om. Hun påpekte den skjulte gullfuglen av datamateriale som vi allerede hadde tilgang til. Samtidig ufarliggjorde Anne Signe Landheim og Kristian Aasbrenn kvantitativ metode ved å ha ett lett forståelig undervisningsopplegg. Det var denne kombinasjonen som tente gnisten i oss.

Vi vil ytterligere gi en takk til vår veileder Ingeborg Bolstad for støtte og god oppfølging. Hun har ledet oss trygt i havn ved å være kritisk når det var vært behov for det, og gitt oss inspirasjon og ny giv når motet har vært synkende.

Vi vil også rette en stor takk til enhetsleder ved Mestringsenheten, Trude Lønning, som har gitt oss tillatelse til å bruke datamaterialet og ikke minst til vår leder Robert Leon Jørgensen, ved avdeling RPHA. Han har gjennom denne perioden vært motivator og en oppmuntrer til å holde motet oppe. Ikke minst må vi takke våre støttende kollegaer som har holdt ut med oss i denne perioden og som har vist en oppriktig interesse for vår studie.

Til slutt vil vi takke våre nærmeste som har holdt ut. Tusen takk.

Sandnes, 17.04.24

Cathrine Pedersen & Karen Merete Linjord

Sammendrag

Avdeling Rask psykisk helsehjelp og aktivitet (RPHA), et lavterskeltilbud for psykisk helsehjelp i Sandnes kommune, har de siste årene hatt en økende pågang med henvisninger der problematikken oppleves mer kompleks, men denne opplevelsen har hittil ikke vært stadfestet. På bakgrunn av dette ønsket vi å se nærmere på konkrete tall for å undersøke utviklingen i tilfanget av henvisninger. Hensikten med studiet var å få en innsikt i hvilke endringer det har vært i henvisningene inn til RPHA i Sandnes kommune, og se om behovet som kommer frem i studien samsvarer med det tilbudet som gis pr. i dag ved RPHA.

Datamaterialet er hentet ut ifra RPHA sin fordelingsliste av henvisninger som inneholder henvisningsårsak, kjønn, fødselsår og eventuell ytterligere tilleggsinformasjon.

Tilleggsinformasjon kan være skilsmisser, utsatt for vold med mer. Det har blitt utført en kvantitativ populasjonsstudie med 3464 inkluderte henvisninger med et longitudinelt design. Tidsspennet strekker seg fra 01.01.2020-31.12.2023.

Funnene viser at det har vært en økning i antall mottatte henvisninger. Av henvisningsårsakene ser en at det har vært en nedgang i livskriser, men en økning i mottatte henvisninger knyttet til stress. Angst har en synkende kurve, mens henvisninger knyttet til depresjon er økende. En ser at ca. 10% av alle henviste har en somatisk tilleggsproblematikk. I aldersgruppen 18-27 år har det vært en nedgang i antall henvisninger fra 2020-23, og det samme gjelder for gruppen over 68 år. Kjønnfordelingen fremstår stabil med en 30-70 % fordeling mellom menn og kvinner.

Selv om funnene våre viser at det har vært en endring i henvisningene både ved henvisningsårsak, tilleggsinformasjon, aldersfordeling og økning i antall henvisninger, ser det ut til at det tilbudet som gis ved RPHA er dekkende for det det søkes hjelp for. Det en dog ser er at det muligens er tilleggsinformasjonen i samsvar med økningen i antall henvisninger som er årsaken for opplevelsen av kompleksiteten, noe som indikerer at et større fokus på tilleggsopplysningene vedrørende kunnskapsløft kan være hensiktsmessig.

Abstract

The department «Rask psykisk helsehjelp og aktivitet» (RPHA), a low-threshold service for mental health care in Sandnes kommune, has in recent years experienced an increasing number of referrals where the problem are perceived to be more complex and severe, but this experience has not been confirmed so far. Based on this, we wanted to take a closer look at specific figures, in order to examine the development in the number of referrals. The purpose of the study was to be able to gain an insight into what changes there have been in the referrals to RPHA in Sandnes kommune, and to see if the need that emerges in the study matches the offer that is given per today at RPHA.

The data material is taken from the RPHA's distribution list of referrals, which contains the reason for referral, gender, year of birth and any additional information about the applicant. Additional information can be divorces, exposure to violence and more. A quantitative population study was conducted with 3464 included referrals with a longitudinal design. The time span extends from 01.01.2020-31.12.2023.

The findings show that there has been an increase in the number of referrals received. Of the reasons for referrals, there has been a decrease in life crises, but an increase in referrals where the reason is related to stress. Anxiety appears to have a decreasing curve, while referrals related to depression are increasing. One sees that approx. 10% of all referrals have an additional somatic problem. In the 18-27 age group, there has been a decrease in the number of referrals from 2020-23, and the same applies to the over 68 age group. The gender distribution appears stable with a 30-70% distribution between men and women.

Although our findings show that there has been a change in referrals both in terms of reason for referral, additional information, age distribution and an increase in the number of referrals, it appears that the offer provided at RPHA is adequate for what help is sought. However, it is a possibility that the additional information in accordance with the increase in the number of referrals is causing the perception of more complex referrals. It is suggested that expanding the knowledge and competence on the topics related to the additional information from the applicants could be useful for future practice.

Forkortelser:

- RPHA: Avdeling Rask psykisk helsehjelp og aktivitet.
- RPH: Rask psykisk helsehjelp.
- APH: Avdeling psykisk helse.
- HUNT: Helseundersøkelsen i Nord- Trøndelag
- SHoT: Studentenes helse og trivselsundersøkelse

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn.....	8
1.2 Hensikt	9
1.3 Problemstilling.....	9
1.4 Begrepsavklaring	10
2 Teori	14
2.1. Psykisk helse	14
2.2 Holdninger til psykisk helse.....	15
2.3 Kommunalt lavterskeltilbud, psykisk helse	17
2.4 Sandnes Kommune, plan for psykisk helsearbeid.	18
2.5 Rask psykisk helsehjelp	19
2.6 Henvisningsårsaker	21
3 Metode	28
3.1 Studiedesign.....	28
3.2 Vitenskapelig ståsted	28
3.3 Utvalget.....	29
3.4 Datainnsamling/Gjennomføring.....	29
3.5 Avhengig variabel.....	30
3.6 Uavhengig variabel	31
3.7 Reliabilitet og validitet.....	33
3.8 Analyse av datamaterialet	34
3.9 Etske overveielser	35
4. Funn	36
4.1 Antall henvisninger	37
4.2 Endring i aldersgrupper fra 2020-23	38
4.3 Endring i kjønnsfordeling fra 2020-23.....	39
4.4 Endring i henvisningsårsak fra 2020-23	40
4.5 Endring vedrørende henvisningsårsak fordelt på kjønn fra 2020-23	42

4.6 Endring vedrørende tilleggsinformasjon fra 2020-23	45
5 Diskusjon	47
5.1 Har det vært en endring i henvisninger inn til RPH i Sandnes kommune fra 2020-23, og eventuelt hvilke	47
5.2 Står tilbudet i RPH, Sandnes kommune, i samsvar med endringene som kommer frem i funn? ...	56
5.3 Diskusjon av metode	58
6 Konklusjon	61
7 Litteraturliste	64

Vedlegg:

Vedlegg 1: Godkjenning for bruk av datamaterialet ved Mestringsenheten, Sandnes kommune.

Vedlegg 2: Årsrapport ved avdeling Rask psykisk helsehjelp og aktivitet i Mestringsenheten, 2023.

Vedlegg 3: Analyseplan.

Figurer:

Figurer:	
1.1	Organisasjonskart, Mestringsenheten Sandnes kommune
2.1	Andel med høyt nivå av psykiske plager etter kjønn og alder
2.2	Symptomer på angst i HUNT
2.3	Symptomer på depresjon i HUNT
4.1	Henvisningsantall
4.2	Aldersgrupper fra 2020-23
4.3	Kjønnfordeling 2020-23
4.4	Henvisningsårsak fra 2020-23
4.5	Henvisningsårsak fordelt på kjønn
4.6	Henvisningsårsak, kvinner fra 2020-23
4.7	Henvisningsårsak, menn fra 2020-23
4.8	Tilleggsinformasjon fra 2020-23
4.9	Tilleggsinformasjon knyttet til henvisningsårsak

1 Innledning

Det vil bli gjort rede for bakgrunnen for valg av oppgave. Problemstillinger og hensikter vil bli introdusert, og det vil bli beskrevet sentrale begreper knyttet til problemstillingen. Noen av begrepene inneholder forklaringer av Sandnes kommunes oppbygging, for å kunne forstå organiseringen av kommunens psykisk helsetjenestetilbud.

1.1 Bakgrunn

Det har vært fokus på «Rett hjelp til rett tid» over flere år. Sandnes kommune, som vi jobber i, har hatt stort fokus på tidlig intervensjon både i form av lavterskelhjelp og forebyggende arbeid. Vi to, som skriver denne oppgaven, jobber begge som terapeuter innenfor avdeling rask psykisk helsehjelp og aktivitet (RPHA) og er begge sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. RPHA er et lavterskeltilbud i Sandnes kommune. RPHA er organisert inn under Mestringsenheten, som er enheten som har ansvar for psykiske helsetjenester i Sandnes kommune. Vi har de siste årene hatt en økende pågang med henvisninger der problematikken i økende grad ble opplevd mer kompleks. Vi har vært usikre om dette kun var grunnet økende søkertall eller om det er en reell opplevelse av kompleksitet som ikke nødvendigvis faller innenfor vår målgruppe.

For å få et bedre bilde av den økende pågangen, har vi ønsket å se nærmere på konkrete tall for å kunne stadfeste den eventuelle opplevelsen. Ved å ha konkrete fakta og ikke kun en subjektiv oppfattelse, vil en i større grad kunne lykkes i å tilpasse tjenestetilbudet best mulig. Vi vet at det har vært en økning i antall henvisninger til RPHA fra 2020 til 2023. I 2020 var det 858 henvisninger og i 2023 var det 1181 antall henvisninger inn til RPHA (Årsrapport, 2023 vedlegg 3).

Vi ønsket å se på om det tilbudet vi har pr. i dag, samsvarer med de henvisningene vi mottar. I dag har RPHA et tilbud basert på «mixed care». Det vil si at tilbudet vi har; internettbasert behandling, en-til-en samtaler og kurs, bestemmes ut fra behov og ikke etter system. Kursene som tilbys er rettet mot stress og belastning, generalisert angst og bekymring, panikk og sosial angst, depresjon og et introduksjonskurs basert på kognitiv terapi med fokus på psykoedukasjon. Kursene vi har, foruten introduksjonskurset, er «Stressless», som er rettet mot stress og belastning, «Tankestrek» for generalisert angst og bekymring, «Pangstart» for panikk og sosial angst og «KID»- kurs i depresjonsmestring. Alle kursene er bygd på kognitiv terapi som metode. Vi har sett en økning på deltagelse på kurset «Stressless» som er

rettet mot stress og belastning, mens deltagelsen på introduksjonskurset, med fokus på mestring av mild angst, depresjon og søvnproblemer, har sunket. Dette kurset fikk for få deltagere, enten ved at terapeutene ikke valgte å melde på innbyggere, eller ved at det ikke har vært et behov for selve kurset. I 2023 ble kurset ikke lengre et tilgjengelig tilbud. Vi ønsket å se om vi som behandlere favoriserer kurs, eller om det har skjedd en reell økning i konkrete henvisninger som støtter opp under spesifikke kurs.

For å kunne se på hva som eventuelt kan være en av årsakene til potensielle endringer, har vi valgt å ta utgangspunkt i henvisningene som er tildelt avdeling RPHA. I enhver henvisning er det mer eller mindre definert en henvisningsårsak. Ved å se på henvisningsårsak er det ikke vi som behandlere som har definert problemet, men innbygger selv, eller 1. og 2.

linjetjenester. 1. og 2. linjetjenester er blant annet fastlege, spesialisthelsetjeneste og andre tilbud innad i kommunen eller private helsetjenester. Vi ønsket også å se om det har vært en endring i tilleggsinformasjon, som for eksempel om innbyggernes har vært igjennom en skilsmisse, har vært utsatt for vold eller har en somatisk lidelse i tillegg.

1.2 Hensikt

Hensikten med studien har vært å kunne få en innsikt i hva det søkes psykiskhelsehjelp for i Sandnes kommune, på et lavterskelnivå. Funnene kan være til hjelp for å videreutvikle den tjenesten kommunen allerede tilbyr, ved å potensielt tilpasse kurs for innbyggere, og/eller øke kompetansen hos de ansatte. Denne studien vil også gi de ansatte i Sandnes kommune et større innblikk i hvem som søker hjelp og hvorfor. Funnene vil være til nytte for ledelsen i Mestringsenheten, ved å gi økt forståelse av innbyggernes behov i Sandnes kommune. Oversikt over hvordan Mestringsenheten er organisert og en mer utfyllende beskrivelse av hva Mestringsenheten er, er beskrevet i kapittel 2.4.5.

1.3 Problemstilling

Det har siden 2020 blitt laget en oversikt over alle henvisninger inn til Mestringsenheten. I denne oversikten er det beskrevet henvisningsårsak med symptomtrykk, fødselsår, henviser og kjønn. I den beskrevne henvisningsårsaken fremkommer det i flere tilfeller mer utfyllende informasjon knyttet til livssituasjonen til henviste. Dette har vi valgt å omtale som tilleggsinformasjon. Denne oversikten brukes som en fordelingsliste av saker til behandlere ved Mestringsenheten. Det er denne oversikten vi ønsket å undersøke, nærmere bestemt, de henvisningene som fordeles til RPHA. Siden RPHA består av to ulike behandlingstilbud,

«rask psykisk helsehjelp» og «aktivitet» har vi valgt å forholde oss til de som ble fordelt til behandlingstilbudet «Rask psykisk helsehjelp» (RPH), da «aktivitet» gir tjeneste til flere avdelinger i Mestringsenheten. Det har ikke siden 2017 blitt gjort noe forskning på om det lokale kommunale lavterskeltilbudet er dekkende i forhold til behovet som kommer frem i henvisningsårsaker.

Ut ifra hensikten og det ovenfor nevnte, har vi valgt å fordype oss i følgende problemstilling:

Har det vært endringer i henvisninger inn til Rask psykisk helsehjelp i Sandnes kommune fra 2020- 2023, og eventuelt hvilke?

- Har det skjedd en endring i antall henvisninger inn til RPH fra 2020-23?
- Er det en endring i hvilke aldersgrupper som søker hjelp i perioden 2020-23?
- Er det en forskjell i kjønnsfordelingen inn til RPH fra 2020-23?
- Er det en endring i henvisningsårsak inn til RPH fra 2020-23?
- Er det en endring henvisningsårsak fordelt på kjønn fra 2020-23?
- Er det en endring i tilleggsinformasjon inn til RPH fra 2020-23?
- Står tilbudet i RPH i Sandnes kommune i samsvar med endringene som kommer frem i funnene?

1.4 Begrepsavklaring

Her vi vi gå inn på forklaringen av forskjellige begreper som vil bli brukt utover oppgaven. Noen av begrepene er forklaringer på konkrete ord som brukes utover i oppgaven, mens andre er for å gi en forklaring på spesifikke navn som brukes innad i Sandnes kommune sitt psykisk helsetjeneste tilbud.

1.4.1 Psykiske plager

Vi vil i denne studien skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager er ikke diagnostisert, men en samlebetegnelse på symptomer på ubehag. Ifølge folkehelseinstituttet (FHI) er psykiske plager, plager som *"kan gi ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterkere plager, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse"* (Folkehelseinstituttet, 2023a).

1.4.2 Henviser

Henviser er den som har sendt inn henvisning eller tatt kontakt med Mestringsenheten. En henvisning skal ikke være sendt uten at den involverte samtykker. Henvisningene som mottas, blir enten sendt fra fastleger, sykehus, andre kommunale instanser, egensøknad eller fra infohjelpen. Infohjelpen er kommunens lavterskel mottakssenter der en enten kan ringe inn eller møte opp for opprettelse av henvisning.

1.4.3 Henvisning

Henvisning er teksten RPH mottar med informasjon om hva innbygger ønsker hjelp med. Denne kan også kalles en søknadstekst. Henvisningen inneholder informasjon om den som søker hjelp, og eventuelt alvorlighetsgrad. Det er ikke en bestemt mal som følges når en skriver en henvisning, inn til Mestringsenheten.

1.4.4 Henvisningsårsak

Når vi omtaler henvisningsårsaker er det psykiske plager som omtales, og ikke diagnoser. Diagnoser settes etter en mer omfattende klinisk utredning, enten hos fastlege eller ved spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten setter ikke diagnoser, men har fokus på diagnose symptomer og behandlingen av dem. Disse plagene kan være milde til alvorlige. I oppgaven vil vi bruke ord som angst og depresjon, men det er ikke nødvendigvis basert på en ferdigstilt diagnose, men henviserens ordvalg.

1.4.5 Hovedforløp

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid, «*Sammen om Mestring*», utgitt av Helsedirektoratet i 2014, har delt inn behandling for psykisk helse i 3 hovedforløp. Dette blir gjort for å skille på alvorlighetsgrad og behandlingstilbud.

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer. *Dette bruker- og pasientforløpet omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige. Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:*

- *Nyoppstått angst eller depresjon av mild til moderat grad*
- *Selvskading uten samtidig personlighetsforstyrrelse*
- *Bruk av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt*

• *Høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk.*
(Helsedirektoratet s. 49, 2014).

Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser *Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:*

- *Akutte psykoser med god prognose*
- *Tidsbegrenset skadelig bruk av alkohol*
- *Illegale rusmidler uten avhengighet*
- *Langvarige mildere depresjoner eller angstlidelser*
- *Mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser*
- *Skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakevendende depressive episoder*
(Helsedirektoratet s. 52, 2014).

Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser. *Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:*

- *Medikament- eller rusmiddelavhengighet*
- *Alvorlige bipolare lidelser*
- *Alvorlig depresjon*
- *Schizofreni*
- *Alvorlige personlighetsforstyrrelser* (Helsedirektoratet s. 55, 2014).

1.4.6 Mestringsenheten

Mestringsenheten har ansvar for psykiske helsetjenester for personer over 18 år, innad i kommunen. De tilbyr psykisk helse og rushjelp i form av behandling, opplæring, råd, praktisk hjelp, mestringskurs, gruppetilbud og aktivitet-/arbeidstilbud. Mestringsenheten består av, blant annet, avdeling rask psykisk helsehjelp og aktivitet (RPHA) avdeling psykisk helse (APH), avdeling rus og avhengighet (ARA) og flyktningetjenesten.

Figur 1.1 viser organiseringen av avdelingene i Mestringsenheten:



(Sandnes kommune, 2023c)

RPHA: Rask psykisk helsehjelp og aktivitet er et lavterskeltilbud i Sandnes kommune knyttet til psykisk helsetjenester. RPHA er et tilbud for personer under forløp 1 og 2. Vi vil i oppgaven bruke RPH, rask psykisk helsehjelp, da tilbudet rettet mot aktivitet ikke er en del av henvisningsårsakene. Aktivitet er organisert under samme avdeling som RPH, men aktivitetstilbudet er et tilbud for hele Mestringsenheten.

APH: Avdeling psykisk helse. Dette er et tilbud forbeholdt forløp 2-3 innen psykisk helse.

ARA: Avdeling rus og avhengighet. Dette er et lavterskeltilbud for dem som har et avhengighetsproblem. Henvisninger, der det fremkommer avhengighetsproblematikk, blir videre fordelt til denne avdelingen.

1.4.7 Inntaksteam: I Mestringsenheten er det to inntaksteam. Et som er for ARA, i henhold til dem med avhengighetsproblematikk, og et som er for RPHA og APH, hvor det i hovedsak er psykisk uhelse/lidelser som fordeles etter forløp 1-3.

Inntaksteamet for RPHA og APH er organisert innunder RPHA og består av kommunepsykologen, fagleder i RPHA, medansvarlig for infohjelpen og avdelingsleder i RPHA.

Henvisningene inn til RPHA og ARA, som mottas, blir enten sendt fra fastleger, sykehus, andre kommunale instanser, egensøknad eller fra infohjelpen. Infohjelpen er kommunens

lavterskels mottakssenter der en enten kan ringe inn eller ved oppmøte. Denne ble opprettet i 2018. Henvisningene blir gjennomgått av inntaksteamet som fordeler sakene mellom de to avdelingene ut fra beskrevet henvisningsårsak og historikk.

Forløp 1 er forbeholdt RPHA samt deler av forløp 2 ut fra funksjon og grad av hjelpebehov. RPHA tar i hovedsak de i forløp 2 som har langvarig angst og eller depresjonsproblematikk uten påfallende funksjonsfall. Resterende av forløp 2 og forløp 3 er forbeholdt APH.

1.4.8 Innbygger

Det ble i 2018 vedtatt av ledergruppen i Mestringsenheten, Sandnes kommune, at ordet *innbygger* erstatter ordene bruker, beboer, utebruker, klient og pasient. Dette for å unngå stigmatisering. Ordet ble vedtatt av en kvalitetsgruppe bestående av brukerrepresentanter, pårørende og fagpersonell. Vi vil videre i oppgaven bruke ordet innbygger.

2 Teori

2.1 Psykisk helse:

Psykisk helse er noe alle har, men for noen kan egne tanker og følelser bli for vanskelig å håndtere på egenhånd, og de kan utvikle seg til psykiske plager. I rapporten "*Psykisk helse i Norge*" fra 2018, oppgis det at angst og depresjon er blant de tre sykdommene som gir mest helsetap i Norge, og utgjør en fare for folkehelsen (Reneflot et al., 2018).

Det rapporteres også i folkehelse rapporten fra 2023, at 10-30 % av kvinner har vansker knyttet til psykisk helse. Det er i all hovedsak kvinner i alderen 20-29 år som rapporterer høyest symptomtrykk, men i gruppen mellom 30-39 år er det også en høy andel. Blant menn ble det oppgitt at mellom 10-20 %, har psykiske plager og at andelen var høyest i aldersgruppen 20-39 år. Blant studenter var det 40 % av kvinnene og 24 % av mennene som plager knyttet til psykisk helse. Det opplyses i rapporten, at informasjonen er hentet ut ifra forskjellige måleinstrumenter og ut i fra ulike aldersgrupper når plager knyttet til psykisk helse har blitt målt (Folkehelseinstituttet, 2023a).

Undersøkelsen Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) fra 2023, er en selvrapporderingsstudie, som har blitt gjort som en forlengelse av tidligere SHoT undersøkelser. Denne ble utført i 2022 og gikk ut til 168.000 heltidsstudenter mellom 18-35

år. I undersøkelsen oppgis det at tidligere SHoT undersøkelser fra 2009-18 viser til en potensiell økning i psykiske plager, noe som også vises i 2022 rapporten (Folkehelseinstituttet, 2023b). De som oppgav symptomer, av en mer alvorlig grad av psykiske plager, økte fra 18 % i 2010, til 24 % i 2014, 32 % i 2018, til 45 % i 2021 og sank ned til 35 % i 2022. Den samme veksten kunne en se hos dem som oppgav moderate psykiske symptomer. De, på samme måte som alvorlige symptomer, hadde en kontinuerlig økning fra 2010-2018 med en topp i 2021. Det som skilte de alvorlige og moderate innrapporterte symptomene, var at de med moderate symptomer hadde en nedgang i 2022 til ca. samme innrapporterte mengde som i 2014 (Sivertsen & Johansen, 2022). En svakhet ved studien var at kun 35% av de 168 000 besvarte undersøkelsen (Folkehelseinstituttet, 2023b).

I folkehelse rapporten, «*Psykiske plager og lidelser hos voksne*», vises det til oversikt over kvinner og menn som har tatt kontakt med primærhelsetjenesten i tidsperioden 2010 til 2020. Denne viser at for både kvinner og menn, har det vært en økning i antall personer som har kontaktet primærhelsetjenesten vedrørende psykiske plager. Henvisninger inn til spesialisthelsetjenesten fremstår uten store endringer både for kvinner og menn i samme periode (Folkehelseinstituttet, 2023a).

I 2020 brøt Covid- 19 pandemien ut. Dette førte til strenge restriksjoner på landsbasis, som en antok påvirket befolkningens psykiske helse negativt. I 2021 ble det utgitt en folkehelse rapport, «*Folkehelsen etter Covid-19*», der det blant annet var fokus på den psykiske helsen til befolkningen (Vedaa et. al.,2021). Der kommer det frem at «*så langt er det lite som tyder på at det har vært en varig forverring i befolkningens psykiske helse under pandemien*». Rapporten beskrev i tillegg at det var å forvente at nivået på de psykiske plagene ville variere i grad, i samsvar med strenge smitteverntiltak. Det vil si at ytre forbigående forhold kan ha en påvirkning på befolkningens symptomtrykk vedrørende psykiske plager (Vedaa et. al., 2021).

2.2 Holdninger til psykisk helse

I 1998 fortalte tidligere statsminister Kjell Magne Bondevik om sin depresjon. Dette gjorde at han ble sett på som en pioner i Norge for sin åpenhet rundt psykisk helse. Før dette ble psykisk helse sett på som et mer tabubelagt tema. I 1999 ble arbeidet med opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) iverksatt. Der det ble satt fokus på en kampanje for å øke åpenheten rundt psykisk helse blant befolkningen (Rolandsgard et al., 2023).

I 2012 ble det utgitt en rapport, “*Status etter opptrappingsplanen*”, basert på opptrappingsplanen for psykisk helse. Rapporten var ikke en direkte vurdering av opptrappingsplanen, men mer en evaluering av informasjonen som var gitt og tiltakene som ble utført i etterkant av den. Rapporten ble utført av Sara Blåka som undersøkte befolkningens holdninger i etterkant av fokuset på åpenhet i opptrappingsplanen. Datamaterialet som ble brukt var basert på tre spørreundersøkelser gjort i 2002 av Norsk statistikk, 2007 og 2012 av TNS Gallup. I rapporten skrev hun i 2012 at den som ikke har kjennskap til psykisk sykdom har større sjanse for å være stigmatiserende. Hun beskriver også at det har vært et økende engasjement i henhold til psykisk helse siden 2007, men at fokuset på egen psykisk helse er blitt av mindre betydning (Blåka, 2012 s.72). Det kommer også frem i hennes funn, at kvinner i større grad er mer involvert i sin psykiske helse enn menn. Hun beskriver også at yngre mennesker er mer lukkede vedrørende sin psykiske helse enn eldre. Både i nære og distanserte relasjoner. Studien viser at de som har opplevd psykiske plager tidligere, eller kjenner andre som har slitt psykisk, har mer engasjement enn andre rundt åpenhet om psykisk helse (Blåka, 2012, 72-73).

Blåka påpeker at alder og kunnskap om psykisk helse virker til å ha en betydning for på hvilken måte man forholder seg til alvorlighetsgraden av psykiske helseutfordringer. Hun mener at det bør bli forsket mer på hvorfor yngre har større vansker med å være åpen om psykisk helse enn eldre (Blåka, 2012, s.75). “*Unge og folk uten kjennskap til psykisk sykdom synes i størst grad at betydningen av psykiske problemer er overdrevet*” (Blåka, 2012, s.75).

19. mars 2024 ble det på tv programmet «Debatten» på NRK uttalt av psykiater Lars Lien: «*Vi er i ferd med å snakke oss syke*» (Carlsen, 2024). Han sa videre at de unge i dag ikke lengre er lei seg eller redde, de bruker begreper som depresjon og angst for å utrykke følelser. Han beskrev det som en sykelliggjøring av normale livsutfordringer. En av årsakene, påpekte han, er det økende fokuset på psykiske lidelser og symptomtrykket til lidelsene på sosiale medier. Han utalte at på grunn av dette skapes det en smitteeffekt til dem som er lesere. Dette fører igjen til at de som blir eksponert for innleggene, hurtigere tar kontakt med helsevesenet for behandling. Han sa at det er helt klart at denne åpenheten, som er i samfunnet nå, med stor sannsynlighet er med på å øke presset på helsetjenestene og at terskelen for å oppsøke hjelp er for lav. Han mener at en må bli flinkere til å snakke med andre før en oppsøker profesjonell hjelp (Carlsen, 2024).

Ifølge den svenske doktoravhandlingen “*Unmet need for mental healthcare among men Sweden: Gendered pathways to care*”, skrevet av Sara Blom, kommer hun frem til at menn har større sannsynlighet til å ikke oppfatte eget behov for psykisk helsehjelp, på tross av at de har symptomer som tilsier et behov for hjelp. De har større sannsynlighet for å ikke oppsøke hjelp eller oppleve at den hjelpen de eventuelt får, ikke er tilstrekkelig. Det kommer også frem at menn som har lite kunnskap om psykisk helse i mindre grad har evne til å forstå sitt eget behov for psykisk helsehjelp. Av denne grunn oppsøker de ikke hjelp. Dette viste seg også i kjønnsoppfattelse av sykefravær knyttet til psykiske helse. Sykefravær ble mer stigmatisert av menn enn av kvinner. I sitt resultat skrev hun at det er menn med lav utdanning som virker til å være spesielt utsatt. Alt tatt i betraktning så fremkommer det at, for å komme i kontakt med psykisk helsevern, spiller ens kjønn en rolle, og at noen grupper menn viser til større vansker med å etablere kontakt. Dette relaterer hun til maskulinitet. Hun nevner i tillegg at helsevesenet kanskje bør vurdere utformingen av tjenester og kommunikasjonsmønstre. Dette for å få psykiske helsetjenester ut til de som er i behov av det på tross av kjønn (Blom, 2022).

2.3 Kommunalt lavterskeltilbud, psykisk helse

Kommunene i Norge er organisert på forskjellig vis innenfor psykiske heletjenester. I følge kommunal helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 «Kommunens plikt til samarbeid og samordning», skal *kommunen samordne tjenestetilbudet etter første ledd. Ved behov skal kommunen bestemme hvilken kommunal tjenesteyter som skal ivareta samordningen* (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-4).

Våren 1997 la Regjeringen Jagland frem St meld nr 25 (1996-97) ved navn “*Åpenhet og helhet*” som omhandlet psykiske lidelser og tjenestetilbud. Denne var med på å endre hvordan kommuner organiserer sine psykiske helsetilbud. Det blir påpekt at kommunene i landet hadde for høy terskel knyttet til hjelpetilbudet, samt at det forebyggende arbeidet var for svakt (St.prp. nr. 63, (1997-98)). I forlengelse av denne planen har det kommet nye opptrappingsplaner med fokus på betydningen og hvor viktig det er med lavterskeltilbud. I 2014 ble prosjektet «Rask psykisk helsehjelp» iverksatt som en del av «*Sammen om mestring*» for å styrke lavterskeltilbudet i kommunene (Helsedirektoratet, 2014).

2.4 Sandnes kommune, plan for psykisk helsearbeid

I 2023 ble *“Plan for psykisk helsearbeid i Sandnes kommune 2023-2031”* utgitt.

Innholdet i planen er virksomhetsområdene innad i kommunen, med hoved vekt på oppvekst, helse og velferd. Planen er en revidering av plan for psykisk helsearbeid 2017-22.

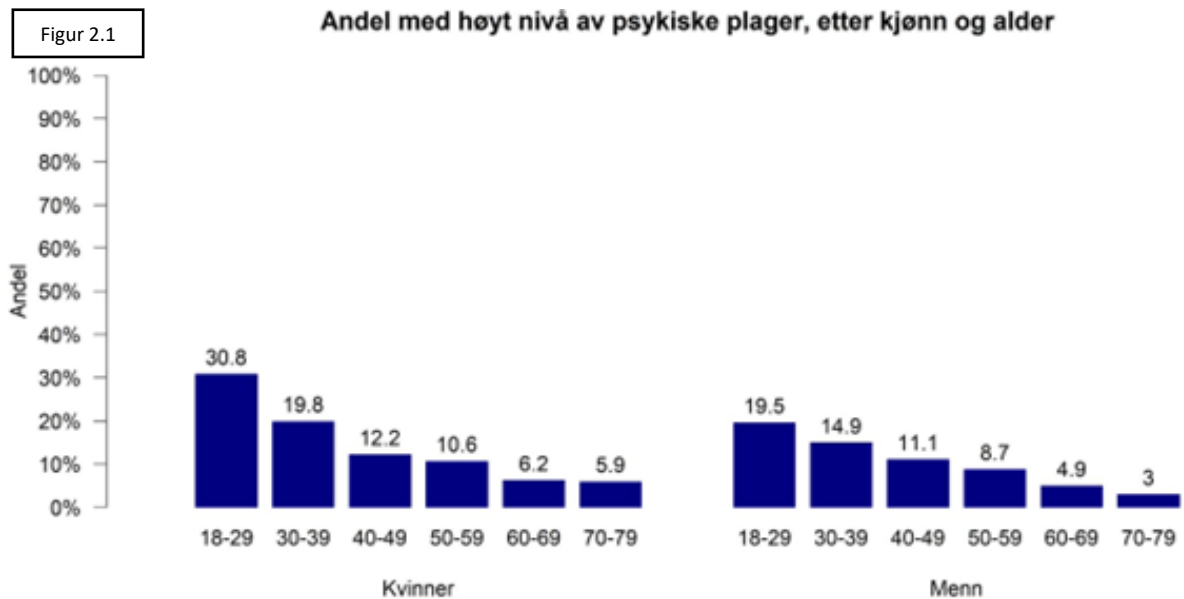
I planen er det fokus på et *“klart samfunnsperspektiv der det legges vekt på å fremme livskvalitet og god psykisk helse gjennom trygg oppvekst, gode levekår, deltakelse og mestring. I dette ligger også å bidra til økt psykisk helsekompetanse hos innbyggere slik at en kan ta kunnskapsbaserte valg om egen helse, og slik forebygge og mestre livsutfordringer”* (Sandnes kommune, 2023b).

I «*Sammen om mestring*» står det i avsnittet *“omfang og behov”* for voksne, at det ifølge folkehelseinstituttet (FHI), har vært en økning i henvisninger til primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Det har de siste 10 årene vært en økning i antall innbyggere som har henvendt seg til primærhelsetjenesten og i 2020 var det om lag 15% menn og 22% kvinner som oppsøkte hjelp knyttet til psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2023a).

Det rapporteres i «*Plan for psykisk helsearbeid*», at det har vært en økende pågang av henvisninger knyttet til psykiske plager. Inn til Mestringsenhetens egen inntakstjeneste kalt Infohjelpen, der innbyggere selv kan ta kontakt for å opprette kontakt for hjelp, har det i perioden 2018-2021 økt med antall henvendelser fra om lag 1000 til 2650 henvendelser per år.(Sandnes kommune, 2023a).

Tall presentert på Sandnes kommune sin hjemmeside viser at Sandnes-innbyggere i gruppen 0-74 år, i noe mindre grad enn for hele landet, oppsøker primærhelsetjenesten på grunn av psykiske helseplager (Sandnes kommune, 2023a).

Basert på funnene fra folkehelseundersøkelsen 2020, hentet fra Rogaland fylkeskommune, fremkommer det at omtrent 14 % av innbyggerne i alder 18-80 år i Rogaland, opplever et betydelig nivå av psykiske plager. Det fremgår at det ikke er en jevn fordeling på belastningene som blir beskrevet eller rapportert. De som har høyest symptomtrykk er kvinner, og særlig unge, de som sliter økonomisk, og de som har lite støtte sosialt (Sandnes kommune, 2023a).



N:35 000

(Sandnes kommune, 2023a)

2.5 Rask psykisk helsehjelp

“Det overordnede målet for satsningen for RPH i Norge, er å styrke den psykiske helsen i befolkningen og gi bedre tilgang til kunnskapsbaserte behandlingstilbud” (Jacobsen, M. M., 2023.). Allerede i 2014 ble tidlig intervensjon sett på som viktig for å bedre psykisk helse. Dette året ble *“Sammen om mestring”*, en «veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne» utgitt, som ett ledd i å styrke lavterskeltilbudet utad i kommunene.

Pilotprosjektet RPH ble presentert og anbefalt som metode. Det ble utviklet etter tjenesten *“Improving Access to psychological Therapies”* som er et evidensbasert program utviklet i England (Helsedirektoratet, 2014).

Målgruppen for RPH ble satt til å være angst, mild/ moderat depresjon og søvnvansker. Ifølge håndboken for RPH gir disse psykiske plagene både svekket livskvalitet og nedsatt funksjon (NAPHA, 2022, s.17). Ved svekket livskvalitet kan en oppleve at livet blir krevende og at innbyggere søker hjelp på annet grunnlag enn gitte henvisningsårsaker. Det kan for eksempel være lav selvfølelse, slitenhet, stress, tankekjør, skyldfølelse, fysiske plager o.l. Utløsende faktorer kan være flere. Blant annet hvis man står i en krevende rolle som pårørende, har egen fysisk sykdom, konflikter i livet og /eller endringer i livsfaser og overganger (NAPHA, 2022, s.18).

I 2017 ble «Rask psykisk helsehjelp og aktivitet» vedtatt som et varig tilbud i og organisert under Mestringsenheten gjennom «*plan for psykisk helsearbeid*» (Plan for psykisk helsearbeid, 2017). Tilbudet ble i Sandnes kommune gjeldende for innbyggere over 18 år og omfattet kommunens allerede aktivitetstilbud og rask psykisk helsehjelp. Tilbudet til innbyggerne, skulle være fleksibelt, lett tilgjengelig og ha en kvalitet på tjenestetildelingen samt oppfølgingen (Sandnes kommune, 2017, s. 53).

RPH skiller seg fra mange andre lavterskeltilbud innen psykisk helsehjelp både ved at en har krav om kompetansenivå hos de ansatte, og at behandlingstilbudet er metodespesifikt. Det er krav om utdanning på minimum bachelornivå innen helse og sosialfag og videreutdanning i kognitiv terapi.

I RPH i Sandnes kommune, er det 11 terapeuter i full stilling og tre terapeuter i ca. 80% stilling foruten om ledelse. I perioden 2020-23 har antallet ansatte økt med to ansatte i fulltidsstilling. Samtlige ansatte har videreutdanning og eller master innenfor psykisk helse samt trinn 1 i kognitiv terapi. Det er innad i teamet knyttet opp tre psykologspesialister som tjenestegjør i hele Mestringsenheten. Flere av de ansatte er i tillegg under utdanning på trinn 2 i kognitiv terapi. Det er et økt fokus på behandlingsformen «*Acceptance and Commitment Therapy*» ACT. Kognitiv terapi er en metode som blant annet brukes for behandling av angst, depresjon og søvn. Det er en metode som forholder seg til løsning av problemer og gi en bedre innsikt i eget tankemønster, egen adferd og følelser ACT er en videreutvikling av kognitiv terapi (Andersen & Elen, 2017).

Behandlingstilbudet ved et RPH team kan variere fra kommune til kommune. I Sandnes kommune har tilbudet vært i kontinuerlig endring. Utad presenteres RPH som et tilbud for innbyggere med angst, depresjon søvnproblemer og livskriser. For innbyggere med mer komplekse vansker og alvorlige psykiske lidelser, har Sandnes andre tilgjengelige tilbud (Sandnes kommune, 2024). For å forsøke å tilpasse tilbudet til det som oppfattes som nødvendig i forhold til behov, har det kommet til nye kurs mens andre kurs er lagt ned i perioden 2020-23. Kursene som tilbys er bygd på kognitiv atferdsterapi med fokus på psykoedukasjon om angst, depresjon, stress, og er lagt opp slik, at innbyggeren selv skal kunne nyttiggjøre seg verktøyene som blir presentert (Sandnes kommune, 2024). Dette tilsier at den enkeltes funksjonsnivå, ressurser og motivasjon for endring, samsvarer med den overordna målgruppen til RPH (Jacobsen, M. M., 2023). Det er også lagt opp til en workshop for dem som har opplevd traumatiske hendelser, men workshopen er ikke traumebehandling

og det er ikke fokus på den enkeltes traume og bearbeidelse av dem (Sandnes kommune, 2024). Denne workshopen er i all hovedsak rettet mot innbyggere i avdeling APH.

Den enkelte innbygger som ansees å kunne nyttiggjøre seg RPH sitt tilbud, vil ha symptomer som samsvarer med forløp 1 og delvis forløp 2., som beskrevet under begrepsforklaringer. Det som er gjennomgående, er at helseplagene ofte er relativt ny oppstått. Plagene kan føre til ulike utfordringer, men målgruppen klarer ofte å opprettholde store deler av de hverdagslige oppgavene, samt arbeid. Målet er at innbyggerne selv skal kunne klare å benytte seg av den kunnskapen som gis (Jacobsen, M. M., 2023).

Det er lett når et tilbud viser til gode resultater, å ønske å utvide målgruppen. Da enten ved at en selv tar inn flere innbyggere utenfor gitt målgruppe eller at fastleger søker med ønske om RPH. Marit M. Jacobsen skriver dog: *For at kommunens RPH-tilbud skal ha god kvalitet, og ventelister unngås, bør ikke målgruppen utvides for mye* (Jacobsen, M. M., 2023).

2.6 Henvisningsårsaker

Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) viser i studier fra 1995-2019 at det var en økende andel unge menn og kvinner som hadde symptomer på angst og depresjon. (Krokstad et al., 2022). I fra 1995 til 1997 viste det seg at 15 % kvinner og 12 % menn i alderen 20-29 år hadde symptomer på angst. I tidsperioden 2017-19 steg dette til 32 % blant kvinnene og 19 % av mennene. Studien viste også at andelen eldre med depresjon var synkende, men at angst symptomene var stabile (Krokstad et al., 2022).

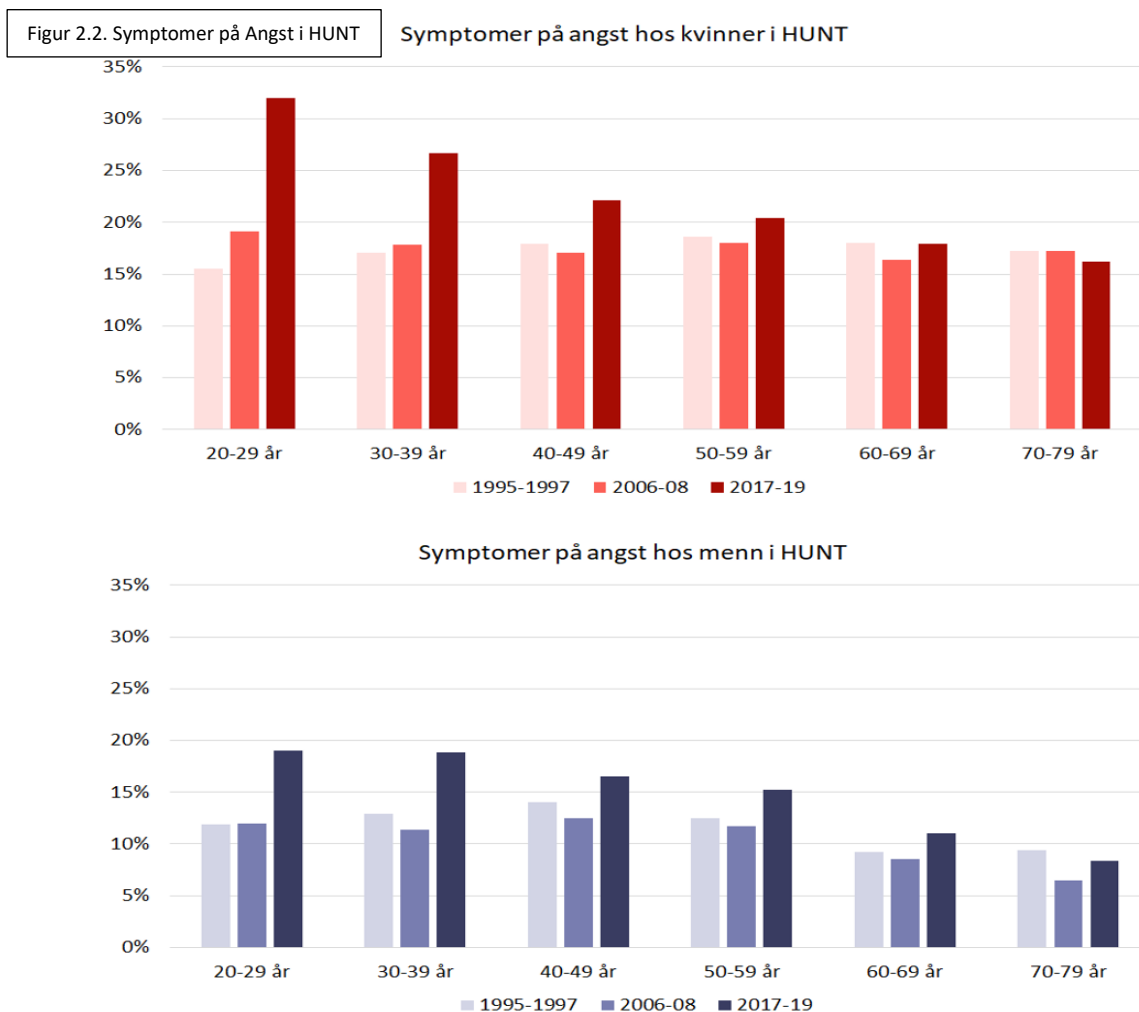
Ifølge Statistisk Sentralbyrås (SSB, 2020) leveårsundersøkelse, ble det beskrevet det en økning av psykiske plager hos unge kvinner i alderen 16-24 år, fra 14 % i 2015 til 23 % i 2019. I samme tidsrom var det en økning fra 10 til 16 % hos kvinner i alderen 25-44 år. For unge menn var det en liten økning, og for menn over 44 år var det stabilt (Folkehelseinstituttet, 2023a).

2.6.1 Angst

Årsaker til angst kan være komplekse og multifaktorielle, og de kan variere betydelig fra person til person. Angst kan oppleves som en indre uro, en opplevelse av ansenhet og en vedvarende forventning om at noe farlig eller truende kan inntreffe. Angst kan også beskrives som en overdreven fryktreaksjon om en hendelse, situasjon eller objekt. Angst kan være uspesifikt, ved at en ikke kan konkretisere eksakt hva en kjenner frykt for, men at en kjenner en kontinuerlig indre uro. Den kan også være spesifikk, der det er enkelte ting eller

situasjoner som skaper angst. Dette kan ofte oppleves som panikk. Ved panikk vil en oppleve at angsten opptrer i perioder, men trenger ikke være knyttet til spesifikke situasjoner eller ting. En generell forståelse av angst er at noen individer kan være spesielt disponert for å utvikle angst, mens andre kan utvikle det som følge av spesifikke hendelser eller erfaringer (Skre, 2024).

HUNT undersøkelsen utført fra 1995-97, 2006-08 og 2017-19 beskrev utviklingen av angst hos kvinner og menn. Undersøkelsen ble utført ved bruk av «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS) (Krokstad et al., 2022). Her kan en se at den største andelen med angst hos kvinner er i aldersgruppen 20-29, med en betydelig økning fra 2006-08 til 2017-19. I perioden 2006-08 fremsto angsten jevnere fordelt mellom de ulike aldersgruppene, men i perioden 2017-19 var det en betraktelig høyere differanse mellom aldersspennene. Det samme så en blant mennene. Der var angst symptomene stabile i de to første tidsperiodene, men hadde en betydelig økning i perioden 2017-19.



(Folkehelseinstituttet, 2023a)

2.6.2 Angst/ depresjon

Angst og depresjon har flere likhetstrekk som kan gjøre det vanskelig å skille på hva som er hoved symptomene en kjenner på. Det er også slik at en kan utvikle angst og depresjon på samme tid. *«Kombinasjon av angst- og depresjonssymptomer er svært utbredt blant pasienter med psykiske plager. Antall og varighet av symptomene samt funksjonsnedsettelsen avgjør om tilstanden fyller kriteriene for angstlidelse og depresjon.»* (Bjelland & Dahl, 1999)

2.6.3 Depresjon

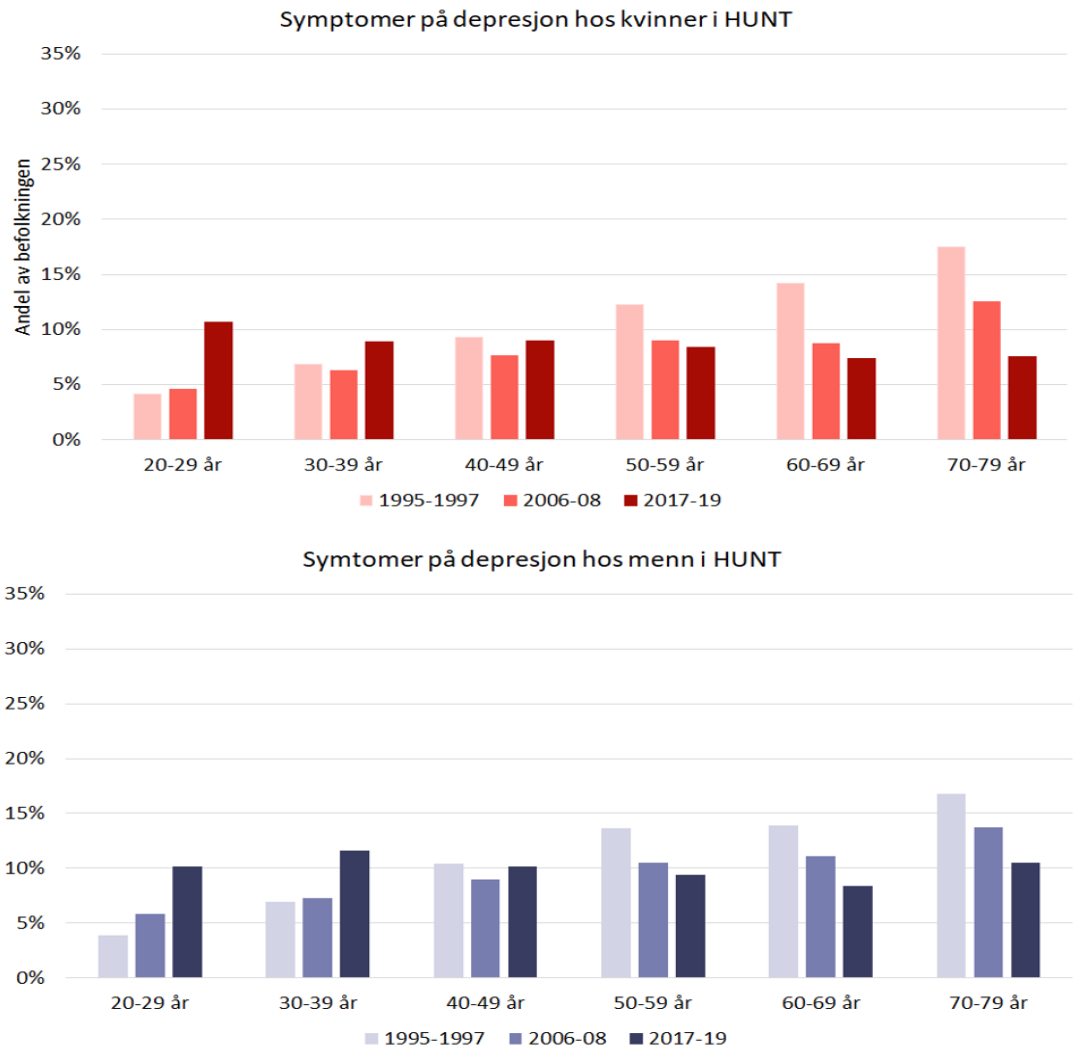
Depresjon kan opptre som en enkeltepisode, men kan også være tilbakevendende med gode perioder mellom episodene. Det mest vanlige er å ha depressive episoder som varer fra to uker til noen måneder (Oslo universitetssykehus, 2022). Ifølge Norsk Helseinformatikk beskrives depresjon som en tilstand som skal ha vart i minst to uker der symptomer skal være til stede store deler av døgnet. Hovedsymptomene for depresjon beskrives som; 1) *Depressivt stemningsleie*, 2) *Interesse- og gledeløshet* og 3) *Energitap eller økt tretthet* (Norsk Helseinformatikk, 2022). Det er i tillegg flere tilleggssymptomer som opptrer ved en depresjon. Dette er blant annet; 1) *redusert konsentrasjon og oppmerksomhet*, 2) *redusert selvfølelse og selvtillit*, 3) *økt skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse*, 4) *triste og pessimistiske tanker om fremtiden*, 5) *planer om, eller utføring av, selvskaide eller selvmord*, 6) *søvnforstyrrelse*, 7) *redusert eller endret appetitt* og 8) *tap av seksualdrift* (Norsk Helseinformatikk, 2022).

Depresjon kan i flere sammenhenger være knyttet til andre lidelser. Det er blant annet en økt sannsynlighet for utvikling av depresjon og andre psykiske lidelser ved somatiske lidelser som blant annet hjerte-kar sykdommer, autoimmune sykdommer, kroniske smerter, kreft med mer (Ilnert, 2012).

Depresjon skilles ofte mellom mild, moderat eller alvorlig depresjon, der en ofte ser et medfølgende funksjonsfall ut ifra alvorlighetsgrad. Ifølge *«The International Classification of Diseases»* (ICD-10), som er den tiende internasjonale statistiske inndelingen av sykdommer og relaterte helseproblemer (Malt, 2022), deles grad av depresjon inn på følgende måte: 1) Lett depressiv episode skal ha to hoved symptomer og to tillegg symptomer. 2) Moderat depressiv episode skal ha to hovedsymptomer og fire tilleggssymptomer. 3) Alvorlig depressiv episode skal ha tre hovedsymptomer og fem tilleggssymptomer (Grøholt & Sund, 2019).

Ifølge HUNT studien fremkom det en økning av depresjon i de yngste aldersgruppene både blant kvinner og menn i det tre periodene 1995-1997, 2006-08 og 2017-19. En kunne samtidig se at depresjon blant dem mellom 50-79 år gikk ned både hos kvinner og menn (Folkehelseinstituttet, 2023a).

Figur 2.3. Symptomer på depresjon i HUNT



(Folkehelseinstituttet, 2023a)

2.6.4 Stress

Stress er ikke noe vi kan leve foruten. Kroppen er avhengig av at vi har denne responsen for å øke fokus i gitte situasjoner.

Stress oppstår når vi har en oppfattelse av at det er en forskjell i det vi forventer og det som faktisk skjer i livene våre. Det vil skje en endring i våre tanker og det skjer en fysiologisk reaksjon ved stress (Børsting Jacobsen & Jacobsen, 2017, s.16).

Børsting Jacobsen & Jacobsen forklarer at stress kan deles inn i giftig stress og positivt stress. Stress som varer er giftig for kroppen. Positivt stress er det som gir oss krefter til å ta en risiko, tåle en påkjenning og oppleve at vi lykkes.

Ordet stress omtales annerledes i dagligtale enn når man definerer det faglig. I det daglige vil man oppleve at mennesker snakker om stress når vi oppfatter tidspress eller annet ubehag. Forskjellen vises når stress defineres medisinsk og faglig, hvor det er den kroppslige reaksjonen på tidspress som er stress, og ikke tidspresset (Børsting Jacobsen & Jacobsen, 2017, s.19).

I rapporten “Stress og mestrings, utgitt fra helsedirektoratet i fra 2017 står det skrevet:

“Vanlige symptomer på stressreaksjoner er hjertebank, tørr munn, stamming, svette og smerte, som vondt i magen eller nakken og hodepine (Steptoe & Kivimäki, 2013). En høy stressaktivering om kvelden vil også kunne forstyrre søvn og døgnrytme. Forskning har videre vist at en vedvarende økt fysiologisk stressrespons har negativ påvirkning på hukommelsen. På lengre sikt vil vedvarende stressreaksjoner også kunne gi seg utslag i hjerte-/karlidelser, overvekt, diabetes type 2, og fibromyalgi”
(Samdal et al., 2017 s.8).

2.6.5 Utbrent

Utbrenthet regnes ikke som en sykdom, men er inkludert i den 11. revisjonen av ICD og er regnet som et yrkesfenomen. «World health organisation» (WHO) omtaler det om en reaksjon på stress på jobb over tid som ikke har blitt håndtert på en god måte. De gjennomgående symptomene på utbrenthet er opplevelsen av å være tappet for energi, opplevelse av å være overbelastet og ha symptomer forenelig med depresjon.

Utbrenthet blir karakterisert ved tre dimensjoner; 1) følelsen av tapt energi, 2) økt mental distanse til jobben, der en opplever seg negativt innstilt eller kynisk til jobben og 3) nedsatt effektivitet (World Health Organization, 2019).

Utbrenthet kan ofte minne om andre sykdommer som angst, depresjon eller kronisk utmattelsessyndrom. Utbrenthet har derimot ikke alle de samme symptomene som de overnevnte. Blant annet så vil den deprimerte ha symptomer som mangel på selvtillit, en følelse av håpløshet og selvmordstanker (Utbrenthet, 2023).

2.6.6 Livskrise

Livskriser defineres ofte som en psykisk ubalanse som en konsekvens av en normal livshendelse. I møte med helsevesenet skal en livskrise bli behandlet på samme måte som en traumatisk krise, da reaksjonsmønsteret kan være likt, selv om alvorlighetsgraden er forskjellig (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021). Legevakthåndboken, en veileder for leger i vakt, forklarer en livskrise og/eller en traumatisk krise slik: *“når en hendelse, opplevelse, belastning eller påkjenning har oversteget et individs totale mestringssevne og ført til psykisk ubalanse. De fleste mennesker tåler påkjenninger godt, men det er stor individuell variasjon”* (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021).

Livskriser blir i Norsk Helseinformatikk beskrevet som: 1) *Samlivsbrudd, giftemål, få barn, flytte hjemmefra, barn flytter hjemmefra.* 2) *Egen sykdom, sykdom hos nærstående person, tap av nærstående person gjennom dødsfall eller flytting.* 3) *Gå av med pensjon, tap av arbeid, begynne i ny jobb, økonomisk tap, tap av verdighet/anseelse*

Livskrisene blir også kalt for reaksjon eller utviklingskriser. Dette er kriser som de fleste opplever i løpet av et liv (Norsk Helseinformatikk, 2021).

Symptomene ved en livskrise kan ha en stor variasjon, men kan innbefattes med både angst og depresjonssymptomer som blant annet kroppslig ubehag, tristhet og sorg. Symptomene forsterkes ofte ved at en har en historikk med mulig; *tidligere traumer, tidligere psykiske problemer, sterke psykiske reaksjoner, traume med høy alvorlighetsgrad, manglende sosial støtte, manglende anerkjennelse, unnvikende mestringsstrategier og negative livshendelser i etterkant av traumet* (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021).

Komplikasjoner ved en livskrise kan være utvikling av angst og/eller depresjon om en ikke finner mestringsstrategier som fungerer (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021).

2.6.7 Søvn

Det har de siste årene vært økt fokus på søvn og søvnens rolle knyttet til god helse. For lite eller dårlig søvn, vil kunne føre til nedsatt konsentrasjon og yteevne, samt påvirke humøret. Søvnforstyrrelser kan både være et symptom på andre lidelser, men kan i tillegg være en egen lidelse.

For lite søvn, også kalt insomni, er den vanligste søvnforstyrrelsen og defineres ofte ved selvrapporing, med symptomer som vansker med innsovning, hyppige oppvåkninger i løpet av natten eller tidlig oppvåkning. Disse symptomene må være til stede flere ganger pr uke, og over en måneds lengde, for at en kan kalle det insomni. Insomni fører i tillegg til nedsatt dagtidfunksjon (Helsedirektoratet, 2017).

Søvnvansker er et vanlig symptom ved psykiske plager. Ofte blir søvnvansker sett på som en tilleggsproblematikk som vil bedre seg når de psykiske lidelser blir behandlet. Ifølge Fred Holsten, Professor ved Bergen søvncenter, skjer ikke alltid dette. Han sa videre at *“flere studier viser at søvnproblemer kan komme før en episode av psykisk sykdom, og at forstyrret søvn er en av de sterkeste risikofaktorer for senere utvikling av depresjon, angst, bipolare lidelser eller psykose”* (Holsten, 2021). Det anbefales derfor å se på psykiske lidelser og søvnvansker som to forskjellige forløp som skal behandles hver for seg. Ved behandling av lett til moderat depresjon og angstlidelser, hevder Fred Holsten at det ikke et problem å utføre behandling i forhold til insomni samtidig som behandling for psykiske vansker pågår (Holsten, 2021).

3 Metode

I dette kapittelet vil det bli skrevet om hvilken metode og fremgangsmåte som er blitt brukt for å svare på problemstilling. Her beskrives studiedesign, utvalg og hvordan data har blitt kategorisert. Videre vil de uavhengige og avhengige variablene bli presentert samt beskrivelse av de etiske retningslinjer.

3.1 Studiedesign

Denne studien har et longitudinelt design. Det er en populasjonsstudie bygget opp av ferdig innsamlede kvantitativ data. Det er ikke gjort et utvalg av populasjonen. Dette vil bli satt opp som en tidsserieundersøkelse for å kunne studere forandringer i henvisningsårsaker, kjønn og alder over tid. Kjønn og henvisningsårsak knyttes opp mot andre variabler for å få mer utfyllende besvarelse. Ved å gjøre dette vil en kunne se på utviklingen av fenomenet, og se om det har skjedd en endring. *«Gjentatte tidsserieundersøkelser har en fordel fremfor en enkeltstående tverrsnittstudie ved at den viser utvikling mellom to eller flere tidspunkt»* (Johannessen et al., 2021, s. 268). Tidsspennet vårt strekker seg over 4 år slik at en unngår å ha for få observasjonstidspunkter. Dette vil være med å kvalitetssikre funnene våre (Johannessen et al., 2021, s. 267). Dataene vi har valgt å bruke er innhentet fra fordelingslisten til inntaksteamet ved Sandnes kommune psykisk helse.

3.2 Vitenskapelig ståsted

Positivismen knyttes ofte til naturvitenskapen og er utgangspunktet for vår kvantitative studie. Vi ønsket å forske på konkrete tall da kvantitativ forskning gir mulighet for en objektiv tilnærming. Selv om praksis, det som utføres, ikke er vitenskapelig så kan den forskes på og forskningen vil være med på å sette ord på hva som skjer i praksis (Thomassen, 2021, s.136-137). Positivismen omhandler å omgjøre den objektive omverdenen målbar gjennom gjentatte observasjoner. Det er likevel verd å merke seg at det er en måte å tilegne seg kunnskap på som ikke avfeier andre former for kunnskap. Positivismen handler om å observere uten interaksjoner med studiedeltakerne, for å få mest mulig objektiv kunnskap om virkeligheten som observeres. Vi har valgt å bruke deskriptiv statistikk, som er analyse av enkelt variabler. Den deskriptive data vil kunne beskrive endring over tid (Thrane, 2018, s. 171). Den deskriptive dataen vil kunne sammenlignes med annen deskriptiv data for så å kunne øke vår kunnskap om feltet som undersøkes, gjennom et objektivt ståsted.

3.3 Utvalget

Materialet som brukes i denne studien omfatter alle henvisningene inn til RPH som er skrevet inn på fordelingslisten fra 01.01.2020- 31.12.2023. Vi har ikke sett på om det er flere henvisninger på enkeltindivider, da populasjonen vi ser på er den konkrete henvisningen. Det totale tallet på populasjonen var 3 863. Grunnet mangelfulle opplysninger knyttet til henvisningstekst, ble det registrert et bortfall på 399 henvisninger, som utgjør 10,3%. Et inklusjonskriterium for å bli med i forskningen var at vi skulle vite at henvisningene var registrert som RPH sin målgruppe, som er beskrevet under kapittel 2.5.4., Rask psykisk helsehjelp. Dette betyr at informasjonen som var tilgjengelig i datamaterialet måtte være tilstrekkelig for å kunne vurdere hvilken kategori innbygger skulle plasseres inn under i statistikken. Informasjonen skulle kunne knyttes til gitte henvisningsårsaker. De 399 henvisningene som ble valgt bort, var ikke informasjonen tydelig nok til at vi kunne stadfeste at de var innenfor RPH sin målgruppe. Bortfallet vurderes tilfeldig og er ikke vurdert å tilhører en til en spesifikk henviser, eller en annen hovedproblematikk som ikke er tatt med som henvisningsårsak. Det totale utvalget ble dermed 3464 henvisninger.

3.4 Datainnsamling/Gjennomføring

Dataene er innhentet fra Sandnes kommune, Mestringsenheten sin fordelingsliste.

Fordelingslisten, viser til henvisningene som er fordelt inn til avdeling RPHA og avdeling APH. Fordelingslisten blir opprettet av et inntaksteam og er et anonymisert sammendrag av de enkelte henvisningene inn til Mestringsenheten. Målgruppen for oppgaven er henvisninger som er fordelt til avdeling RPHA. Fordelingslisten, som vi henter data fra, inneholder ikke personlige navn eller sensitiv informasjon som kan brukes til å identifisere enkeltpersoner.

Da informasjonen allerede er anonymisert og omhandler organisering av tjenester, har det ikke vært nødvendig å søke "*Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*" (REK) om tillatelse for bruk av data. Det er gitt tillatelse fra Sandnes kommune om å bruke allerede innhentede data (vedlegg 1).

Data på fordelingslisten er allerede skrevet inn i variablene: årstall, måned, fødselsår, kjønn, henvisningsårsak og henviser. Foruten variabelen henvisningsårsak, var verdiene allerede laget. Alle variablene måtte skrives inn i statistikkprogrammet «*Statistical Package for the Social Sciences*» (SPSS). Det var kun henvisningsårsak og tilleggsinformasjon som måtte analyseres og settes kriterier for, for å lage verdier. Da henvisningsårsaken var skrevet inn i

tekst, valgte vi å sortere henvisningsårsak inn i syv variabler: angst, angst/depresjon, depresjon, stress, utbrent, livskriser og søvn. Henvisningsårsak, inn til vår avdeling, er basert på RPH sin inntaksbeskrivelse. Livskriser, stress og utbrenthet ble drøftet og valgt inn som tre ekstra henvisningsårsaker i denne oppgaven, da en ut ifra erfaring har gjentatte henvisninger med dette som henvisningsårsak. I tillegg var det ofte informasjon skrevet i henvisning som ikke var knyttet direkte opp mot selve henvisningsårsaken. Dette var informasjon som vi anså som viktig, som kunne være en medvirkende årsak for behov for hjelp. Tilleggsinformasjonen ble lagt til for å få ett større bilde av årsak til henvisning, da en ser at henvisningsårsak kan henge sammen med andre faktorer. Vi valgte på grunn av dette å legge til variabelen tilleggsinformasjon. Tilleggsinformasjonen ble fordelt på seks dikotome variabler; 1) samlivsbrudd, 2) utsatt for vold, 3) somatisk sykdom, 4) gravid/barselpermisjon, 5) dødsfall i nær relasjon, 6) livsbelastninger.

3.5 Avhengig variabel

Forskning handler ofte om å undersøke om det er sammenheng mellom variabler. Det vil si at en variabel kan påvirkes av en annen variabel. Disse variablene deles inn i uavhengig variabel, «årsak», og avhengig variabel, «effekt» (Johannessen et al. 2021, s.320). Dette vil si at den avhengige variabel, i dette tilfellet Henvisningsårsak, kan være påvirket av de uavhengige variablene, som beskrevet i 3.5. Henvisningsårsak er delt inn i følgende verdier:

- Angst

Angst er brukt når det står skrevet angst i henvisningsårsak. Dette er både ved sosial angst, spesifikk angst/fobi, generalisert angst, agorafobi, panikk angst, tvangslidelse eller PTSD. Angst er også blitt brukt som henvisningsårsak når ordlyden i teksten inneholder flere av ordene som 1) engstelse/nervøs og eller 2) tankekjør i sammenheng med økt bekymring, indre uro eller rastløshet.

- Angst/depresjon

Begge ordene er nevnt i henvisningsårsak, og vi vet ikke om det er angst eller depresjon som er det dominante, eller om innbygger har like store vansker med begge henvisningsårsakene.

- Depresjon

Depresjon er brukt når det står skrevet depresjon i henvisningsårsak. Det er også brukt når flere av symptomene; 1) manglende interesse, 2) fravær av glede og energi, 3) føler seg nedfor, 4) håpløshet, 5) søvnforstyrrelser og 6) manglende livsglede, 7) økt negativt tankekjør, er nevnt.

- Stress

Stress er brukt når det står skrevet stress i henvisningsårsak.

- Utbrenthet

Utbrent er brukt når det står skrevet utbrent i henvisningsårsak.

- Livskrise

Livskrise er brukt når det står skrevet livskrise i henvisningsårsak. Det er også brukt når det er beskrevet at en eller flere hendelser som har skjedd i nyere tid, oppleves som en stor psykisk påkjenning. Dette kan for eksempel være samlivsbrudd, dødsfall i nær relasjon, krig, vold og lignende. Det som er fellesbetegnelsen når vi bruker livskrise, er at mestringsevnen til den som er henvist ikke oppleves tilstrekkelig av den som er henvist.

- Søvn

Søvn er brukt når det kun er søvn som er henvisningsårsak. Det vil si at det ikke er knyttet til en av de andre henvisningsårsakene.

3.6 Uavhengig variabel

De uavhengige variablene «årsak» er informasjon som ikke blir påvirket av andre variabler (Johannessen et al. 2021, s.320). De uavhengige variablene er: tilleggsinformasjon, årstall, måned, kjønn, fødselsår, og henviser.

3.6.1 Tilleggsinformasjon

- Tilleggsinformasjon er delt inn i 6 dikotome variabler. Variablene er samlivsbrudd, utsatt for vold, somatisk sykdom, gravid/ barselpermisjon, dødsfall i nær relasjon og livsbelastning/ traumatisk hendelse.

- Samlivsbrudd

Samlivsbrudd er brukt på dem der det står beskrevet et samlivsbrudd innen de to siste årene. Det kan både være et kjæreste eller ett samlivsbrudd.

- Utsatt for vold/overgrep

Utsatt for vold brukes i form av seksuell vold, psykisk vold, fysisk vold og latent vold. Det er disse begrepene som brukes i fordelingslisten. Har en blitt utsatt for vold i løpet av livet, registreres det som utsatt for vold, uten en tidsbegrensning på når det skjedde.

- Somatisk lidelse

Innebærer all form for somatisk lidelse. Alt i fra smerteproblematikk knyttet til fysisk sykdom, til kronisk sykdom som kols og fibromyalgi. Det kan også omhandle nylig oppståtte diagnoser som kreft, tinnitus og lignende.

- Gravid/ barselpermisjon

Gravid er fra uke 1 til fødsel og barselpermisjon er de påfølgende 12 måneder etter fødsel. Gravid, gjelder kun den som er gravid. Barselpermisjonen gjelder både for kvinner og menn.

- Dødsfall i nær relasjon

Dette gjelder dem som har opplevd dødsfall i nær relasjon det siste året.

- Traumatisk opplevelse/ livsbelastninger

Dette blir brukt når det står konkret at det er en traumatisk opplevelse eller blir beskrevet en konkret traumatisk hendelse som oppleves som truende for liv og helse. Det kan være en alvorlig ulykke/ hendelse som vedkommende eller dens nærmeste har vært utsatt for. Det kan være alvorlig sykdom eller opplevd krig på nært hold. Livsbelastninger er angitt når det er flere ytre faktorer som er årsak til symptomtrykk.

Det kan være en eller flere påkjenninger/opplevelser i oppvekst, eller belastning over tid knyttet til familie, jobb, økonomi og lignende.

3.6.2 Demografiske variabler

- Kjønn
Har verdiene kvinne og mann.
- Alder
Oppgitt i det enkelte årstall der vedkommende er født.

3.6.3 Tilleggs variabler

- Henviser
Er fordelt mellom verdiene fastlege, sykehuset, DPS, egensøknad og infohjelpen. Dette er disse alternativene en kan ta i bruk for å få søke hjelp ved Mestringsenheten.
- Årstall
Dataen er innhentet fra 2020 til og med 2023. Verdiene er da årstallene 2020, 2021, 2022 og 2023.
- Måned
Oppgitt fra januar til og med desember. Tilsvarende 12 verdier.

3.7 Reliabilitet og validitet

3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om påliteligheten til det datamaterialet som presenteres. Hvor stor nøyaktighet det er av undersøkelsen av datamateriale og hvilke data blir brukt, er viktige spørsmål å forholde seg til ved utførelsen av en studie. En må også stille seg spørsmål om datamaterialet er relevant og hvordan datamaterialet er samlet inn og bearbeidet. Det finnes flere måter å teste reliabiliteten på. Dette kan gjøres ved at en utfører en test-retest-reliabilitet, som handler om å teste dataens stabilitet. Det handler i hovedsak om at en vil kunne få like svar om analysen av datamaterialet blir gjort på to forskjellige tidspunkt (Johannessen et al. 2021, s.27).

Våre data som er innsamlet er hentet i fra henvisninger som enten er skrevet av innbyggeren selv, sin fastlege eller annet helsepersonell og blitt sendt til Mestringsenheten. Data materialet kan også ha kommet via infohjelpen, der et helsepersonell stiller ulike spørsmål for å få mest

konkret informasjon slik at inntaksteamet skal kunne fordele henvisningen til riktig avdeling. Alle mottatte henvisninger skrevne via infohjelpen eller egensøknader, blir makulert etter skanning inn i kommunens journalsystem. Det er så blitt skrevet inn av inntaksteamet i dokumentet “fordelingslisten”. Fordelingslisten er anonymisert data som ligger i en fil som kun inntaksteamet, kommunepsykologene og leder ved avdeling APH har tilgang til.

Ved registrering av all data har vi vært to personer til stede og vært enig i avgjørelsene vedrørende henvisningsårsak og tilleggsinformasjon. Datamaterialet er gått igjennom to ganger for å se at all informasjonene er korrekt. Vi tenker at det vil være marginale forskjeller om en annen med samme helsefaglige bakgrunn hadde analysert samme data.

3.7.2 Validitet

I boka Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode beskrives begrepsvaliditet som “*Måler vi det vi tror vi måler?*” (Johannessen et al., 2021, s.44). Det vi har valgt å måle er data som allerede er innsamlet. Det som kan svekke den eventuelle validiteten er vår fellesvurdering knyttet til den enkelte henvisning, men på samme tid har vi valgt bort de henvisningene der problematikken ikke har vært tydelig nok. Dette har vi gjort for å øke validiteten på vårt resultat.

3.8 Analyse av datamaterialet

Denne studien har et longitudinelt design der en både vil bruke beskrivende og analytisk statistikk i presentasjon av resultatene. Det er blitt brukt IBM® SPSS® Statistics Versjon 27.0 for bearbeiding av data, samt den statistiske analyse. SPSS er et statistikkprogram utviklet av Stanford Univerety for dataanalyse fra grunnleggende beskrivende statistikk til mer avanserte metoder (Johannessen & Tuft, 2022 s. 11). SPSS gjorde det mulig for oss å kode samt systematisere data.

Måten vi gikk frem på for å analysere data, var at vi systematisk gikk igjennom fordelingslisten fra år 2020 til 2023, der vi la inn de enkelte variablene med gitte verdier. I første omgang var det år, måned, kjønn, fødselsår, henvisningsårsak, tilleggsinformasjon 1 og 2 og henviser. I første omgang ble tilleggsinformasjonen fordelt på to variabler med 31 verdier hver, med mer spesifikke tilleggs utfordringer, som eksempel ADHD, Covid-19, skilsmisser med mer. De to tilleggs variablene hadde like verdier, da en så at den henviste kunne ha flere tilleggsproblemer. Det viste seg å være utfordrende i analysen å bruke disse variablene. I tillegg så ble verdiene for spissede, slik at det var for lavt N- tall pr. verdi. Vi

bestemte oss så for å kombinere de verdiene med høyest besvarelse og som faglig sett hører sammen. Dette ble kalt for tilleggsinformasjon som ble gjort om til nye 6 variabler med dikotom besvarelse. Verdiene som ble kombinert ble; vold og seksuelle overgrep, gravid og barselpermisjon og til slutt traumatisk opplevelse og livsbelastning.

Under selve analysen fant vi ut at vi ikke hadde behov for henviser og gitt måned for å besvare vår problemstilling. Dette har av denne grunn ikke blitt brukt i den videre analysen av datamaterialet.

Vi valgte å i hovedsak kjøre ut deskriptiv data. Dette ble gjort grunnet at vi bruker data som omfatter hele populasjonen. Det har dermed ikke vært hensiktsmessig å teste om funnene kan generaliseres fra et utvalg til populasjon, da det ikke er gjort ett utvalg. Frekvenstabellene som ble laget, ble fordelt på år til år på den enkelte variabel. Dette gjorde vi slik at vi kunne få en tidsserie reise på både antall henvisninger, henvisningsårsak, tilleggsopplysninger, kjønn og alder. Det er også gjort krysstabeller for å se sammenhengen mellom blant annet henvisningsårsak og det enkelte kjønn over tid. Under analysen kom det frem at søvn og utbrenthet hadde en relativt lav forekomst de enkelte år fordelt på kjønn. Det ble dermed valgt tatt bort i beskrivelse av funn. Vi har prøvd å trekke ut svar med spesiell relevans til problemstillingen.

3.8.1 Analyseplan

Ved utførelse av analyseplanen delte vi opp problemstillingen og forskningsspørsmålene inn i de ulike analysene som skulle gjennomføres. Det ble satt opp i hvilke variabler som skulle brukes, hva som var avhengige og uavhengige variabler i den enkelte analysen, målenivå som skulle brukes og hvilken analyse som skulle brukes. De fleste analysene som ble gjennomført var krysstabeller og frekvenstabeller. Analysene som ble gjort ble gjort ut i fra hvilket målenivå den enkelte variabel har (vedlegg 4).

3.9 Etiske overveielser

I følge Malterud (2017, s. 211) skal all medisinsk forskning følge en rekke etiske standarder som skal *“fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter”*.

Helsinkideklarasjonen, som ble utarbeidet av Verdens legeforening i 1964, er den mest sentrale profesjonsnormen som er blitt utarbeidet. Den har blitt revidert 9 ganger etter opprettelse og er til for; *å forhindre misbruk av individer i forskningens tjeneste og at forskningens nytteverdi bare blir vurdert ut fra hva som er til nytte for fellesskapet, fastholder*

Helsinkideklarasjonen at hensynet til den enkelte forsøksperson alltid må gå foran vitenskapens og samfunnets interesser (Ot.prp. nr. 74 (2006-2007), s. 19).

Ved utføring av en kvantitativ forskning skal det alltid overveies om en har behov for å søke om tillatelse ved bruk av datamaterialet. Datamaterialet vi valgte å bruke var allerede anonymisert og det var ikke mulig å identifisere den enkelte innbygger. Informasjonen vi hadde tilgang til var fødselsår, kjønn, bostedskommune, hvordan søknad kom inn og årsak til henvisning.

Det ble diskutert hvorvidt det var behov for å søke Norsk senter for forskningsdata (NSD) og /eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Grunnet at datamateriale allerede var psaudonymisert og at vi ikke innhentet informasjonen direkte i fra respondenter, kom vi i samråd med veileder frem til at ikke var nødvendig. De etiske retningslinjene ble dermed ivaretatt. Det ble søkt om tillatelse fra leder ved Mestringsenheten i Sandnes kommune om bruk av data og dette ble godkjent.

4 Funn

I dette kapittelet vil vi vise resultater av vår kvantitative analyse av henvisninger inn til RPH i Sandnes kommune. Resultatet i statistikken er basert på alle henvisningene, inn til avdeling RPH, som inneholdt nok informasjon for å med sikkerhet kunne fordeles til RPH. 10% av henvisningene er ikke med i resultatdelen grunnet manglende informasjon til å kunne bli med i studien.

Vi vil først se på antall henvisninger inn i en tidsserie, før vi videre fordyper oss inn i problemstillingen. Alle registrerte henvisninger er knyttet til en konkret henvisningsårsak. Tilleggsinformasjon er registret på de henvisninger der det er opplyst om den eventuelle tilleggsopplysning. Noen henvisninger har ikke tilleggsinformasjon mens andre kan ha flere. Problemstillingen som skal besvares via funnene er:

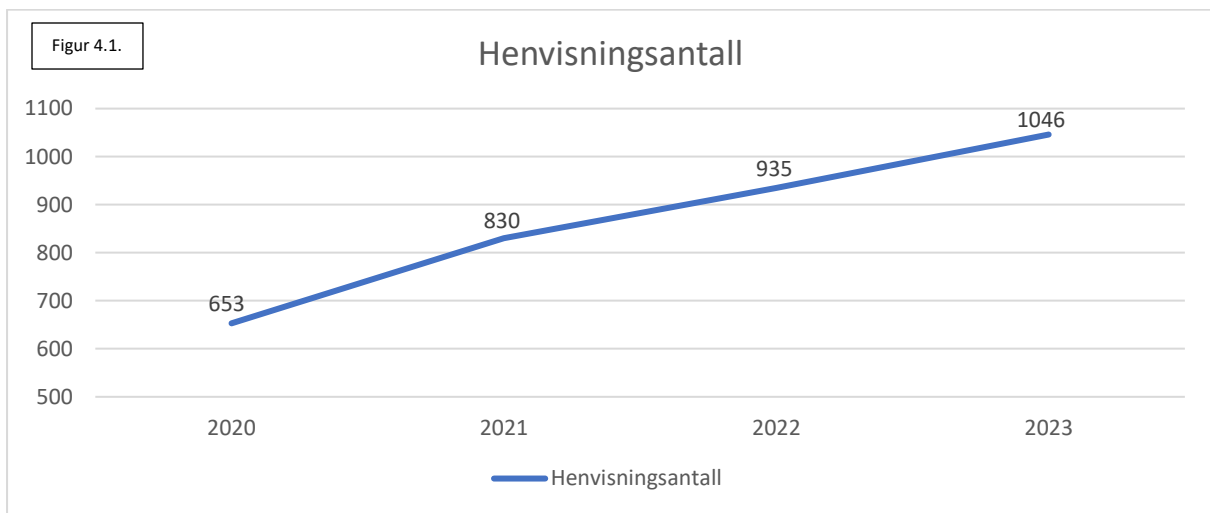
Har det vært endringer i henvisninger inn til Rask psykisk helsehjelp i Sandnes kommune fra 2020- 2023, og eventuelt hvilke?

- Har det skjedd en endring i antall henvisninger inn til RPH fra 2020-23?
- Er det en endring i hvilke aldersgrupper som søker hjelp i perioden 2020-23?

- Er det en forskjell i kjønnsfordelingen inn til RPH fra 2020-23?
- Er det en endring i henvisningsårsak inn til RPH fra 2020-23?
- Er det en endring henvisningsårsak fordelt på kjønn fra 2020-23?
- Er det en endring i tilleggsinformasjon inn til RPH fra 2020-23?
- Står tilbudet i RPH, Sandnes kommune, i samsvar med endringene som kommer frem i funn?

4.1. Antall henvisninger

I perioden 2020-2023 ble det mottatt 3464 henvisninger som møtte inklusjonskriteriene for studiet. Figur 4.1. viser totalt antall henvisninger fordelt på det enkelte år.

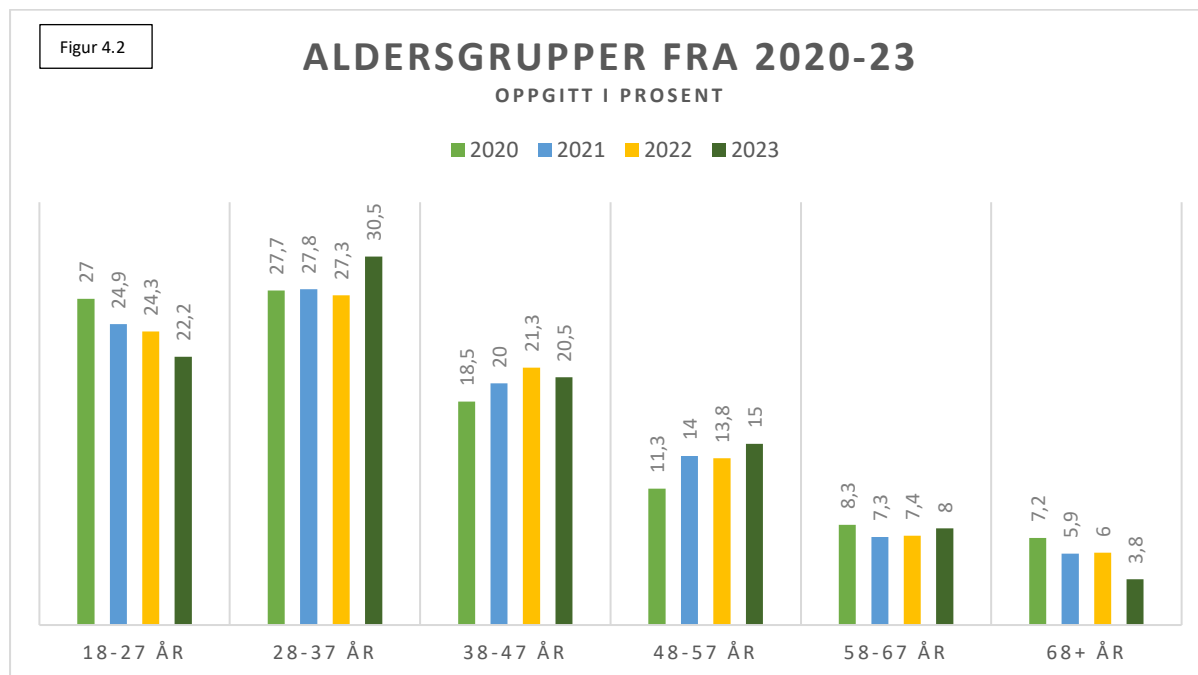


N:3464

Figur 4.1. viser oss henvisningsantallet som er registrert inn i studien i perioden 2020- 2023. Den viser til en kontinuerlig økning fra år til år. Økningen fra 2020-23 har vært på 393 henvisninger som tilsier en økning på 37,5 %. Den største økningen av antall henvisninger er mellom 2020-21 på 177 henvisninger. Fra 2021- 22 er det en økning på 105 henvisninger og fra 2022-23 ligger økningen på ytterligere 111 flere henvisninger enn året før.

4.2. Endring i aldersgrupper fra 2020-23

Figur 4.2 viser de enkelte aldersgrupper oppgitt i ti års intervaller fra fylte 18 år det registrerte året. Grunnet lavt antall av henviste over 68 år, er siste variabel ikke et tiårs intervall, men markert som 68+. Dette intervallet strekker seg fra 68-100 år. Det er oppgitt i prosent ut ifra den enkelte aldersgruppe ifra henvisningstallene:

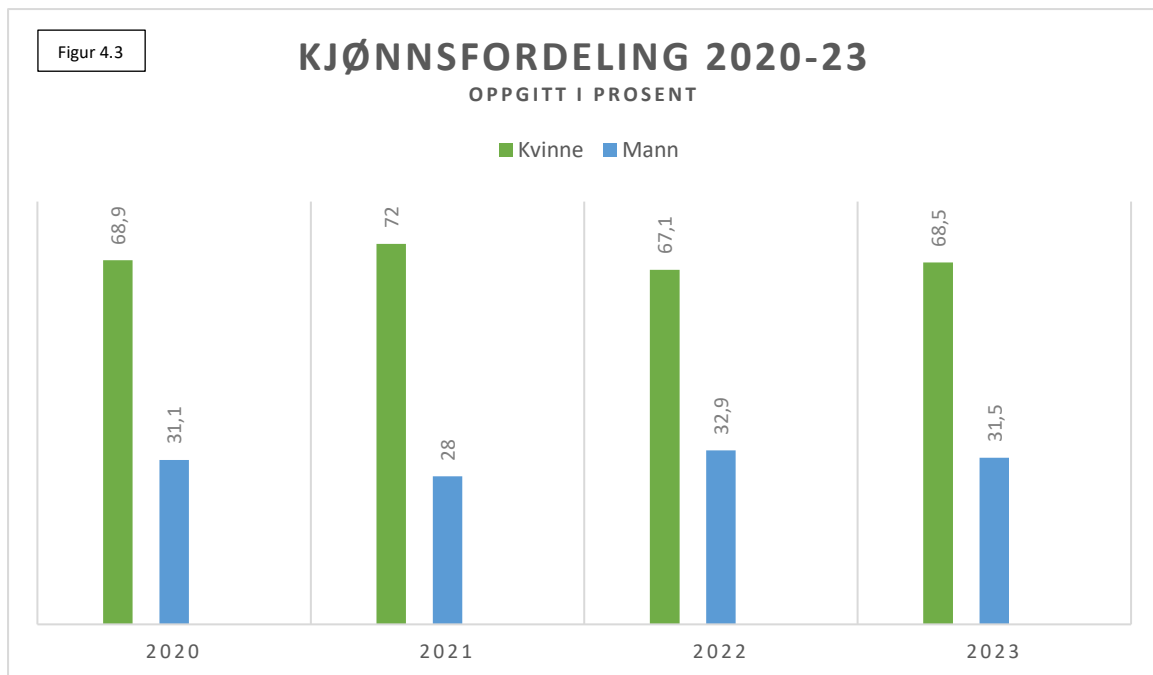


N:653 i 2020, N:830 i 2021, N:935 i 2022 og N:1046 i 2023.

Tabell 4.2 viser at den høyeste henviste gruppen blant aldersgruppene, er aldersgruppen 28-37 år fordelt på fireårs perioden. Henvisningstallet i dette intervallet har vært stabilt i fra 2020-22, men har en 3,2 % økning fra 2022-23. Aldersgruppen mellom 38-47 år samt 58-67 år fremstår som stabile henvisningstall. Prosentvis er 18-27 år høyt i 2020 sett mot resterende aldersgrupper, men har en nedadgående kurve de påfølgende år. Det samme gjelder 68+, der prosentandelen var fortrinnsvis lav i 2020, men frem til 2023 har den nesten halvert seg, fra 7,2 % til 3,8 %.

4.3. Endring i kjønnsfordeling fra 2020-23

Figur 4.3 viser utviklingen på kjønnsfordeling fra 2020-23. Det er oppgitt i prosent.

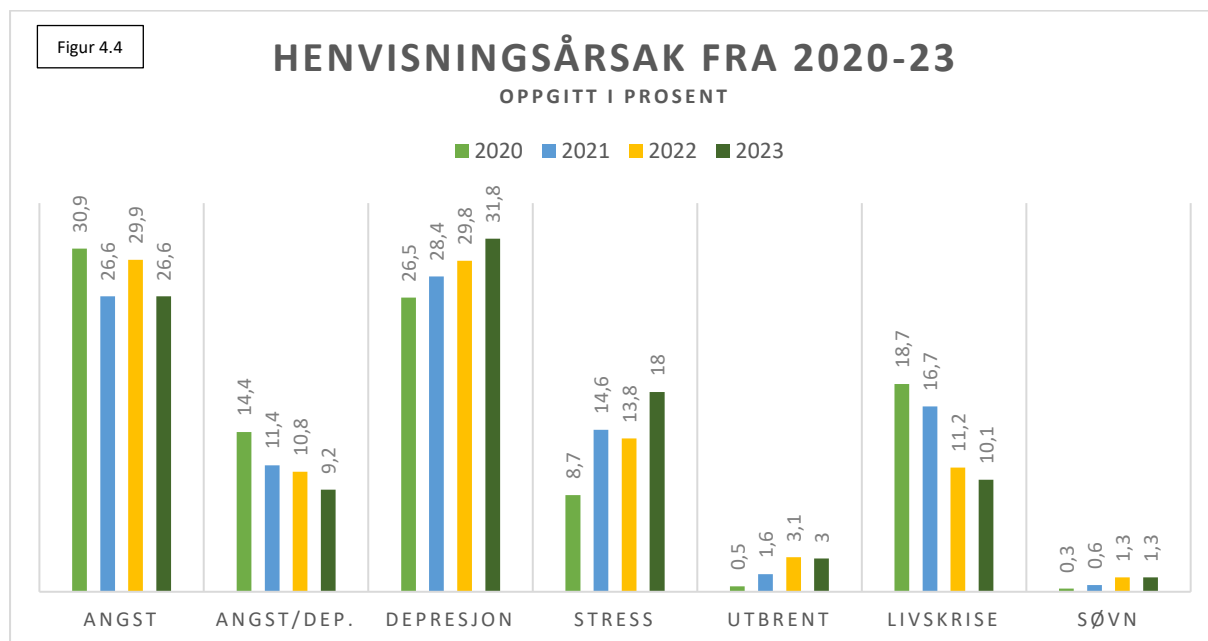


N:3464

Figur 4.3 viser at kjønnsfordelingen er uten store endringer mellom menn og kvinner i perioden 2020-23, med 68,5-72 % kvinner og 28-32,9 % menn.

4.4. Endring i henvisningsårsak fra 2020- 23

Figur 4.2 viser utviklingen på den enkelte henvisningsårsak inn til RPH fra 2020-23. Det er oppgitt i prosent.



N:653 i 2020, N:830 i 2021, N:935 i 2022 og N:1046 i 2023

4.4.1. Angst

Figur 4.4 viser at det er en høy andel pr. år som har angst som henvisningsårsak. I 2020 er det 30 % som er registrert med angst som henvisningsårsak og var den problematikken med høyest prosentandel det året, sett opp mot resterende henvisningsårsaker. Prosentandelen knyttet til angst er lik i 2021 og i 2023 med 26,6 %. Prosentandelen i 2020 på 30,9 % og 29,9 % i 2022 har også lite variasjon, som forteller oss at angst, som henvisningsårsak, er relativt jevn. Dette viser oss dog at det var en markant økning i 2022. Legger en sammen tallene fra verdien angst og verdien angst /depresjon vil en kunne si at det har vært en liten nedgang i oppgitt periode og at hoppet i 2022 er mindre.

4.4.2. Angst/ depresjon

Figur 4.4 viser til en nedgang i kombinasjon angst og depresjon. Høyest registrert prosentandel vises i 2020 med 14,4 % av henvisningsårsakene, med lavest i 2023 på 9,2 %.

4.4.3. Depresjon

Figur 4.4 viser at det har vært en jevn økning i depresjon som henvisningsårsak. Fra 26.5 % i 2020 til 31.8 % i 2023. 31,8 % er den høyest registrerte prosentandelen sett over alle henvisningsårsaker, fra 2020 ut 2023. Legger en sammen verdiene depresjon og angst/depresjon, vil fremdeles depresjon være den med høyest registrerte prosentandelen, men vil være den verdien med mest stabile tall fra 2020-23.

4.4.4. Stress

I figur 4.4 kommer det frem at stress er den henvisningsårsaken med høyest økning, på 9,3 % fra 2020 til 2023. Stress er den tredje mest brukte henvisningsårsaken i 2023 i motsetning til å være tredje minst brukte i 2020.

4.4.5. Utbrent

Figur 4.4 forteller oss at det har skjedd en seks-dobling i fra 0,5 % i 2020 til 3 % i 2023. Vi ser at tallet er stabilt i 2022 med 3,1 % mot 3 % i 2023.

4.4.6. Livskrise

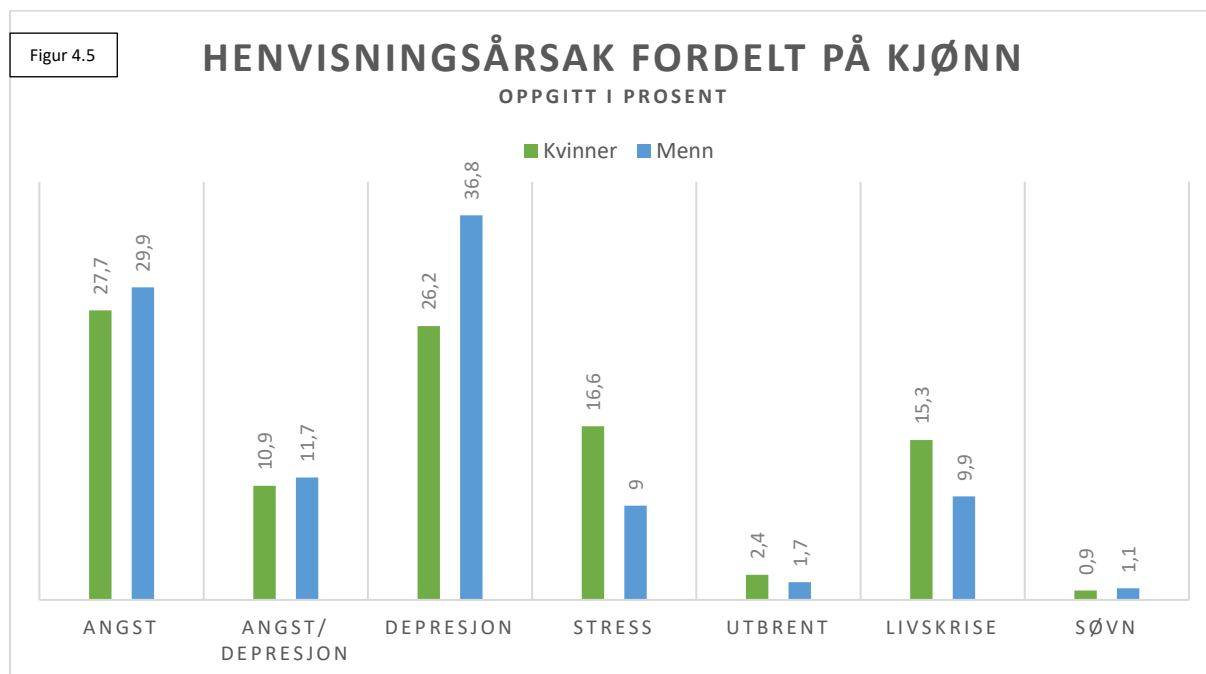
I figur 4.4 ser vi at det har skjedd en markant nedgang i henvisninger relatert til livskriser. I 2020 var det den tredje mest brukte henvisningsårsak på 18,7 %, mot 10,1 % i 2023. Fra 2020 til 2021 synker den med 2 %, men fra 2021-2022 synker den med 5,5 %. Den har ytterligere sunket 1.1 % til 2023.

4.4.7. Søvn

Figur 4.4 forteller oss at søvn er den minst brukte henvisningsårsaken. I 2020 var det 0,3 % som hadde søvn som henvisningsårsak, som ble doblet til 0,6 % i 2021. I 2022 og 2023 var prosenten stabil på 1,3 %. Dette viser til en firedobling i prosent fra 2020-2023.

4.5. Endring vedrørende henvisningsårsak fordelt på kjønn fra 2020- 23?

Figur 4.5 viser forskjellen på menn og kvinner sett opp mot henvisningsårsak i perioden 2020-23. Det er oppgitt i prosent fordelt på menn og kvinner.



Kvinner N: 2392

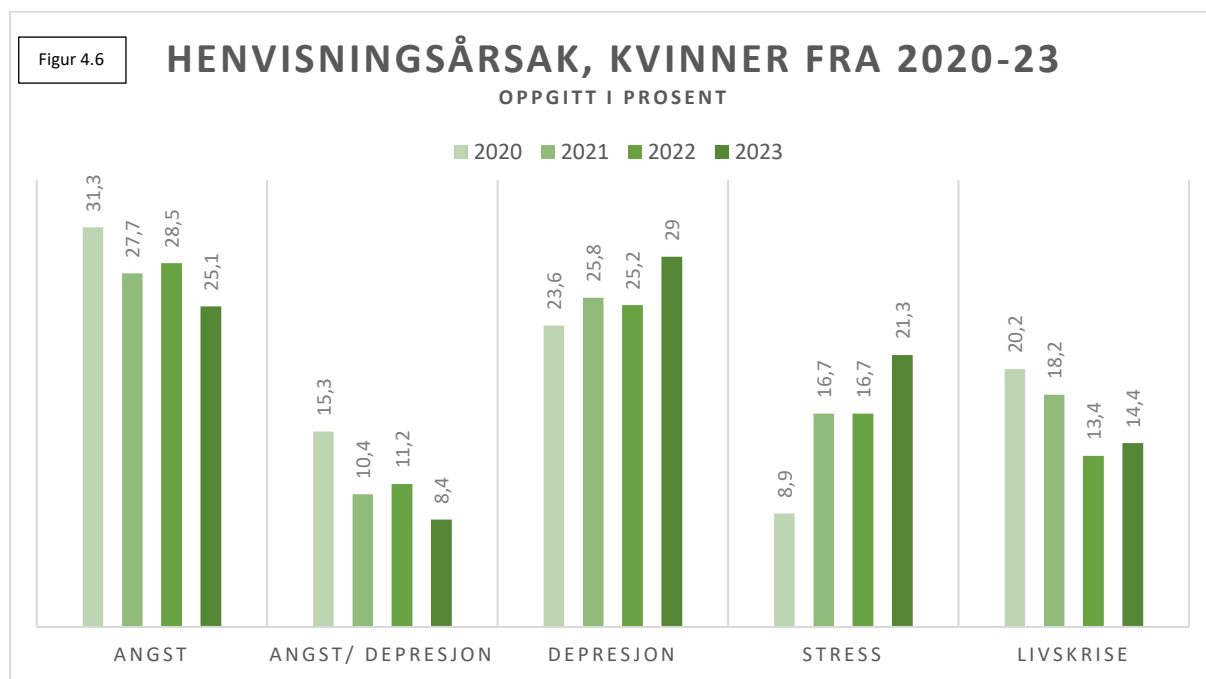
Menn N: 1072

Figur 4.5 viser at hovedårsaken for henvisninger, for både kvinner og menn, er angst og depresjon. For kvinner er prosentandelen relativt lik fordelt mellom angst og depresjon. For menn er depresjon den mest brukte henvisningsårsaken med 6,9 % forskjell fra angst, som er nest høyest i prosent. Differansen mellom kvinner og menn, på henvisningsårsaken depresjon, er på over 10 %.

Det er flere kvinner som blir henvist med stress og livskrise enn menn, med prosentandel 16,6 % og 15,3 %. Menns prosentandel er på ca. 10 % både på stress og livskrise. Søvn og utbrenthet er en mindre brukt henvisningsårsak på både kvinner og menn.

4.5.1. Kvinners henvisningsårsak fra 2020-23

Figur 4.6 viser utviklingen på den enkelte kvinnes henvisningsårsak inn til RPH fra 2020-23. Det er oppgitt i prosent ut ifra antall kvinner som er henvist i det enkelte år. Utbrenthet og søvn er valgt tatt bort grunnet for lave henvisningstall.



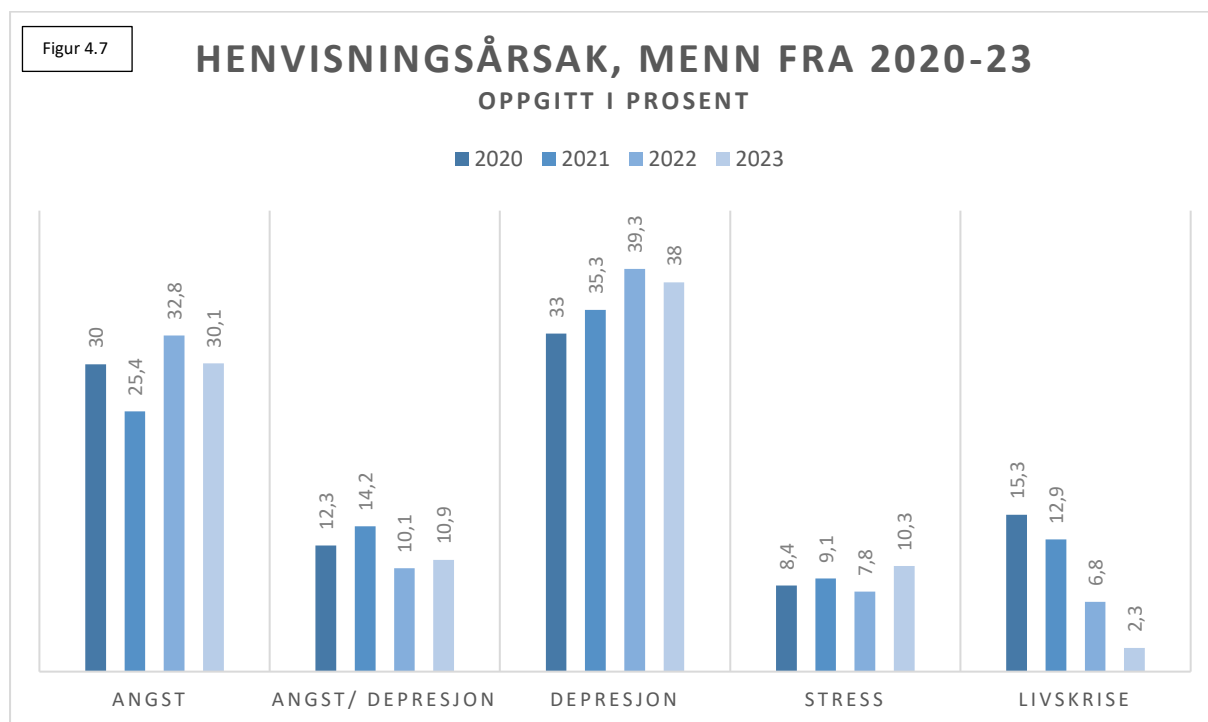
N:450 i 2020, N:598 i 2021, N:627 i 2022 og N:717 i 2023

I figur 4.6 ser vi at det har vært en nedgang i angst og angst/depresjon hos kvinner. Depresjon har hatt en økning i tidsperioden 2020-23. Angst og depresjon er fremdeles den mest brukte henvisningsårsaken, men en ser at stress utgjør en økende prosentandel.

Stress har økt fra 8,9 % til 21,3 % fra 2020-23. På samme tid har livskriser hatt en nedgang på 5,8 % fra 2020-23.

4.5.2. Menns henvisningsårsak fra 2020-23

Figur 4.7 viser utviklingen på den enkelte manns henvisningsårsak inn til RPH fra 2020-23. Det er oppgitt i prosent ut ifra antall menn som er henvist i det enkelte år. Utbrenthet og søvn er valgt tatt bort grunnet for lave henvisningstall.



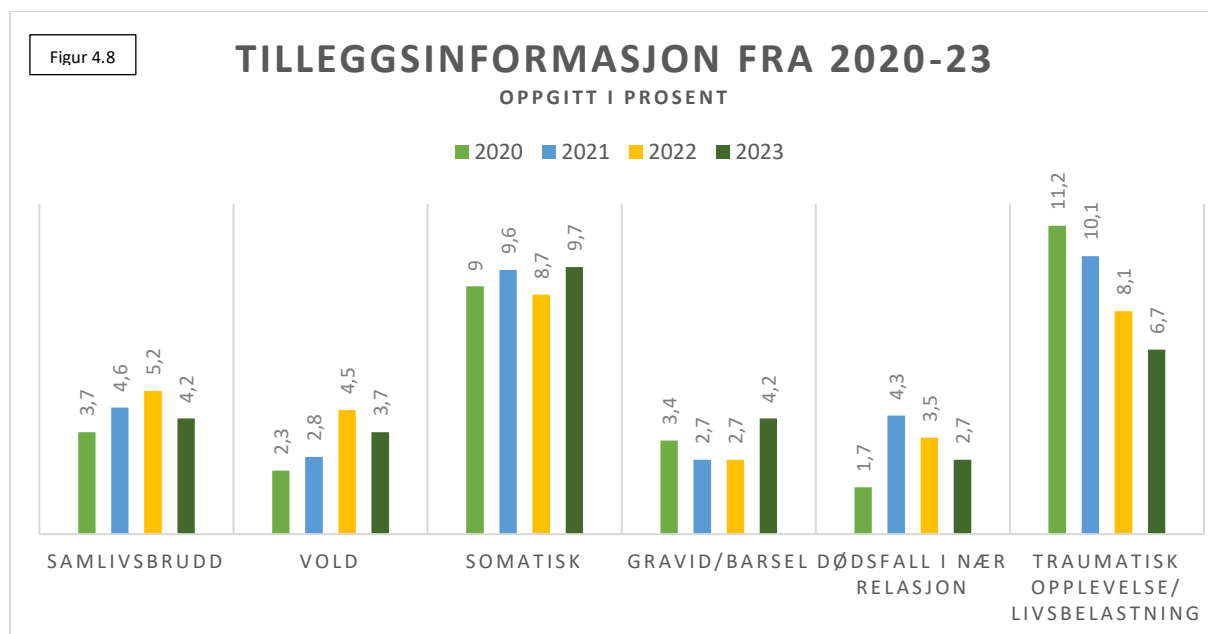
N:203 i 2020, N:232 i 2021, N:308 i 2022 og N:329 i 2023

Figur 4.7 viser at depresjon har økt fra 5 % fra 2020-23. Angst og angst/depresjon har holdt seg innenfor en 5 % variasjon. Det vi ser er at henvisningsårsak livskrise har en stor endring fra 2020 med 15,3 % til 2023 med 2,3 %.

4.6. Endring vedrørende tilleggsinformasjon fra 2020-23

4.6.1 Endring i tilleggsinformasjon inn til RPH fra 2020-23

Figur 4.8 viser utviklingen på den enkelte tilleggsinformasjon inn til RPH fra 2020-23. Det er oppgitt i prosent ut ifra de registrerte tilleggsopplysninger sett opp imot inn søkertallene.



N:1118

Registrerte samlivsbrudd: N:24 i 2020, N:38 2021, N:49 2022, N:44 2023

Registrerte utsatt for vold: N:15 2020, N:23 2021, N:42 2022, N: 39 2023

Registrert somatiske utfordringer: N:59 2020, N:80 2021, N:81 2022. N: 101 2023

Registrert gravid/ barselpermisjon: N:22 2020, N: 22 2021, N:25 2022. N:44 2023

Registrert dødsfall i nær relasjon: N:11 2020, N: 36 2021, N:33 2022. N:28 2023

Registrert traumatisk opplevelse/ livsbelastning: N:73 2020 N:84 2021, N:76 2022, N: 69 2023

I figur 4.8 vises det en oversikt over utviklingen av tilleggsinformasjonen over tid.

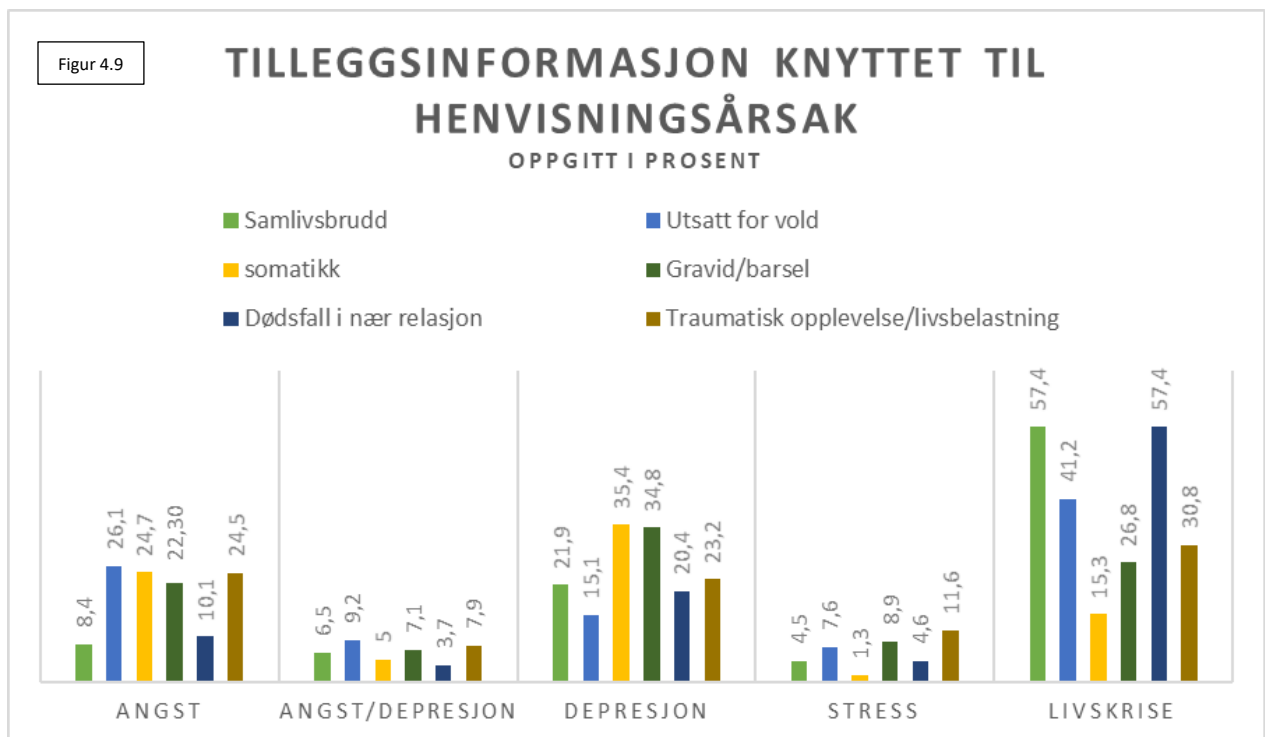
Sammenligner en 2020 mot 2023 ser en at det er en økning på tilleggsinformasjonen samlivsbrudd, vold i nær relasjon, gravid/barsel og dødsfall i nær relasjon i prosent, men ikke av en markant grad.

Det første som er fremtredende er den markante nedgangen i tilleggsinformasjonen «traumatisk opplevelse/ livsbelastninger». Det har hatt en kontinuerlig nedgang fra 2020-23.

Ser en på de konkrete tallene, fremstår forskjellen mindre markant. Fra 73 registrerte i 2020 til 69 i 2023. Somatikk, eller somatiske plager, viser seg å være prosentmessig stabil. Den viser til en økning i takt mellom antall henvisninger og somatikk som gjør at prosentandelen forblir mellom 8,7 % til 9,7 %. De konkrete tallene viser dog at det har vært en økning i fra 59 til 101 i antall som nesten er en fordobling.

4.6.2 Tilleggsinformasjon knyttet til henvisningsårsak

I figur 4.9 vises dem som er registrert med den enkelte tilleggsinformasjon. Andelen er oppgitt i prosent mot den enkelte henvisningsårsak. Søvn og utbrenthet er tatt bort grunnet for lavt antall registrerte.



N:1118

Registrerte samlivsbrudd: N:155

Registrerte utsatt for vold: N:119

Registrert somatiske utfordringer: N:321

Registrert gravid/ barselpermisjon: N:113

Registrert dødsfall i nær relasjon: N:108

Registrert traumatisk opplevelse/ livsbelastning: N:302

Figur 4.9 viser at de som søkes inn med stress og angst/ depresjon som henvisningsårsak, er registrert med lavest antall tilleggsinformasjon. 57,4 % av alle registrerte med samlivsbrudd og dødsfall i nær relasjon, opplever å ha en livskrise. 35,4 % av dem som har en somatisk lidelse, opplever depresjon. Det vi ser er, ut ifra N knyttet til den enkelte tilleggsinformasjon, er at somatikk (N:321) og traumatiske opplevelser/livsbelastninger (N:302) er de tilleggsopplysningene som er best brukt i en henvisning.

5.0 Diskusjon

Den overordna hensikten med oppgaven var å få en innsikt i hva det søkes hjelp til, vedrørende psykisk helsehjelp i RPH, Sandnes kommune. Forut før oppstart av studien kjente vi på at det hadde vært en endring i arbeidstilværelsen og økende belastning over tid, innad på vår avdeling. Det var ulike oppfatninger blant behandlerne om hva disse endringene var. Endringene førte til antagelser, men ingen håndfaste fakta som igjen førte til spekulasjoner.

I diskusjonskapittelet vil problemstillingen med forskningsspørsmålene besvares punktvis for å kunne belyse endringene. Overførbarheten, styrker og svakheter ved studiet, vil siden bli belyst. Diskusjonen bygger på de funnene som er presentert sett opp mot den data som allerede er innsamlet i Norge, relevant teori og tilbudet som gis ved avdeling RPH i Sandnes kommune.

5.1 Har det vært en endring i henvisninger inn til RPH i Sandnes kommune fra 2020-23, og eventuelt hvilke?

Dette vil bli besvart utfyllende ved hjelp av syv forskningsspørsmål, der de seks første er knyttet opp til konkrete tema om endring, og det siste vil belyse hvorvidt RPH, Sandnes kommune, gir ett tilbud som er i samsvar med endringene i henvisningene.

5.1.1 Har det skjedd en endring i antall henvisninger inn til RPH fra 2020-23?

Det kommer frem i våre funn, at det har vært en økning på hele 37,5 % i antall henvisninger til avdeling RPH i fra 2020-2023.

Ifølge folkehelse rapporten “Psykiske plager og lidelser hos voksne”, ser en at det, i fra 2010 til 2020, var en økning av henvisninger inn til primærhelsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2023a). Dette stemmer godt overens med de funnene vi har gjort, knyttet opp til økning i henvisninger. Årsaken til økningen kan være sammensatt. I samfunnet generelt har det vært stort fokus på åpenhet rundt psykisk helse, og utarbeidelsen av opptrappingsplanen “Åpenhet og helhet” fra 1999-2008, har bidratt til dette (Rolandsgard et. al., 2023). Lars Lien påpeker i et intervju med NRK at det ikke nødvendigvis kun er ensidig positivt at det er en økende åpenhet. Han sier at det er helt klart at denne åpenheten, som er i samfunnet nå, med stor sannsynlighet er med på å øke presset på helsetjenestene (Carlsen, 2024). Lien sier at det økende fokuset på psykiske lidelser og symptomtrykket til lidelsene på sosiale medier også medfører en smitteeffekt til dem som er lesere, og igjen gjør at de hurtigere tar kontakt med helsetjenester. Imidlertid viser rapporten “*Status etter opptrappingsplanen*” at engasjementet knyttet til egen psykisk helse har vært i nedgang selv om økningen rundt psykisk helse generelt har økt (Blåka, 2012, s. 72). Likevel er det rimelig å anta at disse mekanismene kan være bidragsyttere til økningen i henvisninger inn til RPHA som studien vår viser.

Det at det er satt inn fokus på lavterskeltilbud kan også være en medvirkende årsak til økning i henvisninger inn til RPH i Sandnes kommune. Sandnes har hatt fokus på å ha ett fleksibelt, lett tilgjengelig tilbud med fokus på kvalitet både i tjenestetildeling og oppfølging ut til Sandnes sine innbyggere (Sandnes kommune, 2017, s. 53). Dette vises igjen i perioden 2018-21, der antall henvisninger til Mestringsenheten, psykiske helsetjenester økte fra ca. 1000 til 2650 (Sandnes kommune, 2023a).

Foruten om dette kan en anta at tilgjengeligheten for informasjon, om det psykiske helsetjenestetilbudet i kommunen, er blitt lettere tilgjengelig med tanke på den teknologiske utviklingen i samfunnet, men på samme tid så kan en lure på om informasjonen faktisk er blitt mer tilgjengelig da en i større grad må ha teknologisk kunnskap og beherske norsk. Dette kan gjøre det vanskelig for dem som har norsk som annen språk og den eldre generasjonen da en må vite hva en skal søke etter på internett. RPH skal være ett lett tilgjengelig tilbud, men en kan lure på om det i større grad fremstår lettere tilgjengelig enn hva det egentlig er. På samme

tid viser økningen i antall henvisninger, at RPH er tilgjengelig men hvorvidt det er tilstrekkelig kan en stille seg spørsmål ved.

Den største økningen i henvisninger var mellom 2020-21, og det kan være rimelig å anta at det kan ha en sammenheng med Covid-19- pandemien. Det vi dog ser er at stigningen ikke har, i betydelig grad, sunket i etterkant. I folkehelse rapporten "*folkehelsen etter Covid- 19*" kommer det frem at det er å forvente en liten økning av henvisninger vedrørende psykisk helse, i etterkant av innstramninger relatert til smitteverntiltak i samfunnet. Det viser dog at det er lite som tyder på en forverring i befolkningens psykiske helse i etterkant (Vedaa et. Al., 2021). Når vi registrerte våre data, observerte vi at det var få tilfeller med Covid-19 relatert problematikk knyttet til tilleggsopplysningene. Covid-19 ble dermed utelatt som en egen variabel i den endelige analysen av tallene. Det vi dog ikke vet er om andre tilleggsopplysninger er knyttet til Covid-19 pandemien, for eksempel om det var flere som er ble utsatt for vold under pandemien, eller var det flere skilsmisser på grunn av pandemien.

Det kan være flere årsaker til at økningen skjedde. Det vi vet håndfast er at det er en økning som vi må forholde oss til.

5.1.2 Er det en endring i hvilke aldersgrupper som søker hjelp i perioden 2020-23?

I de presenterte funnene, for perioden 2020-23, ser en at flertallet av henvisningene, som er registrert, er i fra personer i alderen 18-47 år. Aldersgruppen fra 28-37 år er den aldersgruppen med gjennomsnittlig høyest prosentandel pr. enkelt år og sammenlagt. I motsetning til dette, viser folkehelseundersøkelsen i Rogaland fra 2020 at unge personer, 18-29 år, var gruppen med høyest symptomtrykk knyttet til psykiske plager (Sandnes kommune-Lovverk og kilder, 2023). Dette samsvarer likevel delvis med våre funn som viser at i 2020, var antallet henvisninger høyest for aldersgruppene 18-27 og 28-37 år – disse hadde lik prosentandel. Dette sammenfaller med funnene gjort i folkeundersøkelsen i Rogaland og gjøre funnene våre sammenlignbare, eller en videreføring av folkeundersøkelsens funn.

I funn fra vår studie ser vi dog at den yngste aldersgruppen, 18-27 år har et synkende henvisningstall som kan indikere at den gitte gruppen viser til at de tar mindre kontakt. En kan lure på om den yngste aldersgruppen er i minskende behov for hjelp, eller om det er RPH Sandnes kommune, som ikke når frem med informasjon eller målrettede tiltak. En annen forklaring kan være at terskelen hos enkeltpersoner for å komme i kontakt med psykiske helsetjenester er for lav. Lars Lien sier derimot at dette med sosiale media og dens fokus på psykisk helse gjør oss sykere, spesielt de unge. Han sier også at ordlyden de unge bruker i dag

for å beskrive tristhet og frykt er begreper som angst og depresjon som igjen sykeliggjør normale livsutfordringer. (Carlsen, 2024). På samme tid kommer det frem fra Sara Blåka sin undersøkelse “Status etter opptrappingsplanen” at de yngste er de som har størst vansker med åpenhet rundt egen psykiske helse, dette i motsetning til de eldre (Blåka, 2012, s.75).

Det kan stilles spørsmål om de mellom 18 og 27 år sitt behov for psykisk helsehjelp ikke nødvendigvis gjenspeiles i våre funn da det er en reduksjon av henvisninger i denne gruppen. Det på grunnlag i at de yngre muligens har en mindre åpenhet i direkte dialog med andre, som Blåka påpeker. Ser en det i tillegg opp mot Lien sin uttalelse om sosiale mediers påvirkning på selvdagnostisering, så er det muligens ikke et resultat som er representativt. Men på samme tid så viser våre funn i studien at det er en reduksjon på henvisninger som igjen kan bety at de ikke er i økende behov for hjelp.

En annen forklaring kan være at den gitte gruppen i større grad, blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Da grunnet mer alvorlige psykiske vansker. Ser en igjen på tall som vises i folkehelse rapporten “*Psykiske plager og lidelser hos voksne*”, fremkommer det ingen markant økning med henvisninger til spesialisthelsetjenesten i perioden 2010-2020 (Folkehelseinstituttet, 2023a).

Ut ifra SHoT undersøkelsen publisert i 2023, kan en på samme tid se at aldersgruppen mellom 18-35 år, med symptomtrykk for moderate psykiske plager, har sunket siden 2021. Den hadde dog en topp det gitte året, men nivået fra 2018, sammenlignet med 2022, har sunket. Samtidig ser en at det mer alvorlige symptomtrykket er i økning, selv om det sank fra 2021-2022, er det økt fra de forrige årene ved SHoT undersøkelsen (Sivertsen & Johansen. 2022). Da det ikke foreligger tall i vår analyse fra 2018, så vet vi at perioden mellom 2020-22, i våre funn, viser til en nedgang i aldersgruppen 18-27 år og er stabil i aldersgruppen 28-37 år.

På den ene siden så er tallene på SHoT undersøkelsen basert på selvrapporing i form av spørreskjema (Sivertsen & Johansen. 2022), mens våre tall er basert på henvisninger skrevet med egne ord av den gitte henviser til RPH i Sandnes. En kan med dette stille seg undrende om hvorvidt tallene er sammenlignbare. På samme tid så er henvisninger også en form for selvrapporing men uten standardiserte spørsmål som kan være ledende. Ved å sende en egensøknad vil en i større grad kunne skrive hva som er vanskelig med egne ord, eller ved hjelp av ett helsepersonell der en ikke vil kunne krysse av på symptomer.

Samtidig som at vi ser at den yngste aldersgruppen har synkende antall henvisninger inn til RPH, så ser vi at aldergruppen 68+ parallelt også går ned i antall henvisninger inn. Det kan

være en mulighet at de eldre klarer seg bedre på egenhånd. Det er mulig at det er en nedgang i antall henvisninger blant de eldre da mer og mer av informasjonsflyten vedrørende helsetjenester skjer på internett baserte kanaler. Kan det være nærliggende å tro at man kan si det om den yngste aldersgruppen også? Blåka skriver dog at “*Unge og folk uten kjennskap til psykisk sykdom synes i størst grad at betydningen av psykiske problemer er overdrevet*” (Blåka 2012, s.75). På samme tid er det mulig at alder og livserfaring kan forme ens holdninger til hjelpebehovet knyttet til psykiske plager. En kan og si at jo eldre en er, desto større sjanse er det for at en har opplevd psykiske plager i løpet av livet som kan gjøre en mer rustet for nyoppståtte plager.

5.1.3 Er det en forskjell i kjønnsfordelingen inn til RPH fra 2020-23?

Det vi ser ut ifra våre funn, er at fordelingen mellom menn og kvinner har vært stabilt. Gjennomgående i tidsperioden, har kjønnsfordelingen på henvisningene vært 70% kvinner og 30% menn. Selv om vi ikke har konkrete sammenlignbare tall på denne prosentandelen, så gjenspeiler det seg og i samfunnet ved at kvinner rapporterer et høyere symptomtrykk enn menn knyttet til psykiske plager, som igjen gjør at en kan anta at kvinner lettere søker hjelp. I Folkehelse rapporten fra 2023 står det skrevet at ca. 40 % av alle kvinnelige studenter rapporterer om psykiske plager, men hos menn er det ca. 24 % (Folkehelse rapporten, 2023). På samme tid kan en stille spørsmål om menn har mindre psykiske plager enn kvinner. Ifølge SSB sin levekårsundersøkelse i 2020, kom det frem at det har vært en økning blant unge kvinners psykiske plager i alderen 25-44 år 10-16 % i fra 2015 til 2019, men hos menn var økningen svak (Folkehelseinstituttet 2023a). Resultatet fra doktorgraden til Sara Blom beskriver på samme tid at menn mangler kunnskap om psykiske helse og eget behov for hjelp, som igjen fører til at de ikke tar kontakt for hjelp. Hun har kommet frem til at kjønnsfordelingen, inn til psykisk helsehjelp, er delt. Det vil si at kvinner har i større grad enn menn lettere for å ta kontakt med psykisk helsetjenester, og opplever det mindre stigmatiserende å oppsøke hjelp (Blom, 2022).

Det kan være verdt å vurdere om det er tiltak som kan gjøres for å minske forskjellen mellom menn og kvinner.

5.1.4 Er det en endring i henvisningsårsak inn til RPH fra 2020-23?

Ut ifra funnene våre så har vi sett en endring i samtlige av henvisningsårsakene knyttet til henvisningene i perioden 2020-23. De mest brukte henvisningsårsakene har vært, angst eller depresjon som samsvarer med målgruppen inn til RPH (NAPHA, 2022, s.17). I rapporten

“*Psykisk helse i Norge*” i fra 2018, oppgis det at angst og depresjon er blant de tre sykdommene som gir mest helsetap i Norge og utgjør en fare for folkehelsen (Reneflot et al., 2018). Dette er med på å underbygge behovet for hjelp knyttet til angst og depresjon. Samtidig så har vi i våre funn sett en oppgang i antall henvisninger med depresjon, som underbygger viktigheten med fokus på depresjonsarbeid, men en nedgang i antall henvisninger med angst.

I motsetning til våre funn, viser HUNT undersøkelsen at antallet personer med selvrapportert angst, i aldersgruppen 20-69 år har økt både for kvinner og menn i fra 1995 til 2019. Depresjon derimot, viser seg kun å ha en oppgang blant menn og kvinner i alderen 20-39 år, men en nedgang i fra 50 til 79 år (Folkehelseinstituttet, 2023a). Det er imidlertid usikkert hvorvidt disse tallene uten videre kan sammenlignes, siden de er tall i fra forskjellige tidsperioder. Samtidig så har HUNT undersøkelsen vist til en kontinuerlig økning i angst i nesten 20 år, både for menn og kvinner i de fleste aldersgrupper.

En annen viktig faktor er at, dersom en ser angst eller depresjon sammenlagt med henvisningsårsaken angst/depresjon, så viser det seg at komorbiditeten ikke vil gjøre den store endringen for oppgang i henvisninger med enten angst eller depresjon om det legges sammen prosentmessig. Angst vil fremdeles være synkende mens depresjon vil vise til en stabil kurve. Dette grunnet at henvisningsårsaken, angst/depresjon, også er synkende fra år 2020-23.

Det kan vekke spørsmål om det er en økt alvorlighetsgrad i henvisningene, eller forholder henviser seg til henvisningsårsaks-ordene ulikt gjennom tidsrommet 2020-23. Det vi kan se i funnene er at det har vært en økning i henvisningsårsak stress med ca. 10% i samme periode, samt en nedgang i livskriser på nesten 10%. På samme tid så vet vi at livskriser kan utvikle seg til både depresjon og angst om den ikke blir forholdt seg til (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021). Et annet spørsmål en kan stille seg er hvorfor livskriser var høyt i utgangspunktet i 2020, da livskriser er noe vi alle går igjennom i livet i større eller mindre grad. Legevakthåndboka oppgir at, hvis en tidligere i livet har kjent på manglende sosial støtte, anerkjennelse, unnvikende mestringsstrategier, sterke psykiske relasjoner på hendelser og lignende, så vil det være vanskelig å takle en livskrise på egenhånd (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021).

En kan undre seg om økning i antall henvisninger med livskriser kan ha en sammenheng med hvordan livskriser ble tålt under pandemien i 2020-22. På samme tid, som vist til tidligere, ble det ikke bemerket en økning med Covid-19 relaterte henvisninger inn til RPH, men kanskje de

fikk en annen forkledning? I den sammenheng kan en lure på hvorfor antall henvisninger som angir stress som henvisningsårsak har økt og om stress er blitt det nye ordet som brukes for livskriser.

Samtidig så vil en se flere av de samme symptomene ved livskrise, stress, angst og depresjon. Som blant annet kroppslig ubehag, tristhet og sorg (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021). Stress oppstår når det er en ubalanse mellom det en oppfatter av egne ressurser og evne til å håndtere det som oppfattes som ytre krav (Børsting Jacobsen & Jacobsen, 2017), og livskrise er at det skjer hendelser som en ikke alltid har mestringsstrategier for å håndtere (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021).

Stress er egentlig en god kilde til å gi en ekstra krefter i et kortidsintervall, som Børsting Jacobsen & Jacobsen omtaler som positivt stress. I dagligtalen omtales stress, i hovedsak, som noe negativt, som for eksempel, tidspress eller annet ubehag (Børsting Jacobsen & Jacobsen, 2017). Kan det hende at denne opplevde stressopplevelsen har tatt over for den kroppslige reaksjonen som skjer under en livskrise? Kan en annen faktor være om det medisinske uttrykket stress og stress i dagligtalen i større grad har begynt å gli over i hverandre (Børsting Jacobsen & Jacobsen, 2017)? På den andre side, kan det hende at henvisningene inn til RPH er mer ensrettede mot den psykiske plagen enn hva HUNT undersøkelsen fanger opp? Da med tanke på at symptomene på angst, stress og livskriser kan være såpass likt og at HUNT undersøkelsen er en selvrapporterings undersøkelse. Kan det være slik at måten henvisningene har blitt skrevet på, har ført til at inntaksteamet i større grad klarer å skille angst, livskriser og stress? En annen mulig forklaring kan være den faglige kompetansen hos RPHs inntaksteam.

En av de henvisningsårsakene som ikke har blitt nevnt, er henvisningsårsaken søvn. Det virker overraskende hvorfor det er så få som er henvist med søvn som henvisningsårsak. Det vi vet, ut ifra Holsten ved Helse Bergen, er at søvnvansker er et vanlig symptom blant de fleste psykiske lidelser som angst, depresjon, livskriser og stress. Det han også sier er at søvn ofte blir sett på som et sekundært problem som vil bli bedret ved behandling av selve den psykiske lidelsen (Holsten, 2021). En mulig forklaring på få tall, er innregistreringen av data i SPSS, der det ble gjort ett skille mellom rene søvnvansker og psykiske vansker. Dette samsvarer med det Holsten skriver om komorbiditet. Han sier at det anbefales å se på psykiske lidelser og søvn som to forskjellige behandlingsforløp (Holsten, 2021). Likevel så betyr ikke dette at søvn ikke har en plass i behandlingsrommet i RPH i Sandnes, men at det

må kanskje få ett større fokus da vi muligens i større grad fokuserer på de psykiske plagene som angst og depresjon. Samtidig så vet vi at søvn kan bli bedre om en har fokus på å minske symptomene på angst og depresjon.

5.1.5 Er det en endring i henvisningsårsak fordelt på kjønn fra 2020-23?

I forhold til fordelingen mellom kjønn innen henvisningsårsaker, ser en, for både for kvinner og menn, at det er angst og depresjon som er hoved henvisningsårsak. Ser en den innsamlede data samlet sett, er fordelingen relativt lik mellom angst og depresjon for kvinner, men hos menn er det en betraktelig høyere andel som er henvist med depresjon.

Fordelingen i våre funn baserer seg på tidsperioden 2020-23 og at det er en nedgang hos kvinner som har angst. Dette står i motsetning til funnene som presenteres i HUNT undersøkelsen (Folkehelseinstituttet, 2023a). Er det slik at kvinner har mindre angst nå enn tidligere, eller er det som nevnt i kapittel 5.1.4, at ordlyden i henvisningene er av betydning, som vil si at angstnivået er i økning, men at det i større grad vises gjennom stress.

Det vi vet, ut ifra våre funn, er at menn ikke tar kontakt i samme grad med livskriser og stress, som kvinner. For menn har livskriser sunket betraktelig med 15,3% i 2020 til 2,3% i 2023. Kan dette knyttes opp til det Sara Blom skriver om at menn ikke vet når de har det vanskelig i samme grad som kvinner (Blom, 2022)? En kan anta at det er det som gjenspeiler seg i nedgangen livskriser for menn fra 2020-23. På samme tid, kan en stille seg undrende til om menn enten sitter inne med mindre kunnskap om psykisk helse nå enn før (Blom, 2022) eller, kan det være en ukjent faktor vi ikke har fått tak i. Kanskje menn må ha sterkere symptomer for å registrere at en er i behov for hjelp, enn kvinner. Var det dermed mer akseptert for menn og ta kontakt med RPH under Covid –19 vedørende livskriser, da en kan anta at flere hadde det vanskelig grunnet samfunnets restriksjoner (Vedaa et al., 2021).

For kvinner ser en dog at livskriser har sunket, men ikke like betraktelig som for menn. For kvinner ser en i større grad at henvisningsårsaken stress har hatt en markant økning, på over 10% fra 2020-23. En kan en kan stille seg spørsmål om kvinner opplever mer stress enn menn eller om da menn ikke i samme grad som kvinner oppfatter eget behov for psykisk helsehjelp og at psykisk helse blir i større grad stigmatisert av menn (Blom, 2022). Kan dette føre til at det er lettere for kvinner å ta kontakt for psykisk helsehjelp på et tidligere stadium? Det vi vet

er at stress og livskriser kan utvikle seg til angst og depresjon (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin 2021).

5.1.6 Er det en endring i tilleggsinformasjon inn til RPH fra 2020-23?

I tilleggsinformasjonen kommer det frem at samlivsbrudd, utsatt for vold, somatikk, dødsfall i nær relasjon og gravid/barsel har holdt seg stabilt, da det ikke fremkommer store variasjoner fra 2020-23. Vår studie viser at, antallet henvisninger registrerte med somatiske vansker som tilleggsinformasjon er stabilt, på ca. 10 %, noe som vi anser som relativt høyt sett ut i fra utgangspunktet ved oppstart av studien. Dette vekket vår nysgjerrighet, ettersom somatikk ikke har vært ett fokusområde i RPH Sandnes. Vi er klar over at somatiske lidelse kan være en belastning, og kan henge tett sammen med psykisk lidelse. Stein Opjordsmoen Iler nevner at en ofte kan se en sammenheng mellom somatiske lidelser og særdeles depresjon. Det nevnes blant annet at det er en økt risiko for depresjon ved hjerte- kar sykdommer, kronisk smerteproblematikk, autoimmune sykdommer, med mer (Iler, 2012). Det vi ser er at flertallet av dem med somatiske vansker, blir henvist inn med henvisningsårsaken angst eller depresjon. En blir nysgjerrig på hvorfor denne problematikken ikke blir håndtert av den instansen som først er i kontakt med den som har somatiske vansker. Er det slik at deres fokus på psykisk helse havner i kjølvannet for det somatiske? Kan det hende at angst og depresjon blir utviklet i større grad etter at de er blitt ferdigbehandlet somatisk, og ikke lengre er i kontakt med behandlingsapparatet, eller er det slik at helsevesenet ikke tenker helhetlig nok på menneskets behov i møte med helseapparatet. I følge Liv Bjørnhaug Johansen, i sin kommentar i Sykepleien er pasienter med psykiske lidelser innad i somatikken sett på som «vanskelige pasienter». Hun sier videre at når listen over diagnoser blir lang, er det lettere å ikke ta de psykiske plagene like fullt på alvor. På samme tid så viser hun til at komorbiditet ikke er tilfeldig og at alle aspekter ved ett menneske henger sammen (Johansen, 2021).

Vedrørende samlivsbrudd, dødsfall i nær relasjon og gravid/ barsel ser vi på det som naturlig at det er en forhøyet andel med tilleggsinformasjon tilknyttet livskriser. Dette grunnet at dette beskrives som livskriser. Samtidig ser vi at variabelen utsatt for vold har sin høyeste andel i livskrise. Hvorvidt dette er en livskrise eller om det er en krise som muligens burde blitt behandlet som et traume, kan en undre seg over. Har en blitt utsatt for vold tidligere, for så å oppleve en livskrise så nevnes det at, hvis en har blitt utsatt for tidligere traumer, så kan toleransen for å tåle nye livspåkjenninger oppleves mer krevende, enn om traumet ville ha

stått alene (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021). Som vil si at grunnlaget for livskrisen ikke er volden en har blitt utsatt for, men livskrisen i seg selv.

I motsetning til de ulike tilleggsopplysningene nevnt over der forekomsten var stabil, så vi en nedgang i traumatiske opplevelser og livsbelastninger, fra 11,2% i 2020 til 6,7% i 2023. Det er denne gruppen som har hatt størst endring, uten at vi kan forklare hvorfor. Det er mulig at de tar kontakt med andre instanser eller at det har skjedd en endring i henvisningens ordlyd. Traumatiske hendelser eller livsbelastning kan eventuelt ha mindre betydning når en tar kontakt, eller blir henvist til RPH. Dette kan også sees som en refleksjon av virkeligheten, gitt at samfunnet har vært påvirket av en pandemi og krig i perioden 2020-23.

5.2 Står tilbudet i RPH, Sandnes kommune, i samsvar med endringene som kommer frem i funn?

Tilbudet som gis ved RPH i Sandnes har vært i utvikling i perioden fra 2020-23. Fokuset har vært å være ett fleksibelt og lett tilgjengelig tilbud (Sandnes kommune, 2017, s. 53), samtidig tilby kurs og behandling etter opplevd behov. I denne perioden har RPH i Sandnes kommune økt antallet ansatte med to nye fulltidsansatte på grunn av den økende mengde med henvisninger. Hvorvidt denne økningen er stor nok i forhold til antall mottatte henvisninger er utfordrende å vurdere, da det er vanskelig å kunne måle hva som er riktig mengde ansatte basert på økning av henvisninger.

Til tross for økningen i antall henvisninger, kan det være usikkert om tilbudet ved RPH i Sandnes kommune er så etterspurt som antallet nye henvisninger tyder på. Da med tanke på at den synker i antall henvisninger fra de yngste og eldste som er henvist. En forklaring kan være at vår informasjonsflyt ikke har nådd de spesifikke aldersgruppene. Kanskje kan det ha en sammenheng med endringen Blåka skriver om, ved at yngre er mindre åpen om egen psykisk helse og dermed ikke tar kontakt for å få hjelp. På samme side, så sies det jo det motsatte om de eldre vedrørende åpenhet (Blåka 2012, 72-73). Samtidig så må man stille seg spørsmålet om fokus på åpenhet om egen psykisk helse, til den enkelte innbygger i Sandnes, er RPH sitt ansvar. Da med tanke på at RPH i Sandnes sitt fokusområde er at vi skal være synlige utad, være lett tilgjengelige og fleksible (Sandnes kommune, 2017, s. 53). Med dette kan en undre seg over om de som ikke tar kontakt med RPH tilhører en annen målgruppe, da

RPH sin målgruppe er for dem, som av egen motivasjon og funksjonsnivå, klarer å opprette kontakt med tilbudet.

I henhold til kjønn ser vi i våre funn er at det har vært stabilt i kjønnsfordelingen blant kvinner og menn i perioden 2020-23. Det som en kan lure på er hvorfor det kun er 30% menn blant henvisningene samtlige år.

Som, ved ansvar for åpenhet om egen psykisk helse, er det RPH i Sandnes sitt ansvar å få flere menn inn i behandling? Ettersom det handler om egen drivkraft for å kunne benytte og nyttiggjøre seg av RPH sitt behandlingstilbud, samt ha evnen til å ta kontakt med ett lavterskeltilbud (Jacobsen, 2023). Ifølge SSB sin levekårsundersøkelse i 2020, kom det frem at hos menn var økningen av psykiske plager svak (Folkehelseinstituttet 2023a). Denne kan henge i sammen med at menn ikke, i samme grad som kvinner, gjenkjenner når det er behov for hjelp (Blom 2022). Det kan være spørsmål om dette kan være et aspekt som vil forandre seg da de tiltakene som har blitt iverksatt siden slutten av 1990 ikke viser til å ha påvirket kjønnsfordelingen inn til psykisk helsetjenester.

Så, står RPH i Sandnes sitt tilbud i samsvar med endringene i henvisningsårsakene? Selve henvisningsårsakene dekker RPH med sitt tilbud, med den faglige kompetansen hos de ansatte. For å kunne etablere et RPH- team så er det et krav om høy faglig kompetanse (Jacobsen, 2023). Dette vises igjen hos RPH i Sandnes på de ansattes utdannelsesnivå. Det kan være usikkert hvorvidt den faglige kunnskapen som er tilstede ved RPH, dekker det som kommer frem i tilleggsinformasjonen knyttet til henvisningsårsakene. På den ene siden kan en si ja, da flere av tilleggsopplysningene dekkes under livskriser, som dødsfall i nær relasjon, samlivsbrudd o.l. (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021). På den andre siden så kan en undre seg over om en skal ha behandling for dette og ikke krisehjelp. Kan en tenke seg at livskriser ikke “hører hjemme” i RPH som driver med behandling? Derimot så sies det at livskriser vil kunne utvikle seg til angst eller depresjon (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021). Samt at de som ofte oppsøker hjelp knyttet til livskriser, kan ha tidligere traumer, tidligere psykiske problemer, manglende sosial støtte og unnvikende mestringsstrategier, med mer (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021).

En annen mulig vinkling kan være at RPH kanskje burde ha et større fokus på traumatiske hendelser. Ved å ha fokus på traumatiske hendelser kan en forebygge ytterligere kontakt med RPH da en vet at de som søkes inn med livskriser kan ha tidligere traumer (Nasjonalt

kompetansesenter for legevaktmedisin, 2021). Imidlertid så ser vi at det har vært en reduksjon i antall henvisninger med livskrise som henvisningsårsak noe som kan indikere at tilbudet ved RPH samsvarer med det som etterspørres.

Samtidig kan det være spørsmål om RPH er for metodespesifikke, da kognitiv terapi som metode i behandling, i hovedsak retter seg mot angst, søvnevansker og depresjon (Jacobsen, 2023). På den ene siden kan en tenke at en ikke nødvendigvis skal ta høyde for å ha fokus på tilleggsproblematikken, men kun symptomene på den enkelte henvisningsårsak. På den andre siden er hensikten å gi et helhetlig og fleksibelt tilbud som Sandnes kommune ønsker at RPH skal gi. I stortingsmeldingen nr. 63 1997-98, ble det påpekt at det kommunale tjenestetilbudet hadde for høy terskel samt at det var for svakt (St.prp.nr. 63, (1997-98)). En kan undre seg over om det i dag har snudd den andre veien og at RPH har gjort det for lett for innbyggere i Sandnes å ta kontakt. Derimot har fokuset på landsbasis vært, å få folk til å åpne seg om sine psykiske vansker (Rolandsgard et al., 2023). Er det en mulig forklaring kan være at Sandnes kommune har lyktes med å få innbyggere til å være åpne rundt egen psykisk helse. Som igjen samstemmer med det Blom sier om terskelen for å ta kontakt med psykisk helsehjelp (Blom, 2022).

Et av funnene som kom frem i tilleggsopplysningene var en høy andel med somatikk, - ca. 10 % pr år. Selv om RPH er et tilbud knyttet til psykisk helse, kan en spørre seg om dette er noe som må tas tak i. På den ene siden så vet vi at somatikk og psykisk helse kan henge sammen (Iler, 2021). Dette kan igjen få en til å undre seg om det burde være et tilbud som gis innad i psykisk helse. På den andre siden så gis det hjelp for de psykiske plagene, selv om innbyggeren har somatiske plager, som kanskje kan gjøre det lettere å håndtere det somatiske. Muligens det kan være andre relevante perspektiver, som for eksempel om det er nok psykisk helsefokus inn i somatikken, som igjen kunne medført at de ikke hadde hatt behov for RPH men fått dekket det psykiske helsebehovet under somatisk behandling.

5.3 Diskusjon av metode

I dette kapittelet vil vi gå inn på studiens validitet og reliabilitet. Vi vil siden gå inn på begrensninger, styrker og svakheter ved studien samt Implikasjoner for videre praksis og forskning.

5.3.1 Dataenes reliabilitet

Her vil vi gå inn på påliteligheten på hvordan dataen er innsamlet. Dette gjøres ved å drøfte både å se på hvorvidt at rette opplysninger er gitt, og hvis andre hadde gått igjennom samme datamateriale, hvorvidt ville samme resultat ha vist seg. I forhold til behandling av dataen har vi gått igjennom hver enkelt sak fordelt til RPH, der vi begge har vært enige i utfallet av henvisningsårsak. På samme tid, har det oppstått uenigheter, har det blitt diskutert med en påfølgende enighet om ent resultat. På samme tid så jobber vi på samme sted, har samme faglige bakgrunn og erfaringer, og kan dermed lettere for å tolke informasjonen på samme måte. Dette kan både være positivt og negativt i form at vi er samkjørt kunnskapsmessig, men samtidig så kan vi ha vært blendet av samme tenkning av denne grunn. Dette kan føre til at vi potensielt kan gå glipp av nyanser. Informasjonen er i tillegg andre eller tredjehånds informasjonstolkning. Dette vil si, innbygger forteller sitt lidelsesuttrykk til den som skriftlig henviser til RPH, for så at den skiftelige informasjonen på ny, blir tolket av inntaksteamet. Informasjonen blir igjen tolket av oss som skriver studien under registrering av data. Skjer informasjonsflyten ved en elektronisk egensøknad der innbygger selv skriver søknadsteksten, vil i noen tilfeller, informasjons innholdet være mer mangelfullt enn ved hjelp av en ekstern henviser med helsefaglig kunnskap. Informasjonen vil også her bli tolket, men henvisningen kan en anta at inneholder mindre informasjon, enn om ett helsepersonell hadde innhentet opplysningene. Informasjonen vil alltid være farget av mottaker av informasjon, men det er her vi tenker at profesjonalitet og profesjon er en sikkerhet knytte til riktig informasjonsflyt.

Det er viktig å ha i tanke at informasjonen i alle henvisninger inn til RPH i Sandnes, er tolket av både den som mottar henvisningene og den som har de psykiske helseplagene. Det som blir sagt av en innbygger, er ikke nødvendigvis det som innbygger er i behov av behandling for. Dette kan være grunnet manglende kunnskap om begreper som brukes, for å forklare sine psykiske helseutfordringer er normalisert innad i helsevesenet.

Konsekvensen for relabiliteten er, at en ikke ved en stor sikkerhet, kan si at hoved henvisnings årsaken er grunnlaget for behandling, men det er en indikasjon på hva som er de psykiske helseplagene.

Hadde vi derimot vi undersøker behandlingsårsak, så kan en anta at resultatet kunne ha blitt annerledes enn ved å se på henvisningsårsak. Da ville en muligens fått en enda mer detaljert studie på hva den enkelte innbygger i Sandnes ønsker hjelp med. Dessuten er ikke formålet med studiet å finne svaret på hva innbyggerens behandlingsforløp er, men hva som er henvisningsårsak som gir grunnlag for behandlingsforløpet. Vi må uansett alltid ta hensyn til

henvisningsårsak i møte med innbygger da dette danner grunnlaget for behandlingstilbudet. Skulle en tatt utgangspunkt i hva som blir behandlet og sies i behandlingsrommet, ville det dog ha ført til en større etisk diskusjon i form av anonymitet og omfanget av studien. Dette ville igjen ført til at vi måtte tatt et utvalg som ikke nødvendigvis ville vært like representativt eller gitt oss svar på vår problemstilling som går direkte på henvisningsårsak.

5.3.2 Dataenes begrepsvaliditet

Dataens begrepsvaliditet omhandler hvorvidt det er en sammenheng mellom teoretiske begreper og operasjonelle definisjoner. Men andre ord kan vi si at det handler om å finne ut om vi måler det vi ønsker å måle (Johannessen et.al., 2021 s. 44).

Dataene som vi valgte å samle inn vil vi si er relevant for vår forskning. Det var ut i fra datamaterialet at problemstillingen ble utformet da det var dataen vi var nysgjerrig på å finne mer ut om. Dataen vi hadde tilgang til var ikke forsket på tidligere. Den var delt inn i variabler, med gitte verdier, foruten om selve henvisningsårsaken. Henvisningene knyttet til henvisningsårsak er forskjellig fra henviser til henviser da det ikke er en spesifikk mal som brukes som søm søknadsskjema. Ut i fra den informasjonen vi satt med under og etter analysen av datamaterialet, vil vi si at validiteten var høy fordi på begrepene samsvarer med de operasjonelle definisjonene som er brukt.

5.3.3 Dataenes eksterne validitet

Vi har 3464 henvisninger som grunnlag for vår data. Det er i tillegg 399 som ikke er med i studiet grunnet manglende informasjon om henvisningsårsak. Disse utgjør alle henvisningene fordelt til RPH i perioden 01.01.20- 31.12.23. Dette vil si at vi har 90% av alle henvisningene inn til RPH Sandnes med inn i studiet. Vi har valgt å fokusere på hele populasjonen for å for å få et så nøyaktig svar som mulig. I tillegg ved å ha et konkret datamateriale kan det brukes av andre i eventuell senere forskning. Ved å ha hele populasjonen vil en i tillegg vil forhindre en seleksjonsskjevhet. Vi har med dette valgt å ikke generalisere. Det er på samme tid vanskelig å generalisere når RPH team i Norge er drevet forskjellig fra kommune til kommune. Til tross for at våre resultater ikke nødvendigvis kan generaliseres, kan de tjene som en sammenligningsgrunnlag for andre kommuner som driver RPH-team i deres videreutvikling av egne tjenester.

5.3.4 Studiens styrker og svakheter

Den største styrken ved vårt studie, er at vi har med hele populasjonen. Vi har ikke brukt noen form for seleksjonsmetoder som gjør at vi har mer konkrete tall å se ut ifra. Det er også en styrke at vi har en avstand til den enkelte innbygger som igjen fører til en nøytralitet til datamaterialet.

En svakhet kan være at siden henvisningene er skrevet av ulike henvisere med forskjellig bakgrunn knytte til kunnskap om psykisk helse, kan betydningen av symptombeskrivelsen fremkomme med ulik eller misvisende alvorlighetsgrad. Informasjonen tolkes av et inntaksteam som gjennomgår henvisningenes innhold og alvorlighetsgrad, og fordeler henvisningen til vurdert avdeling ut i fra innhold i henvisningene. Det kan bety at noen av henvisningene, av ukjent antall, ikke nødvendigvis er inn under RPH sin målgruppe. En annen svakhet er at vi ikke vet om en innbygger har flere henvisninger innad i studien, så vi kan ikke si at det er 3464 enkelt individer, som kan skape en mulig form for feilinformasjon om antall personer som har psykiske vansker i Sandnes kommune. På samme tid om det er en innbygger som har utfordringer med psykiske vansker så er det ett individ som er i behov av hjelp. Det er det samme om det er det samme individet flere ganger eller om det er ulike personer. Sandnes kommune vil allikevel måtte gi samme tjenestetilbudet om det er forskjellige innbyggere eller gjengangere.

6.0 Konklusjon

Funn sett opp mot problemstilling:

Funnene fra denne studien tyder på at det har vært en endring i henvisningene. Endringen har vært at vi har hatt en økning på antall henvisninger, samtidig som at innholdet i henvisningene har vist en endring i perioden 2020-23.

Før vi startet oppgaven satt vi med mindre kunnskap enn hva som var oss bevisst. Vi ser nå at vi ikke hadde kunnskap nok om omfanget av tilleggsopplysningene. Det ble dermed avdekket ett kunnskapshull. I samsvar med variablene har det kommet frem ny forståelse om viktigheten om samspillet mellom henvisningsårsak og tilleggsinformasjon.

Tallene har gitt oss en bedre oversikt og ett nytt perspektiv på hva som behandles ved RPH. Kunnskapen vi satt med, var kun på ett nivå, som innebar at det var en økning i antall henviste og en u-spesifikk opplevelse av endring. Det vi ser i funnene våre er at tilbudet som gis ved RPH er tilstrekkelig. Vi tilbyr en-til-en samtale til alle som henvises til RPH og tilbyr kurs til dem som vi ser kan ha nytte av det. På samme tid bør det kanskje diskuteres om vi som avdeling må ha et større perspektiv på tilleggsinformasjonen.

Vedrørende henvisningsårsaker har vi gjennom denne studien, sett at angst og depresjon var de mest hyppig brukte henvisningsårsakene. Resultatet på kjønnsfordelingen mellom menn på 30 % av de henviste og 70 % kvinner var heller ikke uventet. Vi har fått ny kunnskap om at det var en større andel med somatiske vansker enn først antatt. Det viser seg at ca. 10% av de henviste pr. år har en eller annen form for somatiske vansker. Dessuten var det ny informasjon at det var en stor nedgang i livskriser både for kvinner og menn. Den største andelen av nedgangen var blant menn, som var et uventet funn for oss. At det har vært en økning med henviste med stress, har bekreftet vår antagelse da vi har hatt økt fokus på dette på avdelingen i perioden 2020-23, selv om dette ikke var noe vi antok ved oppstart av studien.

Kunnskapen vi sitter igjen med er at tilleggsopplysningene og livskriser muligens har hatt en større betydning enn hva vi var bevisst ved oppstart av studien. Da med tanke på at den henvisningsårsaken med høyest andel tilleggsinformasjon, er livskrise. Det vi vet er at andelen livskriser har gått ned, og at vår opplevelse av kompleksitet ikke er til stede på samme måte som ved oppstart av studien. Dette kan igjen vise til en mulig sammenheng mellom kompleksitet og livskriser.

Funn sett opp mot hensikten til studiet:

Vi har fått en innsikt om hvem som henvises og hvorfor de henvises i større grad enn før. Vi vet mer om aldersfordelingen og kjønnsfordelingen av hvem som søker hjelp. Vi vet mer om hva innbyggere søker hjelp om, og vi har større oversikt over tilleggsinformasjon som påvirker livssituasjonen til den enkelte. Det har hjulpet oss til å få kunnskapen ned på papir og ikke basere den på en antagelse. Studien vil være med på å kunne utvikle tjenestetilbudet, ved å ha fokus på at innbyggerne vi møter. Da innbygger er mer enn bare hovedårsaken for en henvisning. Dette kan eksempelvis gjøres ved å tilpasse kurs inn mot livskriser og/eller ha økt fokus på tilleggsproblematikk i større grad enn hovedårsak for henvisning. Studien kan videre hjelpe oss til å vite mer om hvilke kurs som kan ha større fokus. Dette har også gitt oss

en større forståelse av nødvendighet av kunnskap og kunnskapsløft på for eksempel livskriser. Kunnskapen vi nå innehar vedrørende tilleggsopplysningene, viser oss nødvendigheten for kunnskap om sykdomslære, da med tanke på komorbiditeten mellom psykisk helse og somatikk.

Dette sammenlagt vil kunne gi ledelsen ved RPH og Mestringsenheten i Sandnes et større innblikk i hva tjenesten som gis inneholder og en ny kunnskap om hva som bør løftes frem for å gi innbyggere i Sandnes best mulig tilbud innenfor psykisk helse.

Implikasjoner:

Det fremkommer lite kvantitativ forskning innen kommunale tilbud på et lavterskelnivå. De studiene vi har funnet under vår forskning har i all hovedsak kun vært basert på folkehelse rapporter som henter sine tall fra selvrapporterings undersøkelser. De sier ikke noe om konkrete tall på hvem eller hva slags hjelp som etterspørres innen psykisk helse, kun symptomtrykk. Det er det som gjør denne oppgaven annerledes. Den er med på å gi ny kunnskap ut, ved at den presenterer konkrete tall på hva som har blitt ønsket hjelp for innen psykisk helsehjelp fra 2020 til og med 2023. Studien vi har gjennomført gir oss ny informasjon om hva som rører seg på kommunalt lavterskel tilbud innen psykisk helsehjelp. Det gir og en oversikt over hva behovet er sett opp mot hva som gis av tjenester. Selv om våre funn ikke uten vider kan generaliseres kan andre kommuner som driver RPH- team bruke vår studie som en sammenligning ved videreutvikling av egne tilbud. Enten selve behandlingstilbudet, eller ved lignende forskning. Studien vår kan også være til inspirasjon for videre økt kunnskap på kommunalt nivå, for å styrke det psykiske helsehjelp tilbudet i førstelinjetjenesten. Både for de som utøver psykisk helsetjenester, men også til mer somatisk rettede tjenestetilbud. Dette som en oppfordring til andre avdelinger for å få oversikt over hva behovet er blant innbyggere er slik at det enten kan føre til økt kunnskap på gitt avdeling eller øke et tettere samarbeid på tvers av tjenestetilbud.

Funn i denne studien kan i tillegg bli brukt på et politisk nivå for å speile behovet som er på kommunalt nivå innen psykisk helsetjenester. Ved å få oversikt over konkrete tall på hvilke aldersgrupper, kjønn og hva det oppsøkes hjelp for. Tallene kan videre gi nye politiske føringer for utviklingen av fremtidige psykiske helsetjenester som skal tilbys Sandnes kommune.

7.0. Litteraturliste

Andersen, T. & Elen, A. T., (2017). Å stå på kjempers skuldre. *Tidsskrift for kognitiv atferdsterapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/sta-pa-kjempers-skuldre/>

Bjelland, I. & Dahl A.A. (1999). Angst og depresjon- en vanlig blanding, *Tidsskr Nor Lægeforen 1999. 119: 3277-80 Utgave 22*. <https://tidsskriftet.no/1999/09/artikkel/angst-og-depresjon-en-vanlig-blanding>

Blom, S. (2022). *Unmet need for mental healthcare among men Sweden: Gendered pathways to care*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Gøteborg, Sahlgrenska akademien) <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/70036>

Blåka, S. (2012) Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: status etter Opptappingsplanen. NIBR 2012:9. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning. <https://oda.oslomet.no/oda-xmli/bitstream/handle/20.500.12199/5533/2012-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Børsting, H. J. & Jacobsen, H. (2017). Gjengangerne Stress, smerter og søvn. Arneberg forlag.

Carlsen, H. (2024, 19 mars) *Psykatriprofessor: Vi er i ferd med å snakke oss syke*. NRK. https://www.nrk.no/norge/psykiatriprofessor_-vi-er-i-ferd-med-a-snakke-oss-syke-1.16786405

Folkehelseinstituttet (2023a) *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i Norge. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>

Folkehelseinstituttet (2023b) *Psykiske lidelser er vanlig blant Norske studenter*.

Forskningsfunn. <https://www.fhi.no/nyheter/2023/psykiske-lidelser-er-vanlig-blant-norske-studenter/>

Grøholt, B.& Sund A. M. (2019, 21 mars), Depressive lidelser. *Veileder BUP, del 2*.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsett-etter-inndeling-i-icd-10/depressive-lidelser/>

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

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet (2017, 16 januar). *Søvn og søvnevansker*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnevansker>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Kommunal helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30 Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

Holsten, F., (2021, 13. september). *Generelt om søvn ved psykiske lidelser*. Helse Bergen HF.

<https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/generelt-om-sovn-ved-psykiske-lidelser>

Ilnér, S. O., (2012, 21 august). *Sammenhengen mellom psykiske og somatiske lidelser* (Anmeldelser av boka *Psykiske sykdomme og kroppen*, P. Jørgensen).
<https://tidsskriftet.no/2012/08/anmeldelser/sammenhengen-mellom-psykiske-og-somatiske-lidelser>

Jacobsen, M. M., (2023). Rask psykisk helsehjelp, *Tidsskrift for kognitiv terapi*.
<https://tidsskrift.kognitiv.no/rask-psykisk-helsehjelp/>

Johannessen A. & Tufte P.A. (2022). *Introduksjon til IBM SPSS Statistics* (5. utgave).
Abstrakt forlag.

Johannessen A., Tufte P.A. & Christoffersen L., (2021) *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave). Abstrakt forlag.

Johansen L. B., (2021, 28. august) – *Psykisk helse har også en plass i somatikken*.
Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2021/06/psykisk-helse-har-ogsaa-en-plass-i-somatikken>

Krokstad, S., Weiss, D. A., Krokstad, M. A., Rangul, V., Kvaløy, K., Ingul, J. M., Bjerkeset, O., Twenge, J., & Sund, E. R. (2022). *Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway*. *BMJ Open*, 12(5), e057654. DOI:
[10.1136/bmjopen-2021-057654](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057654)

Malt, U. (2022, 11 november) ICD-10, *Store norske leksikon*, <https://sml.snl.no/ICD-10>

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utg.). Oslo: Universitetsforlag.

NAPHA. (2022). *RPH- Håndboka anbefalinger basert på nasjonale retningslinjer og ti års erfaringer med rask psykisk helsehjelp* (Rapport 1/2022). NAPHA – på oppdrag fra Helsedirektoratet. <https://napha.no/multimedia/10878/rph-handboka.pdf>

Norsk Helseinformatikk (2021, 25 januar) *Psykisk krisehjelp*
<https://nhi.no/forstehjelp/akuttmedisin/diverse/krisehjelp-psykisk/?page=all>

Norsk Helseinformatikk (2022, 10 februar) *Depresjon* <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/?page=all>

Oslo universitetssykehus (2022, 28 juli) *Stemningslidelse - mani og depresjon*,
<https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/stemningslidelse-mani-og-depresjon>

Ot.prp. nr. 74 (2006-2007) *Om lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)* Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-74-2006-2007-/id474780/?ch=5>

Plan for psykisk helsearbeid 2017-2022 (2017, 19 juni) *Modig*. Sandnes kommune.
<https://www.sandnes.kommune.no/globalassets/helsesosial/planer/plan-for-psykisk-helsearbeid-2017--2022.pdf>

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2021, desember) *Psykisk krise*. Legevakt håndboka- for leger i vakt. Hentet 12.mars 2024 fra
https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/kriser/psykisk_krise

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport) Folkehelseinstituttet. [Sammendrag av epidemiologiske rapporter om utbrudd av ILA i Norge 2003 \(fhi.no\)](#)

Rolandsgard, N., Amengual, C. K., Madsen, O. J. (2023). Unges forståelser av åpenhet om psykiske problemer: en kvalitativ studie. *Psykologtidsskriftet Vol 60, nummer 5, 2023, side 286-296*. DOI: <https://doi.org/10.52734/MUAS4377>

Samdal, O., Wold, B., Harris, A., Torsheim, T. (2017) *Stress og mestring*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/> /attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Sandnes kommune (2017, 19. juni). *Plan for psykisk helsearbeid i Sandnes 2017-2022* <https://www.sandnes.kommune.no/globalassets/nytt-sidetre/helsesosial/planer/plan-for-psykisk-helsearbeid-2017--2022.pdf>

Sandnes kommune. (2023a, 28. August) *Plan for psykisk helsearbeid i Sandnes 2023-2031: Lovverk og kilder*. Sandnes kommune. <https://www.sandnes.kommune.no/sti/planer-strategier-og-analyser/vedtatte-strategier/plan-for-psykisk-helsearbeid-i-sandnes-2023-2031/lovverk-og-kilder/>

Sandnes kommune. (2023b, 28. August) *Plan for psykisk helsearbeid i Sandnes 2023-2031: Om planen*. Sandnes kommune.. <https://www.sandnes.kommune.no/sti/planer-strategier-og-analyser/vedtatte-strategier/plan-for-psykisk-helsearbeid-i-sandnes-2023-2031/om-planen/>

Sandnes kommune (2023c, 15. Mai) Mestringsenheten organisasjonskart.

<https://www.sandnes.kommune.no/globalassets/helsesosial/psykiskhelse/2023/me-orgkart-2023.pptx>

Sandnes kommune (2024, 1. mars). *Mestringskurs, kognitiv terapi og aktivitetstilbud*.

Sandnes kommune. <https://www.sandnes.kommune.no/sti/helse/psykisk-helse-og-rus/rus-og-psykisk-helsehjelp-for-voksne/mestringskurs-og-kognitiv-terapi/>

Sivertsen B, Johansen MS. (2022) “*Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022*”.

[Students’ Health and Wellbeing Study 2022]. Oslo: Studentsamskipnaden SiO,

https://studenthelse.no/SHoT_2022_Rapport.pdf

Skre, Ingunn B. (2024,16. februar). Angst. I Store medisinske leksikon

<https://sml.snl.no/angst>

St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i

statsbudsjettet for 1998 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98->

[/id201915/?ch=1](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1)

Thomassen, M. (2021) *Vitenskap kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag.

Thrane, C. (2018) *Kvantitativ metode. En praktisk tilnærming*. Cappelen DAMM AS.

Utbrenthet (2023, 19 juli). *Norsk elektronisk legehåndbok*. Hentet 12.mars 2024 fra

<https://legehandboka.no/handboken/kliniske->

[kapitler/psykiatri/pasientinformasjon/depresjon/utbrenthet](https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/pasientinformasjon/depresjon/utbrenthet)

Vedaa, Ø., et.al (2021) *Folkehelsen etter Covid-19: DEL 5: Psykisk helse og livskvalitet under pandemien* (Rapport 2021) Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/ss/korona/koronavirus/folkehelse rapporten-temautgave-2021/del-1-9/psykisk-helse-og-livskvalitet-under-pandemien/?term=>

World Health Organization (2019, 28 mai) *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases* <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Vedlegg 1, godkjenning:



Studie: 4PM791- 123V Masteroppgave

Fra 01.01.23-01.06.24. ved Høyskolen i innlandet.

Masterstudie for Karen M Linjord og Cathrine Pedersen

Jeg gir, ved dette, godkjenning for at Karen Merete Linjord og Cathrine Pedersen kan bruke fordelingslisten, brukt til fordeling av saker ved Mestringsenheten, til bruk i forskning på henvendelser. Fordelingslisten er pseudonymisert. En kan med dette ikke kunne gjenkjenne det enkelte individ ut i fra informasjonen som er nedskrevet i fordelingslisten. Fordelingslisten er ikke tilgjengelig for offentligheten.

Med hilsen

Trude Lønning

Virksomhetsleder Mestringsenheten

Sandnes kommune

Vedlegg 2, Årsrapport:

ÅRSRAPPORT
INFOhjelpen og fordeling
Avd. Rask Psykisk Helsehjelp og Aktivitet
SANDNES KOMMUNE
2023

Robert Jørgensen
Karen Merete Linjord

Utvikling i INFOhjelpen fra etablering i 2018 til 2023:

INFOhjelpen er mottakstjeneste for alle innbyggere i Sandnes som ønsker hjelp relatert til psykiske helseutfordringer, og er lokalisert ved avd. RPHA. Henvisninger kommer som telefoner, e-post, PLO(e-meldinger), egensøknader samt det er en drop in mulighet i åpningstiden kl.0900-1400 på hverdager. Mottakstjenesten for psykisk helse i Sandnes kommune ble etablert i nåværende form i 2018.

2022 ble det registrert 2456 henvendelser.

2021 ble det registrert 2649 henvendelser.

2020 ble det registrert 1707 henvendelser.

2019 ble det registrert 1428 henvendelser.

2018 ble det registrert 1003 henvendelser.

Tall for INFOhjelpen 2023:

2023	Telefon/epost/drop-in	PLO/e-melding	egensøknad	
Januar	216	53	15	284
Februar	171	48	6	225
Mars	170	33	13	216
April	87	41	8	136
Mai	149	39	9	197
Juni	207	55	9	271
Juli	117	28	5	150
August	187	46	9	242
September	201	54	12	267
Oktober	216	43	13	272
November	235	59	5	299
Desember	150	45	8	203
Totalt	2106	544	112	2762

Tabell 1. Totalt antall henvendelser til INFOhjelpen i 2023. Telefoner/ e-post/drop-in, egensøknader og e-meldinger(PLO)

Fordeling av saker ved RPHA i 2023 samt historiske tall/utvikling

2023	RPHA	APH	ARA	
Januar	130	25	0	155
Februar	89	26	0	115
Mars	106	19	1	126
April	72	16	0	88
Mai	75	19	0	94
Juni	115	30	0	145
Juli	40	10	0	50

August	103	21	1	125
September	127	15	4	146
Oktober	110	22	0	132
November	119	23	0	142
Desember	95	16	0	111
Totalt	1181	242	6	1429

Fordeling pr. avdeling Mestringsenheten henvisninger psykisk helse 2023

2022	RPHA	APH	ARA	
Januar	136	25	0	161
Februar	114	22	0	136
Mars	118	27	0	145
April	90	23	1	114
Mai	82	15	0	97
Juni	87	25	0	112
Juli	63	19	0	82
August	74	13	0	87
September	124	25	0	149
Oktober	85	20	0	105
November	113	21	2	136
Desember	86	18	2	106
Totalt	1172	253	5	1430

Fordeling pr. avdeling Mestringsenheten henvisninger psykisk helse 2022

2021	RPHA	APH	ARA	
Januar	79	12	1	92
Februar	79	24	1	104
Mars	79	19	4	102
April	92	20	2	114
Mai	79	13	2	94
Juni	86	30	1	117
Juli	30	7	0	37
August	88	19	0	107
September	109	47	0	156
Oktober	119	29	2	150
November	108	21	0	129
Desember	61	10	2	73
Totalt	1009	251	15	1275

Fordeling av saker ved avd. RPHA pr. måned 2021

2020	RPHA	APH	ARA	FACT	OBJ
Januar	101	28	2	0	131
Februar	68	27	2	0	97
Mars	66	17	0	0	83
April	22	18	1	0	41
Mai	63	18	0	0	81
Juni	59	31	0	0	90
Juli	43	23	0	0	66
August	56	22	0	0	78
September	96	22	0	0	118
Oktober	100	17	1	0	118
November	88	31	1	1	121
Desember	96	13	2	0	111
Totalt	858	267	9	1	1135

Fordeling av saker ved avd. RPHA pr. måned 2020

2019 MS			PHT	2018 MS			PHT
Januar	98	24	122	Januar	76	27	103
Februar	78	26	104	Februar	78	24	102
Mars	47	7	54	Mars	74	19	93
April	57	11	68	April	62	25	87
Mai	80	18	98	Mai	58	24	82
Juni	97	20	117	Juni	51	21	72
Juli	23	12	35	Juli	47	9	56
August	86	30	116	August	59	16	75
September	70	22	92	September	54	24	78
Oktober	97	20	117	Oktober	114	29	143
November	73	13	86	November	119	17	136
Desember	57	10	67	Desember	69	19	88
Totalt	863	213	1076		861	254	1115

Fordeling i tall pr. måned i 2019 og 2018 til sammenligning.

Vedlegg 3, Analyseplan:

Problemstilling:	Hvilke variabler?	Avhengig uavhengig variabel?	Målenivå på variabler?	Hvilken analyse er aktuelt å bruke?
Utviklingen av henvisninger fra år til år	Henvisningsantall (1) Årstall(2)	(1) Er avhengig (2) Er uavhengig	Ordinalnivå	Fire frekvenstabeller gjort om til tidsserie
Henvisningsårsak fra år til år, forandring?	Henvendelsårsak (1) Årstall (2)	(1) Er avhengig (2) Er uavhengig	Nominalnivå	Fire krysstabeller Satt inn i grafisk utforming
Har det skjedd en forandring i tilleggsinformasjon fra år til år	Seks forskjellige tilleggsinformasjoner (1) opp mot årstall (2)	(1) Er avhengig (2) Er uavhengig	Nominalnivå	Seks krysstabeller Satt sammen i en grafisk utforming
Er det sammenheng mellom tilleggsinformasjon og henvisningsårsak?	Seks forskjellige tilleggsinformasjoner (1) opp mot henvisningsårsak (2)	(1) Er avhengig (2) Er uavhengig	Nominalnivå Henvisningsårsak 7 verdier. Tilleggsinformasjon er delt inn i seks dikotome spørsmål.	Seks krysstabeller. Satt sammen i en grafisk utforming
Er det endring i henviste fordelt i aldersgrupper fra år til år?	Aldersgrupper (1) Årstall (1)	(1) Er avhengig (2) Er uavhengig	Nominalnivå	Fire krysstabeller Satt inn i en tabell
Er det endring i kjønn fra år til år?	Kjønn (1) År (2)	(1) Er avhengig (2) Er uavhengig	Nominalnivå dikotom	Fire frekvenstabeller satt sammen til en grafisk tabell.
Er det endring i fordelte aldersgrupper opp mot henvisningsårsak fra år til år?	Aldersgrupper (1) Henvendelsårsak (2)	(1) Er avhengig (2) Er uavhengig	Nominalnivå	Krysstabell pr år, satt sammen til en grafisk tabell.