

Geografisk variasjon i vaksnes bruk av avtalespesialistar og DPS i psykisk helsevern

TEKST

Maria Holsen

Per Arne Holman

Ole André Solbakken

Lars Lien

PUBLISERT 1. august 2023

DOI <https://doi.org/10.52734/IHAK9103>

ABSTRACT:

Background: Equitable mental healthcare regardless of area of residence is a political aim in Norway. The purpose of this study is to evaluate geographical variation in private practitioner coverage and explore differences between private practitioners with public reimbursement and local community mental health centers (CMHCs) in terms of diagnoses and scope of outpatient treatment, with a focus on mood and neurotic disorders.

Method: Cross-sectional registry-based study of adults in outpatient mental healthcare at private practitioners or CMHCs in Norway in 2014-2018. We calculated distribution of diagnoses, geographical variation in rates of private practitioners, and analyzed scope of treatment for patients with mood and neurotic disorders (ICD-10 disorders F3, F4). We estimate cost per treated patient and report geographic variation for hospital catchment areas.

Results: Patients with F3, F4 disorders accounted for 64.7 % at private practitioners, and 41.5 % at CMHCs, and received more treatment at private practitioners, five more consultations in a 42 day longer period. There is considerable geographical variation in private practitioner coverage, highest in South-Eastern Norway and lowest in Northern Norway.

Implications: As long as management and priority setting are differently organized for CMHCs and private practitioners in mental health care, we must expect geographical variation in access and use. It appears as an equity paradox that a group of patients, rejected by or not referred to CMHC, receive more treatment by private practitioners.

Keywords: mental healthcare, outpatient consultations, private practitioners, CMHC, geographical variation, equal access, equity, priority setting

EMNER

Psykisk helsevern

poliklinisk behandling

avtalespesialister

DPS

geografisk variasjon

likeverdig tilgang til helsetjenester

rettferdig

prioritering

Psykiske lidningar auka sjukdomsbyrda prosentvis mest i Noreg dei siste åra. Ein femtedel av dei vaksne har ei psykisk lidning i løpet av eit år (Reneflot et al., 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Mange med psykiske lidningar ventar lenge på helsehjelp, og kva helsehjelp ein får, avhenger av kor ein bur. Dette opplevast alvorleg for personar som allereie er i ein sårbar situasjon (Riksrevisjonen, 2021). Mellom 20–30 % av tilvisingar blir avvist ved dei offentlege poliklinikkane (Riksrevisjonen, 2021). Pasientar som er eller forventar å bli avvist ved distriktpsikiatriske sentre (DPS), kan sende tilvisinga til avtalespesialist.

Rettferdig fordeling og effektiv bruk av økonomiske ressursar er vesentleg for å forbetra yting av helsetenester generelt. Den universelle helsemodellen, nytta i Noreg og andre nordiske land, betyr at alle skal ha tilgang til likeverdige helsetenester utan å lide økonomisk nød. Kunnskap om organisering og effektivitet av psykiske helsetenester er avgjerande for å sikre at spesialisthelsetenesta møter befolkninga sine behov (Saxena et al., 2007).

Helsetenestetilbodet for pasientar med psykisk lidning og ruslidning har vore politisk prioriterte område i Noreg gjennom fleire år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Tenesta er omorganisert med mindre døgnkapasitet, og vekst i oppgåver og ansvar til poliklinikkar, ambulante tenester og kommunehelsetenesta.

Privat praksis er ein del av offentleg og privatforsikra helsevesen i mange høg- og låginntektsland (Tikkanen et al., 2020). I Noreg har dei fem regionale helseføretaka ansvar for spesialisthelsetenesta, og ein nasjonal finansieringsmodell skal sikre at ressursane blir fordelt i tråd med berekna regionale behov og kostnadar. Dei regionale helseføretaka kan tinge tenester frå offentlege sjukehusføretak, private sjukehus og av privatpraktiserande avtalespesialistar. I spesialisthelsetenesta i Norge dekker avtalespesialistar ein stor del av tilbodet om polikliniske konsultasjonar i psykisk helsevern, 25 % i 2020 (Lundemo & Ellingsen, 2021).

Tilviste til avtalespesialistar får ikkje vurdert sine rettigheter, slik som i offentlege poliklinikkar. Ein forventar derfor å finne forskjellar i pasientsamansetning mellom DPS og avtalespesialistane, som skuldast prioritering og kan forklare eventuelle forskjellar i forbruk og kostnadar som er rapportert.

Ein poliklinisk konsultasjon ved offentleg poliklinikk kosta i 2016 i gjennomsnitt 3099 kroner, mot 1072 kroner hos avtalespesialist (Helsedirektoratet SAMDATA, u.å.). Kostnadsforskjellane skuldast ulike prioriteringar, finansiering, oppgåver som ansvar for utdanning, utgreiing og samhandling, og påverkar produktivitet målt i konsultasjonar; 413–469 per fagårsverk ved DPS mot 1050 per årsverk for avtalespesialistar i åra 2014–2018 (Lundemo & Ellingsen, 2021).

Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling viser geografisk variasjon i forbruket av spesialisthelsetenester i psykisk helsevern i Noreg (Bale et al., 2020). Tilbodet er ulikt dimensjonert. Vi finn område med større bruk av avtalespesialistar.

Variasjon i bruk og korleis organisering av tenester påverkar utfallet av behandling, er rapportert i engelske studiar (Maconick et al., 2021; Clark et al., 2018). I mangel av utfallsmål kan ei tilnærming vere å studere karakteristikkar ved pasientane og tenestene, for å sjå om det er skilnadar mellom pasientar som mottar tenester i dei to ordningane. SINTEF samla i 2013 inn informasjon om pasientar i offentlege poliklinikkar og hos avtalespesialistar som ikkje er tilgjengeleg i Norsk pasientregister (NPR). Dei fann skilnadar mellom pasientane og behandlinga i dei to ordningane, ved at DPS-pasientar hadde lågare sosioøkonomisk status (Ose et al., 2014).

Formålet med denne studien var å kartlegge den geografiske variasjonen i avtalespesialisttilbodet, samt undersøke om det er skilnadar mellom avtalespesialistar og offentlege poliklinikkar når det gjeld diagnose og behandlingsomfang. Denne undersøkinga omfattar eit større materiale over fleire år enn tidlegare studiar. Vi forventar å kunne bekrefte tidlegare analysar fordi det har vore lite endringar i pasientrettar, prioriteringsreglar eller kontraktstyring.

Metode

Studien er ein tverrsnittstudie basert på registerdata. Utvalet er vaksne pasientar registrert i Norsk pasientregister (NPR) med poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Analysane er gjort på ujusterte aktivitetsdata for perioden 2014–2018. Vi analyserte 16 variablar som er spesifisert i lista nedanfor. Vi brukte SQL (Structured Query Language) for databehandling, og R versjon 4.0.2. for statistisk analyse.

NR	VARIABEL	DEFINISJON OG BRUK AV VARIABEL (NUMMER I KLAMME)
1	Geografi	Samla for landet og helseføretaka sine opptaksområde der pasienten er busett. Opphald med ukjent opptaksområde er ekskludert.
2	Folketal	Tal med alder og kjønn frå Statistisk sentralbyrå (SSB); tabell 07459 og 10826.
3	Tenesta	1) Avtalespesialist eller 2) DPS, inkludert polikliniske pasientar ved sjukehus. Fordeling av studiepopulasjonen etter tenesta er basert på om pasienten i femårsperioden har fått behandling hos avtalespesialist, ved DPS, eller i begge ordningar. Tal på aktive avtalespesialistar inkluderer avtalespesialistar med ein eller fleire registreringar av aktivitet i NPR-datasettet i perioden 2014–2018.
4	Pasientar	Unike pasientar i alderen 18–67 år er inkludert.
5	Behandlingsperiode	Svarar til tilvisingar ved behandlingsstad. Pasientar kan ha fleire behandlingsperiodar.

NR	VARIABEL	DEFINISJON OG BRUK AV VARIABEL [NUMMER I KLAMME]
6	Poliklinisk kontakt	Kontakt med lik start- og sluttdato. Indirekte kontakter er ekskludert grunna endringar i koding i løpet av perioden, og stor variasjon i registreringspraksis, sjølv om totalt årleg omfang er relativt stabilt for landet.
7	Tilstandskoder	Fordeling er rekna ut frå tal på unike pasientar med <i>første</i> registrerte hovudtilstand (ICD-10), for å avgrense kompleksiteten i oversiktsanalysane (Resultat tab. 1). I vidare analysar (frå Resultat tab 2) rapporterast hovudtilstand ved <i>siste</i> opphald i behandlingsperioden, for å få eit pasientutval som best mogleg representerer behandling for dei utvalde tilstandane.
8	Avtalespesialist per innbyggjar	Sum aktive avtalespesialistar per 100 000 innbyggjarar for opptaksområda [3:2:1]
9	Pasientar per teneste	Prosentdel pasientar hos avtalespesialist, DPS eller begge tenestene [4:3]
-	Om aktivitet og behandlingsomfang berekningar	Hensikta er å beskrive forskjellar i behandlingsomfanget for like pasientar i dei to ordningane. Analyser er avgrensa til pasientar med ICD-10 hovudtilstand F3 (stemningslidingar) eller F4 (nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidingar), fordi dette er dei største kategoriane i behandling hos avtalespesialistar og utgjer ein relativt homogen gruppe.
10	Behandlingsperiode varighet	Sum dagar frå første til siste registrerte kontakt i tilvisingsperioden. Tilvisingsperioden kan ha starta før og vara etter aktivitetsperioden 2014-2018. For å kunne berekne dei nemnte måla konsistent er varigheit for behandlingsperioden avgrensa til maksimalt fem år, altså same periode som aktivitetane.
11	Kostnad per konsultasjon	Helsedirektoratet SAMDATA 2016, kroner i gjennomsnitt per konsultasjon for de to ulike tenestene.
12	Kontaktar per pasient	Sum kontaktar delt på sum unike pasientar [6:4]
13	Kontaktar per behandlingsperiode	Sum kontaktar delt på sum behandlingsperiodar [6:5]
14	Behandlingsperiodar per pasient	Sum behandlingsperiodar delt på sum unike pasientar [5:4]

NR	VARIABEL	DEFINISJON OG BRUK AV VARIABEL [NUMMER I KLAMME]
15	Behandlingsintensitet	Sum kontaktar per pasient delt på veker i behandlingsperiodane [12:10]
16	Behandlingskostnad	Kostnad per kontakt multiplisert med kontaktar per pasient [11*12]

Resultat

Fordeling av pasientar

Pasientar med stemningslidingar og nevrotiske lidingar utgjer ei større gruppe hos avtalespesialistar (64,7 %) enn ved DPS (41,5 %) (tabell 1). DPS har ein større del pasientar med (F1) ruslidingar og (F2) psykoselidingar (7,3 %) enn avtalespesialistar (1 %). Pasientar diagnostisert med (F99) uspesifiserte lidingar, (R45) symptom eller (Z004) psykiatrisk undersøking utgjer 29,7 % ved DPS samanlikna med 6,2 % hos avtalespesialistar.

Av pasientar med stemningslidingar (F3) og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidingar (F4) fekk 6,3 % poliklinisk behandling hos både avtalespesialist og ved DPS. Omtrent halvparten fekk først behandling ved DPS og seinare hos avtalespesialist (54,2 %). Pasientar som fekk behandling i begge ordningar, utgjer 19,7 % av samla tal pasientar i behandling hos avtalespesialist, og 8,5 % av samla tal pasientar ved DPS.

Tabell 1

Fordeling av hovudtilstand for vaksne i poliklinisk behandling i perioden 2014–2018; tal pasientar (prosentdel) ved behandlingsstad

ICD-10 PSYKISK LIDING	TAL PASIENTAR (%)			
	Avtalespesialist	DPS	Begge	Totalt
F0 Organisk liding	727 (0,9)	1 362 (0,5)	206 (0,6)	2 295 (0,6)
F1 Rusliding	543 (0,7)	8 304 (3,0)	488 (1,4)	9 335 (2,4)
F2 Psykotisk liding	271 (0,3)	11 957 (4,3)	571 (1,6)	12 799 (3,2)

ICD-10 PSYKISK LIDING	TAL PASIENTAR (%)			
F3 Stemningsliding	20 113 (24,9)	52 996 (19,0)	8 514 (23,8)	81 623 (20,6)
F4 Nevrotisk liding	32 133 (39,8)	62 699 (22,5)	10 502 (29,3)	105 334 (26,6)
F5 Åtferdssyndrom	937 (1,2)	5 108 (1,8)	671 (1,9)	6 716 (1,7)
F6 Personlegdoms- og åtferdsforstyrning, vaksne	1 677 (2,1)	9 013 (3,2)	1 412 (3,9)	12 102 (3,1)
F7 Utviklingshemming	144 (0,2)	1 553 (0,6)	76 (0,2)	1 773 (0,4)
F8 Utviklingsforstyrring	578 (0,7)	2 890 (1,0)	490 (1,4)	3 958 (1,0)
F90-98 Åtferds- og følelsesforstyringer, barn og unge	2 889 (3,6)	11 230 (4,0)	2 318 (6,5)	16 437 (4,2)
F99 Uspesifisert	2 359 (2,9)	5 526 (2,0)	801 (2,2)	8 686 (2,2)
R45 Symptom knytt til emosjonell tilstand	297 (0,4)	35 408 (12,7)	1 273 (3,6)	36 978 (9,3)
Z004 Generell psykiatrisk undersøking	2 317 (2,9)	41 816 (15,0)	2 384 (6,7)	46 517 (11,8)
	15 838 (19,6)	29 036 (10,4)	6 114 (17,1)	50 988 (12,9)
Totalt	80 823 (100)	278 898 (100)	35 820 (100)	395 541 (100)

Alder og kjønn

Kjønns- og aldersfordeling for pasientgruppene er presentert i tabell 2. Prosentdelen kvinner og gjennomsnittleg alder er noko høgare hos avtalespesialistar enn ved DPS. 28 % av pasientane hos avtalespesialist var i alder 18–37 år samanlikna med 43 % på DPS. Blant pasientar som får behandling i begge ordningar, er prosentdelen unge i 20- og 30-åra relativt stor. Dette gjaldt spesielt pasientar med nevrotiske lidningar (F4).

Tabell 2

Kjønns- og aldersfordeling for vaksne pasientar i poliklinisk behandling hos avtalespesialist, ved DPS eller både hos avtalespesialist og ved DPS, fordelt etter utvalde tilstandar. Prosentdel kvinner, gjennomsnittleg alder i år.

ICD-10 PSYKISK LIDING	AVTALESPELIALIST		DPS		BEGGE	
	Kvinner	Snittalder	Kvinner	Snittalder	Kvinner	Snittalder
Stemnings-/nevrotisk lidning	67,7	41,6	62,2	37,0	70,0	38,3
Stemningslidning	66,1	42,4	60,6	37,8	66,2	39,6
Nevrotisk lidning	69,3	40,8	64,3	36,2	72,9	37,1

Kontaktar per pasient

Vaksne pasientar med stemningslidning eller nevrotisk lidning fekk i snitt fleire kontaktar per pasient og behandlingsperiode og lengre behandlingsperiodar hos avtalespesialistar (tabell 3). Pasientar i behandling i begge ordningar er ei lita gruppe, men hadde fleire behandlingsperiodar og nesten dobbelt så mange kontaktar per pasient. Prosentdelen pasientar med få kontaktar var mindre blant dei som fekk behandling i begge ordningar, mens fordelinga var relativt lik mellom pasientgruppene i behandling berre hos avtalespesialist og berre ved DPS (appendiks, figur A1). Behandlingsperiodane var lengst hos avtalespesialistar, med ein median på 5,7 månader. For pasientar i behandling ved DPS eller i begge ordningar var medianen litt over fire månader. Minste behandlinglengde var ein dag, og lengste fem år.

Tabell 3

Tal kontaktar ved behandling hos avtalespesialist, ved DPS eller i begge ordningar i femårsperioden

ICD-10 PSYKISK LIDING	TAL KONTAKTAR		
	Avtalespesialist	DPS	Begge
Stemnings-/nevrotisk lidning	62 713	165 228	15 402
Stemningslidning	27 006	81 986	5 039

ICD-10 PSYKISK LIDING	TAL KONTAKTAR		
Nevrotisk lidning	42 150	96 847	6 454
Kontaktar per pasient i femårsperioden			
Stemnings-/nevrotisk lidning	25,4	20,1	47,2
Stemningslidning	25,1	20,3	48,2
Nevrotisk lidning	24,0	18,1	45,5
Kontaktar per behandlingsperiode			
Stemnings-/nevrotisk lidning	21,4	15,3	17,6
Stemningslidning	21,2	15,8	17,8
Nevrotisk lidning	21,3	14,8	18,0
Behandlingsperiodar per pasient			
Stemnings-/nevrotisk lidning	1,2	1,3	2,7
Stemningslidning	1,2	1,3	2,7
Nevrotisk lidning	1,1	1,2	2,5
Behandlingslengde (dagar, median)			
Stemnings-/nevrotisk lidning	175	133	127
Stemningslidning	185	138	127
Nevrotisk lidning	162	127	129
Behandlingsintensitet (kontaktar pr. veke)			
Stemnings-/nevrotisk lidning	1,0	1,1	2,6
Stemningslidning	0,9	1,0	2,7
Nevrotisk lidning	1,0	1,0	2,5

Kostnader

Tabell 4 viser berekna kostnader for behandling av pasientar med stemnings- og nevrotiske lidningar, med tal pasientar og kontaktar frå tabell 3 og kostnader per

konsultasjon frå Helsedirektoratet SAMDATA. Gjennomsnittleg kostnad per konsultasjon hos avtalespesialist er 35 % av kostnaden ved DPS. Samla behandling av pasientgruppa hos avtalespesialist svarar til 16 % av kostnaden ved DPS. Kostnad per behandla pasient hos avtalespesialist utgjer 42 % av kostnaden ved DPS. DPS og avtalespesialistane har ulike pasientar og oppgåver som påverkar gjennomsnittskostnaden. Tabellen viser også kostnad per pasient ved ein simulert gjennomsnittleg kostnad ved DPS ned med 50 %, ved behandling av denne pasientgruppa. Kostnad hos avtalespesialist vil då framleis vere lågare (32 % av kostnad ved DPS).

Tabell 4

Berekna kostnader for behandling av stemnings- og nevrotisk lidning i ein femårs periode hos avtalespesialist og DPS

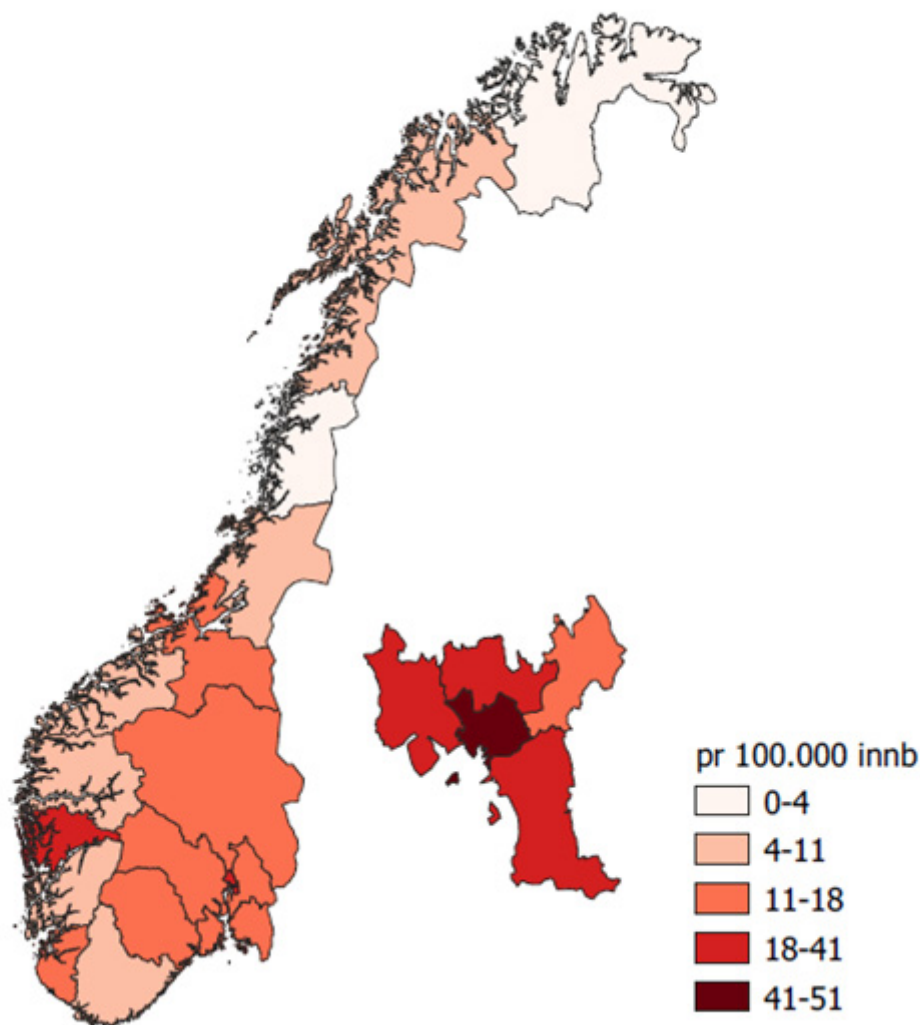
BEHANDLING FOR STEMNINGS- OG NEVROTISK LIDING	ATS	DPS	DIFFERANSE ATS:DPS	DPS 50% KOSTNAD*	DIFFERANSE ATS:DPS*
Tal pasientar	62 716	165 228	0,38	165 228	0,38
Kontaktar per pasient i femårsperioden	24,4	20,1	1,21	20,1	1,21
Gjennomsnittleg kostnad per konsultasjon	1 072	3 099	0,35	1 550	0,69
Kostnadsestimat (MNOK) totalt	1 640,4	10 292,0	0,16	5 147,7	0,32
Kostnad per pasient (1000 NOK)	26,2	62,3	0,42	31,2	0,84

* Simulert alternativ kostnad per konsultasjon satt lik 50 % av gjennomsnitt ved DPS

Tal avtalespesialistar varierte stort i landet (figur 1). Det var flest avtalespesialistar per innbyggjar sørøst i landet. Lovisenberg opptaksområde hadde den høgaste raten (> 40 per 100 000 innbyggjarar), følgt av opptaksområda for Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet og Bergen (18–40). Det var lågast rate i opptaksområda Finnmark og Helgeland (< 5).

Figur 1

Tal aktive avtalespesialistar per 100 000 innbyggjarar i perioden 2014–2018, fordelt på helseføretaka sine opptaksområde. Forstørtra kart av Oslo-regionen nede til høgre.

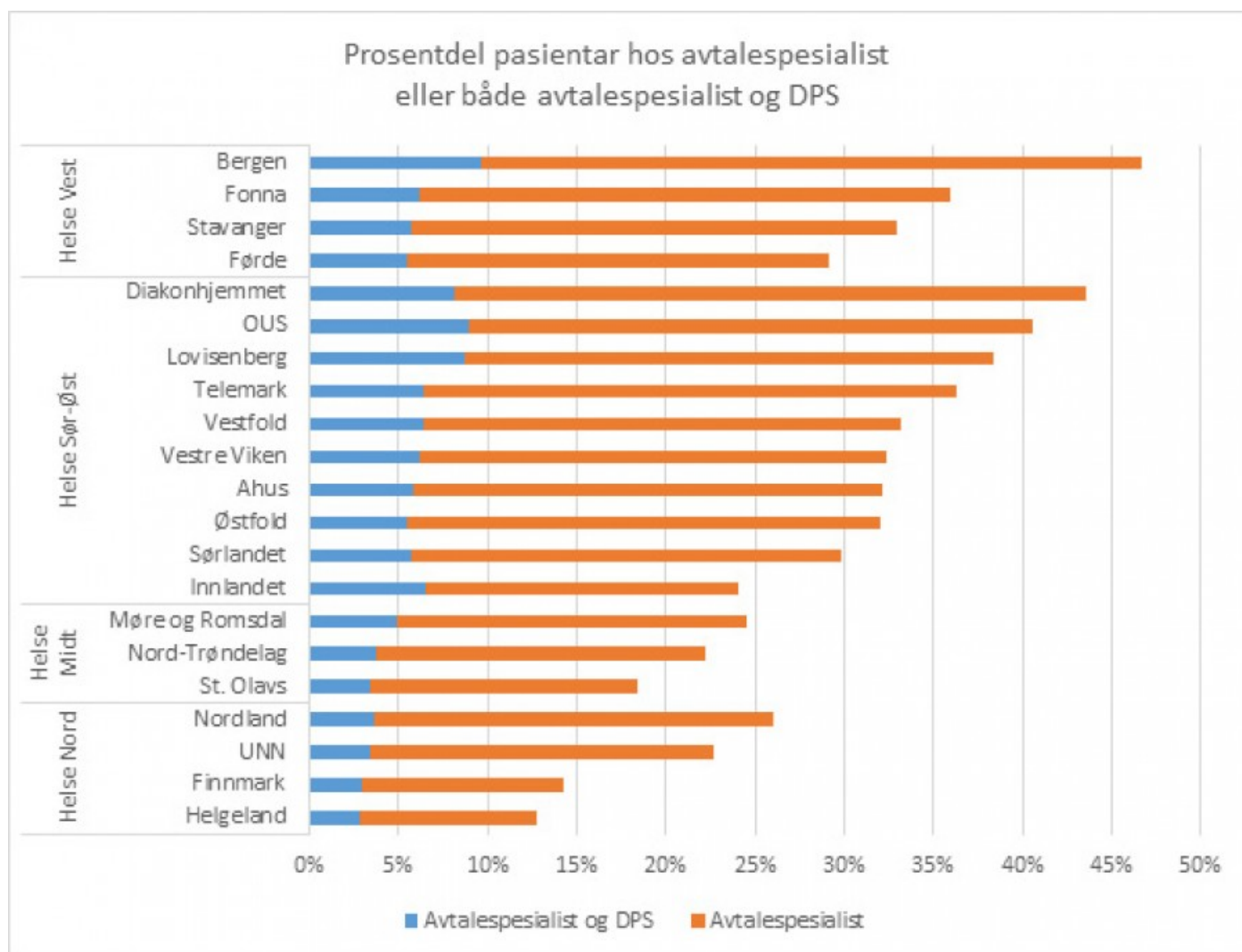


Prosentdelen pasientar som fekk behandling hos avtalespesialist, var høgast i Bergen (47 %) og Diakonhjemmet-områda (44 %), lågast i Helgeland (13 %) og Finnmark (14 %) (figur 2). For dei regionale helseføretaka var prosentdelen i Helse Vest 40, Helse Sør-Øst 33, Helse Nord 20 og Helse Midt 21. For landet samla var prosentdelen 32.

Figur 2

Prosentdel pasientar i behandling hos avtalespesialist av alle polikliniske pasientar. Pasientar i behandling hos både avtalespesialist og ved DPS (lyseblå), kun hos avtalespesialist (orange), fordelt på helseføretaka sine opptaksområde og på regionale

helseføretak (RHF). RHF er rangert etter snitt prosentdel i behandling hos avtalespesialist.



Diskusjon

Pasientar tilvist DPS får vurdert om dei har rett til spesialisthelseteneste, i motsetnad til hos avtalespesialistane. Pasientar med rett til behandling på DPS prioriterast når tilstanden er alvorleg og behandling forventast å vere nyttig. Pasientar med rett til behandling på DPS kan fortsatt ikkje nytte denne retten til behandling hos avtalespesialist. Ei ny ordning med felles tilvisingsmottak vil endre dette i 2023 (Praktiserende spesialisters landsforening & Legeforeningen, 2021). Pasientar som avvisast på DPS utan rett til spesialisthelsetenester, kan sjølv sende tilvising til ein avtalespesialist. Fastlegen kan også sende tilvising direkte til avtalespesialist. I den nye ordninga skal alle tilviste få vurdert sin rett på DPS-et før ein eventuelt får tilbod i avtalespesialistordninga. Før denne endringa er på plass, må vi rekne med variasjon i tilbodet mellom ordningane. I denne studien fann vi betydelege geografiske variasjonar i tilgang til og bruk av avtalespesialistar (figur 1). Helse Vest hadde dobbelt så stor prosentdel av pasientar i avtalespesialistordninga som Helse Nord og Helse Midt (figur 2). Vi fann også skilnadar mellom ordningane når vi avgrensa analysane til pasientar med stemningslidning og nevrotisk lidning.

Den største skilnaden i forbruk i ordningane er at fleire pasientar avsluttar tidleg, etter 6–13 kontaktar, på DPS. Med omsyn til at DPS prioriterer pasientar med alvorlege tilstandar, er det eit paradoks at avtalespesialistane har ein større del pasientar som får 40 eller fleire konsultasjonar. Dette funnet bekreftar SINTEF-NTNU-rapporten (Ose et al., 2014), som fann at pasientar som hadde gått lengst i behandling, fekk fleire konsultasjonar hos avtalespesialistane. Det kan vere mange grunnar til skilnadane mellom tenestene. Vi veit ikkje om dei skuldast ulik pasientsamansetting i tenestene, skilnadar i behandlingseffektivitet, eller om behandlinga avsluttast tidlegare ved DPS grunna kapasitetsproblem og prioritering mellom pasientar i behandling. Tabell 1 viser at DPS har omlag 30 % pasientar med uspesifiserte tilstandar (F99, R45, Z004) på fyrste kontakt. Truleg er denne gruppa blant dei som ofte avsluttast tidleg med ein stemnings- eller nevroseliding på siste kontakt (tabell 3 og appendiks Figur A1), etter utgreiing, og utan at dei kjem i gang med behandling. DPS må ta omsyn til ventande pasientar med antatt meir alvorlege tilstandar, politiske krav til kort ventetid og for å unngå fristbrot.

Pasientar som går i behandling i begge ordningar, får vesentleg meir behandling på kortare tid; 2,6 konsultasjonar per veke. Denne studien belyser fenomenet som er kjent frå andre studiar, at ein liten del av pasientane mottar mykje behandling. I vårt utval mottar denne gruppa 135 % fleire polikliniske kontaktar enn gjennomsnitt ved DPS.

Avtalespesialistar, som ikkje treng å gjere formelle prioriteringsavgjerder, tilbyr meir behandling til fleire. Regelverket for prioritering i spesialisthelsetenesta tillét ulik bruk av reglane i kliniske og administrative avgjerder. Kjøp av kapasitet hos avtalespesialistar er truleg påverka av eit ønske om å oppnå høg helsegevinst til låge kostnader. Kapasitet ved DPS er truleg påverka av kriteriet alvor, og dei regionale helseføretaka kan da akseptere ein høgare kostnad for pasientar med dårlegare prognose og usikker nytte. Forholdet mellom alvor, nytte og kostnad er diskutert ved fleire høve i Noreg, og Magnussen et al. slår fast at prioriteringskriteria skal vurderast samla og vegast mot kvarandre (Magnussen et al., 2015; Meld. St. 34 (2015– 2016)). Høgare ressursbruk kan akseptast ved alvorleg tilstand eller større nytte, mens låg alvorsgrad og avgrensa nytte av tiltak berre kan forsvarast ved låg ressursbruk. Prioritering på tvers av tenestene er eit ansvar for dei regionale helseføretaka, som skal sikre likeverdige helsetenester.

Nyare forskning stadfestar samanheng mellom høgare doser og intensitet, og betre resultat i behandlinga av psykiske lidingar (Bruijniks et al., 2020; Nordmo et al., 2021). I forlenginga av dette uttrykker éin av tre psykologar, i ei medlemsundersøking av Psykologforeningen (2021), at pasientar ved dei offentlege poliklinikkane får for lite intensiv behandling, mangelfull utgreiing, og at behandlinga må avsluttast for tidleg. Ei av årsakene til dette kan vere at DPS, til skilnad frå avtalespesialistane, har krav om kortare ventetider og færre avviste pasientar. Sjølv om vi i vår studie fann skilnadar i behandlingsslengde, gav DPS og avtalespesialistar relativt lik behandlingssintensitet for diagnosegruppene F3 og F4. Ei mogleg forklaring på skilnaden mellom medlemsundersøkinga og våre funn kan vere at opplevinga av låg behandlingssintensitet gjeld pasientar med andre diagnosar.

Der er stor variasjon i kva grad kommunar tilviser pasientar til spesialisthelsetenesta, og dette er ei vesentleg kjelde til variasjon i bruken av tenester (Breidablik & Meland, 2018). Data frå vår studie gjer det ikkje mogleg å identifisere om pasientar i avtalespesialistordninga først blei avvist på DPS eller blei tilvist direkte. Vi kan anta at pasientar der tilstand ikkje er alvorleg nok, blir avvist ved eller ikkje tilvist til DPS. Nokre av dei vil søke behandling hos avtalespesialistar eller tek imot behandling i primærhelsetenesta. Det er difor eit prioriteringsparadoks at pasientar med låg eller ingen prioritet kan ende opp med meir behandling, dersom dei får tilgang til ein avtalespesialist. Dei låge einingskostnadane for poliklinisk konsultasjon hos avtalespesialist (Helsedirektoratet SAMDATA, u.å.), og den høge produktiviteten (Lundemo & Ellingsen, 2021), har kanskje gjort det mindre påtrengande å styre avtalespesialistordninga strammare? Ei samanlikning av gjennomsnittskostnadar er ikkje rimeleg for eit utval av pasientane. DPS har andre oppgåver og fleire pasientar med alvorlege lidningar. Difor har vi i tabell 4 simulert med 50 % redusert gjennomsnittskostnad for den aktuelle pasientgruppa ved DPS. Behandling hos avtalespesialist vil i så fall framleis vere 16 % billigare og 21 % meir omfattande.

Vi kan anta at behandling hos spesialist er assosiert med høg kvalitet, men ber også høgare lønnskostnadar. Dersom avtalespesialistar tilvisast pasientar som ikkje krev samansette tenester, og ordninga leverer fleire tenester til ein lågare kostnad, med minst same kvalitet, vil ein slik organisering ha fortrinn i form av lågare samla ressursbruk for helsetenesta. Veks ordninga for stor, vil ho ha potensial til å tappe DPS-ane for spesialistar. Myndigheiter og leiarar med ansvar for å planlegge og dimensjonere helsetenesta må ta avvegingar mellom samfunnsoppdrag, kvalitet og kostnadar, som best sikrar likeverdige helsetenester.

Pasientar med stemnings- og nevrotiske lidningar utgjer utgjer ein større del av pasientane hos avtalespesialistane. Dette er dei mest vanlege psykiske lidningane i befolkninga, som det finst dokumentert effektiv behandling for. Ein kan tenke seg at avtalespesialistar i større grad har rom for å prioritere pasientar rekna som veileigna for psykoterapi, og med høgare motivasjon og funksjon i utgangspunktet. Pasientar med god nytte av behandling vil kunne få meir behandling enn det som er mogleg i poliklinikkane. Dette kan vere uheldig, då vi veit at det er pasientane med dei alvorlegaste psykiske plagene som har mest utbytte av lengre forløp (Nordmo et al., 2021).

Svakheiter og avgrensingar

Vi har valt å avgrense analysane til stemningslidningar og nevrotiske lidningar med tanke på homogenitet av utvalet, sjølv om også andre diagnosegrupper hadde vore interessante å analysere. I vårt materiale ser vi berre på hovudtilstandar, utan rapporterte bi-tilstandar. Indirekte kontaktar, som samarbeidsmøte med andre instansar, brev og telefonar av administrativ karakter, kunne ved betre datakvalitet belyst forskjellar i ordningane. Registrering av diagnose i psykisk helsevern er lågare enn i somatisk sektor, og manglande diagnose ved kontakt kan føre til manglande

inkludering. Vi bruker i behandlingsanalysane derfor diagnose på siste kontakt i behandlingsperiode, der det vil vere mindre sannsyn for manglande diagnose enn ved første kontakt (12,9 %), som presentert i tabell 1. Datagrunnlaget inneheld ikkje informasjon om begynt/avslutta tilvisingsperiode, og utrekning av behandlingsperiodane er derfor basert på aktivitet, der første og siste kontakt i ein tilvisingsperiode utgjer lengda på perioden. Dersom avtalespesialistane har vesentleg lengre tilvisingsperiodar enn DPS, vil tal kontaktar per periode kunne vere enda høgare hos spesialistane enn rapportert. Justering av aktivitetsdata for kjønn og alder kunne kasta meir lys over om det er forskjellar i etterspørsel eller tilbod som forklarar dei observerte skilnadane i forbruket.

Vi har ikkje tilgang til data som forklarar kvifor helsehjelpa vert avslutta, og manglar utfallsmål som kan beskrive om behandlinga var nyttig. Vi veit ikkje om lange behandlingsløp er betre eller ineffektive, om korte løp er dårlege eller effektive, og kan ikkje ta for gitt at pasienten er frisk når behandling blir avslutta (Nordmo et al., 2021; Barkham & Lambert, 2021; Psykologforeningen, 2019 og 2021).

Rettsvurderingar ved DPS inneber ein prioritering som kan medføre ein seleksjonsbias. Eit viktig aspekt ved behandling av psykiske lidningar er samarbeid med primærhelsetenesta, der ein stor del av utgreiing og behandling av psykiske lidningar går føre. Sjølv om dette fell utanfor rammene for denne studien, er det viktig å sjå helsetenesta som ein heilskap. Vi har ikkje data om kostnader avgrensa til pasientar behandla for stemnings- og nevroslidningar. Bruken av gjennomsnittskostnader på DPS-konsultasjonar overdriv truleg gjennomsnittskostnaden per behandla pasient i samanlikninga.

Konklusjon og implikasjonar

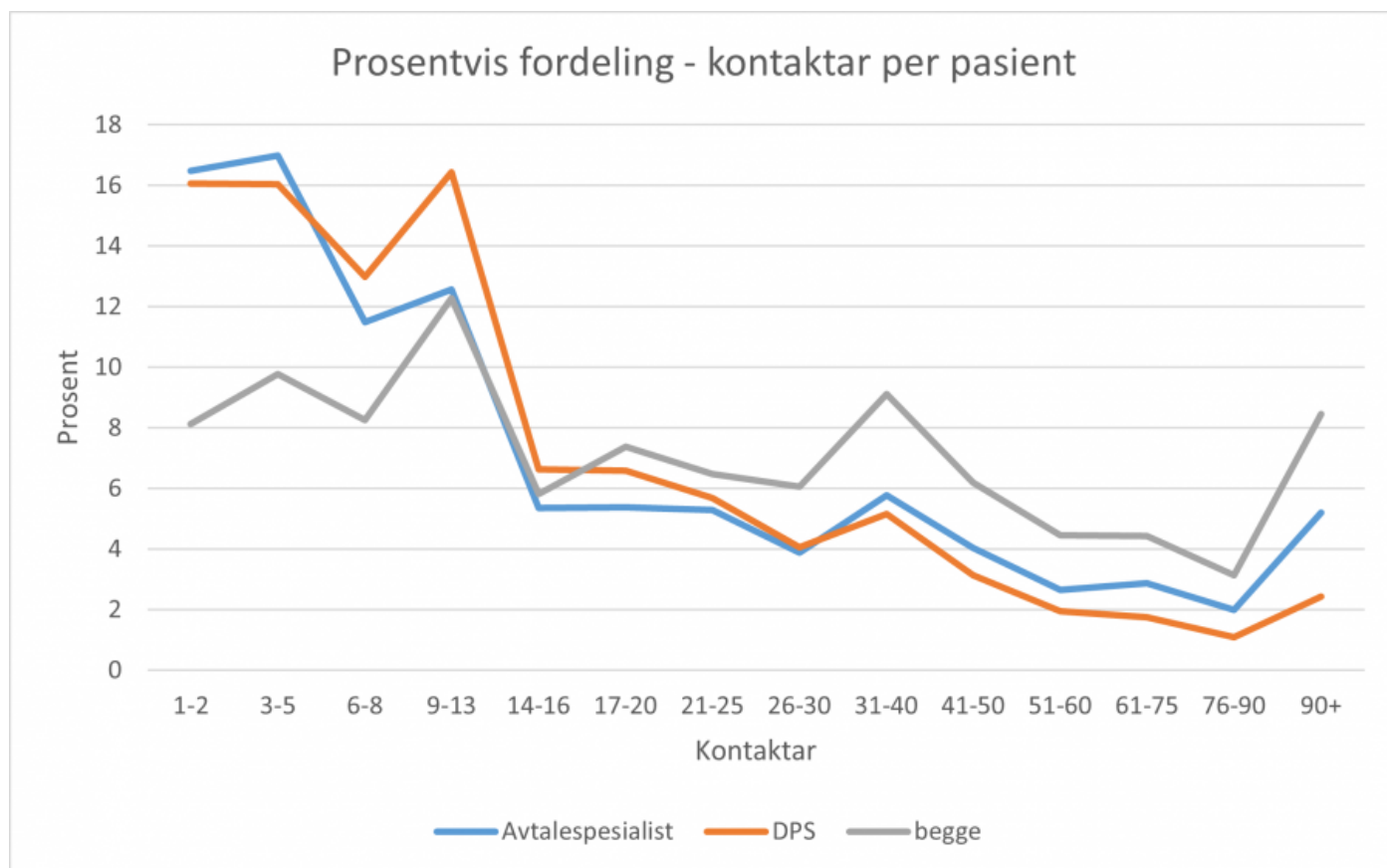
Denne studien viser at pasientar med stemningslidningar og nevrotske lidningar mottar lengre behandling hos avtalespesialistar enn ved DPS. Det er eit prioriteringsparadoks fordi desse pasientane enten ikkje er tilvist eller ikkje er prioritert ved DPS. Det er stor geografisk variasjon i avtalespesialisttilbodet i psykisk helsevern for vaksne, og dekningsgraden av avtalespesialistar er lågast i Nord- og Midt-Norge. Så lenge styring og kontroll med prioriteringar er ulikt organisert for DPS og avtalespesialistordninga i psykisk helsevern, må vi forvente geografisk variasjon i tilgang til og bruk av dei to tenestene.

Takksigelse: Takk til Haji Kedir Bedane og Knut Ivar Osvoll ved Helseatlastenesta i Helse Førde for analysehjelp og databehandling.

Appendiks

Figur A1

Prosentvis fordeling av pasientar etter kor mange kontaktar dei fekk i femårsperioden



TEKST

Maria Holsen

KONTAKT: liisa.maria.holsen@helse-forde.no

Per Arne Holman

Ole André Solbakken

Lars Lien

+ Vis referanser

Bale, M., Holsen, M., Osvoll, K. I., Bedane, H. K. & Skrede, O. (2020). *Oversikt og analyse i bruk av psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar i Noreg for åra 2014-2018*. Helse Førde HF rapport 1/2020. <https://doi.org/10.7577/nova/rapporter/1998/3>

Barkham, M. & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 135-189). John Wiley & Sons.

Breidablik, H. J. & Meland, E. (2018). Stor variasjon i bruk av psykisk helsevern i Sogn og Fjordane. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(5), 340-349. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/05/stor-variasjon-i-bruk-av-psykisk-helsevern-i-sogn-og-fjordane>

Brujniks, S. J., Lemmens, L. H., Hollon, S. D., Peeters, F. P., Cuijpers, P., Arntz, A., Dingemanse, P., van Oppen, P., Twisk, J. W. R., van den Boogaard, M., Spijker, J., Bosmans, J. & Huibers, M. J. H.

(2020). The effects of once-versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 222–230.

<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.265>

Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S. & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679–686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)

Helsedirektoratet. SAMDATA (u.å.). *Produktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR)*. Dashboard - PHR - Produktivitet (helsedirektoratet.no)

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Kortversjon av Meld. St. 7 (2019– 2020)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

Lundemo, A. T. & Ellingsen, I. (2021). *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2020*. Rapport IS-2987 Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202020.pdf>

Maconick, L., Sheridan Rains, L., Jones, R., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2021). Investigating geographical variation in the use of mental health services by area of England: a cross-sectional ecological study. *BMC health services research*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06976-2>

Magnussen, J., Aaserud, M., Granaas, T., Magelssen, M., Syse, A., Celius, E. G. & Syversen, I. D. (2015). *På ramme alvor: Alvorlighet og prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 34 (2015– 2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

Nordmo, M., Monsen, J. T., Høglend, P. A. & Solbakken, O. A. (2021). Investigating the dose-response effect in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 31(7), 859–869. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1861359>

Praktiserende spesialisters landsforening og Legeforeningen. (2021). *Innføring av rettighetsvurdering i felles henvisningsmottak i psykisk helsevern*.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/praktiserende-spesialisters-landsforening/aktuelt/innforing-av-rettighetsvurdering-i-felles-henvisningsmottak-i-psykisk-helsevern/>

Ose, S. O., Ådnanes, M. & Pettersen, I. (2014). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013*. Sintef/NTNU. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/pasientkartlegging/rapport-a26337-poliklinidkr-pasienter-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2013.pdf>

Psykologforeningen (2019). *Psykologforeningen har undersøkt mulighetene for å gi god behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.

<https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/psykologfor...>

Psykologforeningen (2021). *Slik opplever psykologer mulighetene for å hjelpe pasienter*.

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/slik-opplever-psyko...>

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Rapport. Folkehelseinstituttet.

Riksrevisjonen (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. Dokument 3:13 (2020–2021). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

Saxena, S., Lora, A., Van Ommeren, M., Barrett, T., Morris, J. & Saraceno, B. (2007). WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatric Services*, 58(6), 816–821. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.816>

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. & Wharton, G. (2020). International Health Care System Profiles. *The Commonwealth Fund*.

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>

