

Stor variasjon i bruk av psykisk helsevern i Sogn og Fjordane

Hans Johan Breidablik og Eivind Meland

Stor variasjon i bruk av psykisk helsevern i Sogn og Fjordane

Innbyggjarane sin bustadkommune spelar ei viktig rolle for i kva grad pasientar med same lidningar får tenester frå spesialisthelsetenesta eller ikkje. Også omfanget av hjelpa fra spesialisthelsetenesta, varierer frå kommune til kommune.

Lik tilgang på helsetenester, uavhengig av bakgrunn og bustad, er eit sentralt prinsipp i norsk helsevesen. Likevel syner både tidlegare forskning og etablering av ulike «Helseatlas» at geografiske skilnader er framstående, også i Noreg («Helseatlas.no»; Suren et al., 2013). Kartleggingar av områdevariasjon viser variasjon i medisinsk praksis, og at helsetenester i stor grad er ulikt fordelt både internasjonalt og i Noreg (Corallo et al., 2014; McPherson et al., 1982; Wennberg, 2010). Det er usemje om det optimale nivået for dei ulike tenestene. Stor variasjon utover naturlege lokale ulikskapar i sjukelegheit kan tyde på at både over- og underbehandling skjer parallelt, og utan at aktørane er seg bevisst dette.

Også på område der ein har utvikla retningslinjer for diagnostikk finn vi stor variasjon. Det er relevant å stille seg spørsmålet om variasjonane skuldast lokale og skiftande kulturar mellom medisinsk personell (Suren et al., 2013; Wennberg, 2010). Kulturforskjellar er vist i Noreg når det gjeld tersklar for utskrivning av sovemiddel og angstdempende medisinar (Bjorndal & Fugelli, 1989). Det tek tid å endre slike kulturar og gjere tenestene meir vitenskapleg funderte med tanke på diagnostikk og behandling, og det er ikkje sikkert om det let seg gjere (Prior, Guerin, & Grimmer-Somers, 2008). I USA har John Wennberg vist at der er like store lokale variasjonar mellom akademiske senter og universitetssjukehus som mellom andre institusjonar i helsetenesta. Slike variasjonar går «under radaren» for det medisinsk forsvarlege (Wennberg, 2010).

I Noreg er det berre nokre studiar som har undersøkt variasjon i tilvisings-, diagnose- og behandlingspraksis (Forde, Breidablik, & Ogar, 2011; McPherson et al., 1982; Suren et al., 2013). Dei fleste studiane som har undersøkt variasjon innanfor geografiske område, har i hovudsak påvist skilnader innanfor ulike somatiske behandlingsformer og forbruk i spesialisthelsetenesta (Corallo et al., 2014; McPherson et al., 1982). Dokumentasjonen tyder på at vi har ein tilsvarende geografisk variasjon også innanfor psykisk helsevern, sjølv om forskinga her er mindre omfattande (Bjorndal & Fugelli, 1989; Suren et al., 2013). Førekomst av utviklingsforstyringar og nevrologiske sjukdommar hos barn i norske fylker viste store forskjellar i diagnostikk av ADHD og autisme, og mindre variasjonar når det galdt nevrologiske sjukdomar. Forfattarane konkluderte med at det er grunnlag for å stille spørsmål om helsevesenet i Noreg oppnår målsetjinga om likeverdig og

sikkert helsetilbod. Samdatarapport 16/2017 skriv i innleiinga: «Variasjonene blir ofte større når vi studerer spesifikke pasientgrupper, typer behandling eller aldersgrupper enn når vi ser på variasjoner i tjenestene samlet» (Samdata 16/2017).

Vi har vist at primærhelsetenesta sannsynlegvis er ein minst like sterk generator av uheldig praksisvariasjon som spesialisthelsetenesta

Ei vanleg forklaring på store forskjellar i handsamingsprakis er at tilbod av tenester frå spesialisthelsetenesta er forskjellig. Den rolla som primærhelsetenesta spelar som tilvisar, er i liten grad fokusert. Lokale variasjonar og kulturar for kva problem ein vil handsame sjølve, og når ein meiner eit problem er så stort at ein ber om hjelp frå spesialisthelsetenesta, må sannsynlegvis spele ei rolle. Kulturforskjellar i spesialisthelsetenesta si evne til samarbeid og ansvarsplassing av oppgåver til primærhelsetenesta kan også vere viktige (Watts, Shiner, Klauss, & Weeks, 2011; Wennberg, 2010).

På bakgrunn av dette var føremålet med studien å undersøkje

- 1 kommunevise variasjonar av pasient- og konsultasjonsratar knytt til sentrale diagnosegrupper innan det psykiske helsevernet for vaksne (PHV) og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP)
- 2 variasjonen mellom dei ulike distriktpsikiatriske sentera (DPS)
- 3 i kva grad der var samanheng mellom tilvisingshyppigheit frå primærhelsetenesta og omfanget av behandling som vart gjeve av spesialisthelsetenesta for born og unge i fylket
- 4 om reisetida til næraste DPS var assosiert med pasientratane i PHV og BUP

Metode

Datakjelder

Helse Førde sitt opptaksområdet omfattar rundt 110 000 innbyggjarar, fordelt på 26 kommunar. Innbyggjartala i kommunane varierer frå rundt 800 til nærare 13 000, med eit gjennomsnitt på om lag 4200. Gjennomsnittleg reisetid til næraste DPS er 60 minutt, og varierer mellom 10 og 205 minutt.

Basert på innspel frå sentrale aktørar i dei aktuelle fagmiljøa i BUP og PHV vart data henta frå elektronisk pasientjournal (EPJ) rapportar (D-6817 og D-6813) for eit utval diagnosegrupper henta frå den elektroniske pasientjournalen (DIPS) for fireårsperioden 2012–2015. Einskilddiagnosar frå ICD-10 vart grupperte inn i kliniske diagnosegrupper. Diagnosegruppene som vart nytta i

undersøkinga, var i BUP (med tilhøyrande diagnosekodar): hyperkinetiske forstyrningar – ADHD (F90), åtferdsforstyrningar (F91) og angstlidingar i barndommen (F93).

For vaksne nytta vi følgjande diagnosegrupper (med tilhøyrande diagnosekodar): psykoselidingar (F20–29), bipolare lidingar (F30–31), depressive lidingar (F32–39) og personlegdomsforstyrningar (F60–69). Vi valde hyppig førekommende diagnosar i ein tidsperiode på fire år for å auke validiteten av funna våre. Følgjande variablar vart trekte ut frå rapportane som grunnlag for analysane: polikliniske konsultasjonar, hovuddiagnose, alder og kjønn, NPR-nummer, primærtilvising og bustadkommune. I tillegg berekna vi reisetider frå kommunesentra til det tilhøyrande DPS. Tilvisingsdiagnosar var ikkje mogeleg å ekstrahere på konsistent vis.

Analysar og resultatpresentasjonar

Basert på data frå fireårsperioden vart det konstruert alders- og kjønnsjusterte ratar pr. 1000 innbyggjarar for talet på tilvisingar (tilvisingsratar) og utførte polikliniske konsultasjonar (konsultasjonsratar) knytt til dei ulike diagnosegruppene og for talet på unike pasientar som var behandla (pasientratar). Vi registrerte alle innkomne primærtilvisingar (tilvisingsratar) og samla mengde konsultasjonar innan BUP i perioden uavhengig av diagnose. Alders- og kjønnsjusteringane nytta direkte standardisering og norsk standardbefolkning slik det er tilrådd i læreverk i epidemiologi (Rothman, 2012). For å avgjere om der var klinisk relevante forskjellar mellom tilvisingsratane mellom kommunane, rekna vi 95 % konfidensintervall (KI) på desse ratane, der vi nytta folketalet mellom 0 og 17 år i kvar kommune som N i utrekningane.

Det psykiske helsevernet i Sogn og Fjordane er desentralisert og inndelt i tre DPS. Resultata vart illustrerte som figurar, der kvart DPS fekk ein unik bokstav (A-C) og kvar kommune som sokna til kvart DPS, eit tal som vi kombinerte med bokstaven for det tilhøyrande DPS-et. Pasientratane vart ordna etter aukande verdi og dei tilhøyrande konsultasjonsratane med punkt som var bunde saman av ei linje med innlagt lineær trendlinje. I den siste figuren erstatta vi pasientratane med tilvisingsratar.

Statistikk

Vi berekna korrelasjonar mellom pasientratar og konsultasjonsratar, og mellom tilvisingsratar og konsultasjonsratar ved hjelp av Pearsons korrelasjonskoeffisientar, med tosidige testar og tilhøyrande p-verdi. Vi nytta Excel versjon 2013 til figurframstillingar, konstruksjon av lineære trendlinjer og korrelasjonsanalysar. For å avgjere om der var klinisk relevante forskjellar mellom tilvisingsratane mellom kommunane, rekna vi 95 % konfidensintervall på desse ratane. Vi nytta SPSS (versjon 23) til

dette og til lineære regresjonsanalysar for å undersøke assosiasjonane mellom pasientratar og reisetida til næraste DPS.

Etikk

Prosjektet vart førelagt Personvernombodet i Helse Førde og Regional etisk komité (REK). Konklusjonen til REK var at prosjektet var eit kvalitetssikringsprosjekt, og tilråding frå Personvernombodet vart gjeve. Prosjektet var også presentert for brukarutvalsrepresentant knytt til psykisk helsevern i Helse Førde, som har gjeve godkjenning til gjennomføring og publikasjon. Publisering av resultatata er ikkje venta å gje belastningar for einskildpasientar, då alle analysar og presentasjon av resultat er anonyme og presenterte på gruppenivå, der òg kommunane og DPS er anonyme.

Resultat

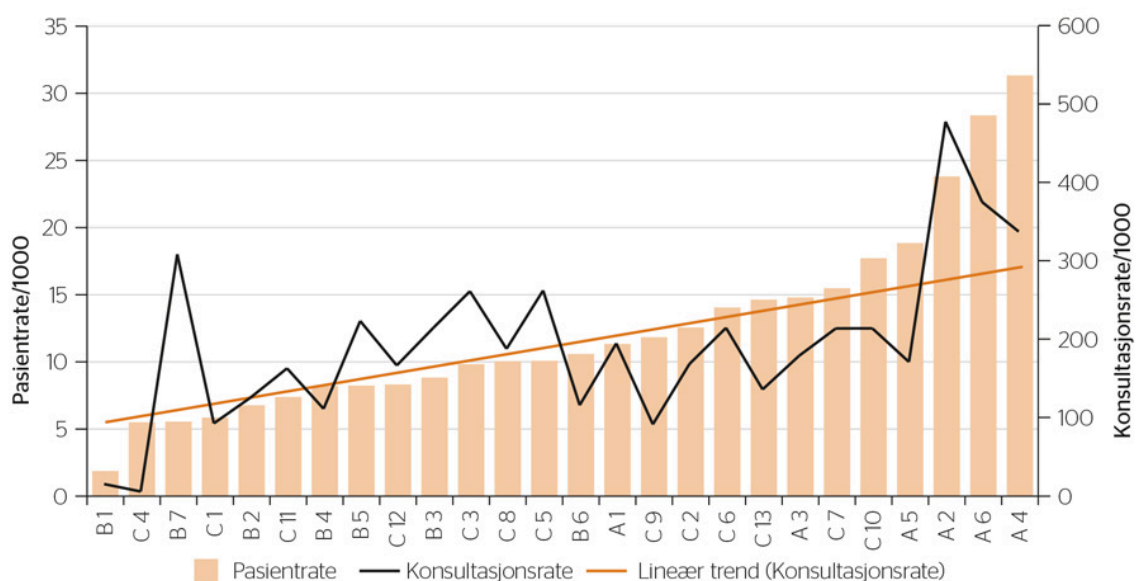
I tabell 1 har vi gitt ei oversikt over funna med tal, ratar og minimums- og maksimumsverdiar for dei ulike utfallsmåla i fylket.

Diagnose-grupper	Tal			Ratar	
Psykoseliding (F20–29)	245	(0–43)	10 645	(0–1902)	0–4 0–249
Bipolar lidning (F30–31)	290	(1–44)	6 843	(3–1534)	1–5 1–213
Depressiv lidning (F32–39)	1 213	(2–161)	20 197	(3–2689)	2–16 4–384
Personlegdomsforstyrning (F60–69)	214	(1–36)	7 290	(1–2171)	0–5 0–384
Barn					
ADHD(F90)	333	(1–41)	5 425	(1–713)	6–31 6–477
Åtferdsforstyrning (F91)	70	(0–12)	1 247	(0–229)	0–8 0–259
Angstlidning (F93)	232	(0–29)	3 758	(0–462)	0–21 0–499
Primær-tilvisingar for barn	2 358	(12–313)	57 397	(200–7976)	41–137 560–4177

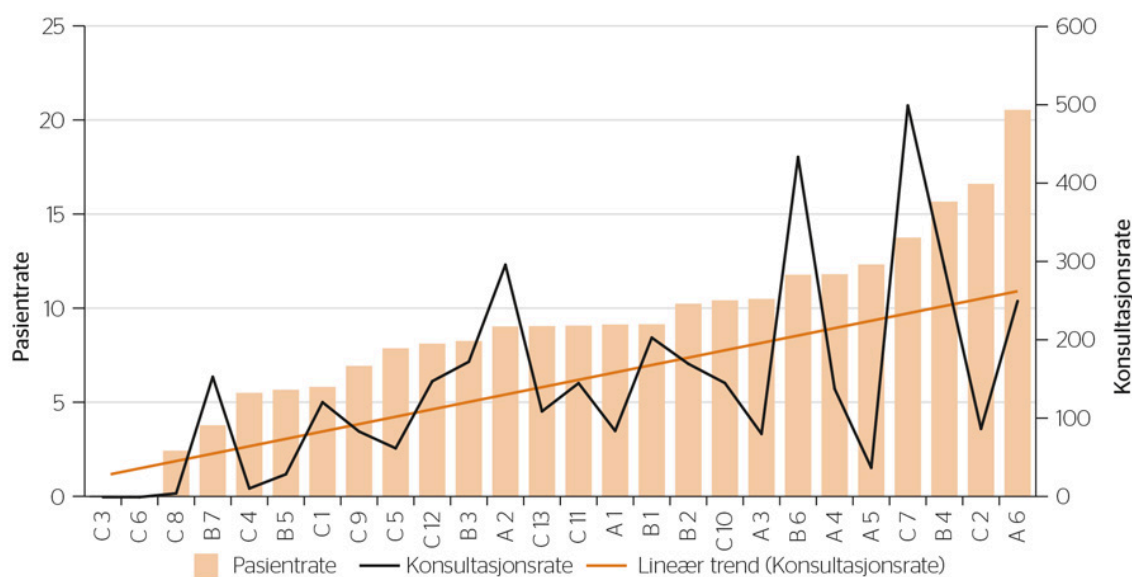
Pasientrate og konsultasjonsrate for diagnosegrupper i BUP

Tabell 1 og figur 1 viser ein variasjon frå 6 til 31 for pasientratar knytte til ADHD-tilstandar (F90), og konsultasjonsratane varierte mellom 6 og 477 konsultasjonar per 1000 barneinnbyggjarar. Tabell 1 og figur 2 viser at diagnosegruppa angstlidingar (F93) varierte mellom 0 og 499 konsultasjonar, og pasientratane varierte mellom 0 og 21 pasientar per 1000 barneinnbyggjarar.

Figur 1 Kjønn- og aldersjusterte pasientrater og konsultasjonsrater per 1000 barneinnbyggjar i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane knytt til hovuddiagnosegruppe F90 (ADHD) i perioden 2012–2015 (A, B og C står for områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje for konsultasjonsrater er lagt inn.



Figur 2 Kjønn- og aldersjusterte pasientrater og konsultasjonsrater per 1000 barneinnbyggjar i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane knytt til hovuddiagnosegruppe F93 (angstliding) i perioden 2012–2015 (A, B og C står for områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje for konsultasjonsrater er lagt inn.

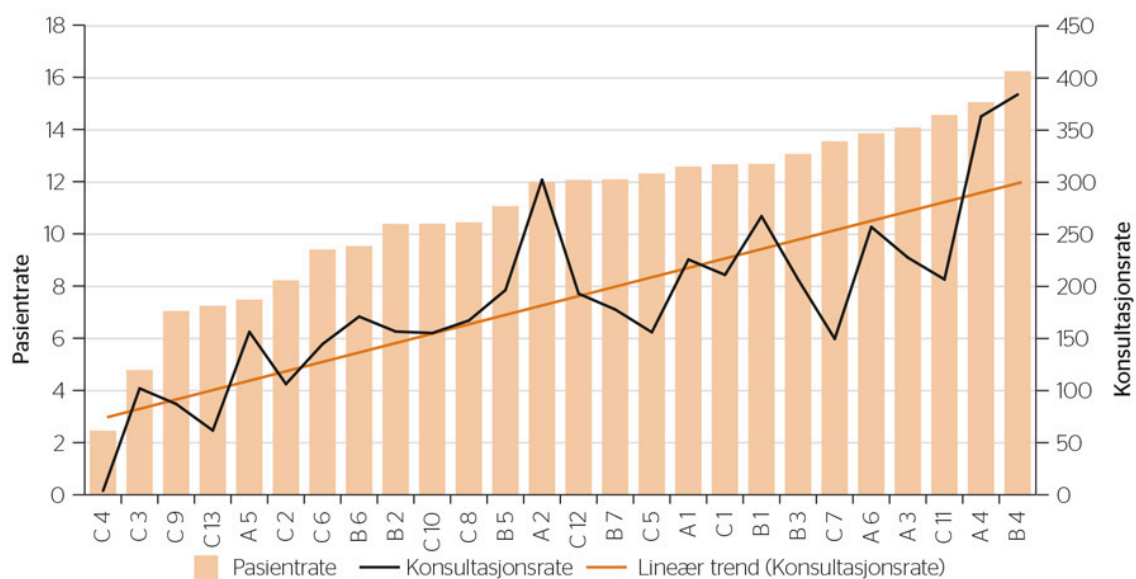


Det er også gjort tilsvarende analyser for diagnosegruppa åtferdsforstyringar (F 91), som syner variasjonar i konsultasjons- og pasientratane mellom 0 og 259 og mellom 0 og 8 pasientar per 1000 barneinnbyggjarar i perioden. Korrelasjonen mellom pasient- og konsultasjonsratar var 0,48 ($p=0,02$) for angstlidingar og 0,71 ($p<0,001$) for åtferdsforstyringar.

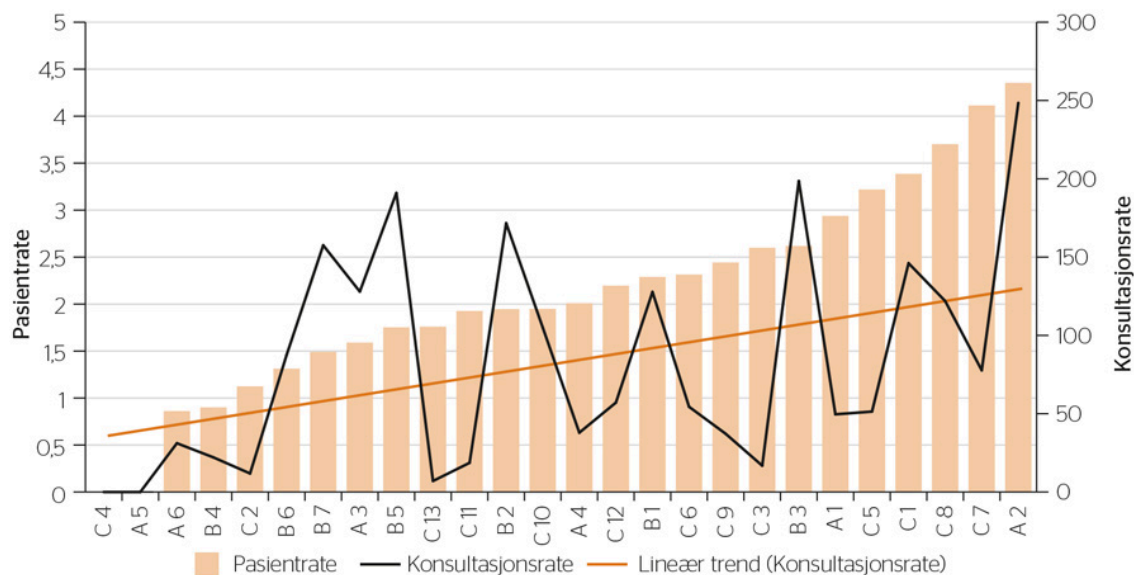
Pasientrate og konsultasjonsrate for diagnosegrupper i PHV

Innan PHV undersøkte vi fire diagnosegrupperingar. Tabell 1 og figur 3 viser at konsultasjonsratane for depressive lidingar varierte mellom 4 og 384 konsultasjonar og tilsvarende mellom 2 og 16 for pasientratane. I tabell 1 og figur 4 viser vi konsultasjonsratane for alvorlege sinnslidingar hos vaksne (F20–29) med variasjon frå 0 til 249 konsultasjonar per 1000 innbyggjarar, og variasjon i pasientratane frå 0 til 4 pasientar per 1000 innbyggjarar. For bipolare lidingar (F 30–31) varierte konsultasjonsraten mellom 1 og 213, medan pasientratane varierte mellom 1 og 5 pasientar per 1000 innbyggjarar. For personlegdomsforstyringar (F 60–69) fann vi tilsvarende mønster. Korrelasjonen mellom pasient- og konsultasjonsratar varierte med korrelasjonskoeffisientar mellom 0,36 ($p=0,08$) for psykoselidingar og 0,84 ($p<0,001$) for depressive lidingar.

Figur 3 Kjønn- og aldersjusterte pasientrater og konsultasjonsrater per 1000 vaksne innbyggjarar i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane knytt til hovuddiagnosegruppe F32–39 (depressive lidingar) i perioden 2012–2015 (A, B og C står for områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje for konsultasjonsratar er lagt inn.



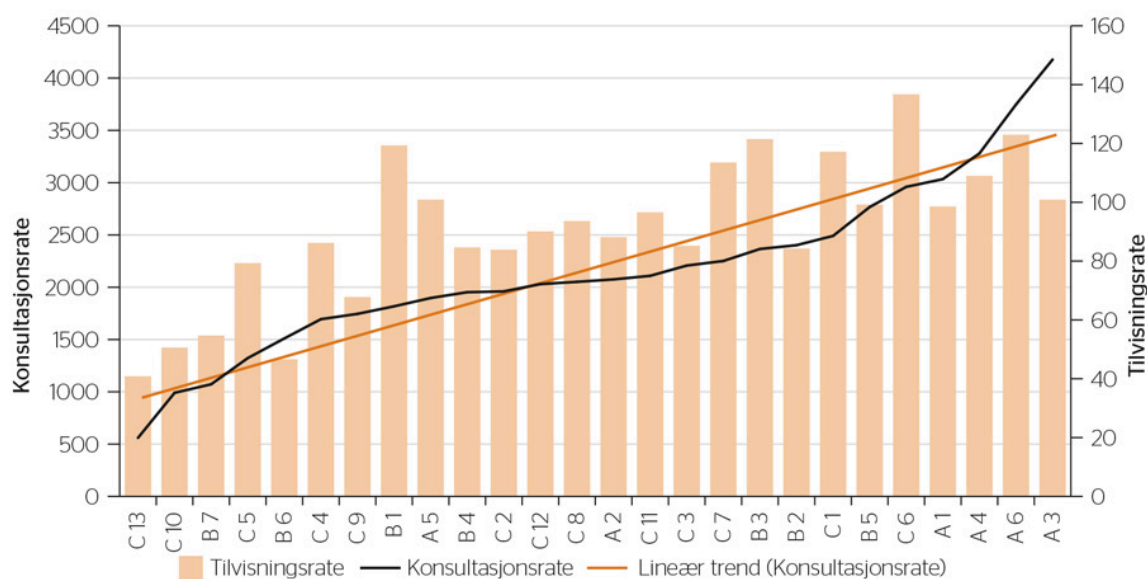
Figur 4 Kjønn- og aldersjusterte pasientrater og konsultasjonsrater per 1000 voksne innbyggjarar i dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane knytt til hovuddiagnosegruppe F20–29 (psykose-lidingar) i perioden 2012–2015 (A, B og C står for områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje for konsultasjonsrater er lagt inn.



Samanheng mellom total tilvisingsrate og konsultasjonsrate i BUP

Figur 5 viser samanhengen mellom totaltalet av konsultasjonar knytte til alle diagnosetypar og totaltalet primærtilvisingar til BUP i den same fireårsperioden. Konsultasjonsraten varierte mellom 560 og 4177 per 1000 barneinnbyggjarar, medan tilvisingsraten varierte mellom 41 og 137 primærtilvisingar per 1000 barneinnbyggjarar. Korrelasjonen mellom tilvisingsraten og konsultasjonsraten var høg, 0,72. ($p < 0,001$). Vi undersøkte i kva grad der var overlappende 95 % KI mellom tilvisingsratane frå kvar kommune. Dei fire kommunane med lågast tilvisingsratar hadde KI som ikkje overlappa med seks kommunar i det øvste sjiktet av tilvisingsratar. Konfidensintervallet for kommune B7 var 37–77, medan det lågaste intervallet for dei seks kommunane med høgaste tilvisingsratar var 90–140 i kommune C7. Dei andre 16 kommunane hadde overlappende KI.

Figur 5 Forholdet mellom tilvisingsratar samla for alle problemstillingar til BUP, og tilhøyrande konsultasjonsrater per 1000 barneinnbyggjar for Helse Førde i perioden 2012–2015 (A, B og C er dei tre områdeinndelingane av det psykiske helsevernet med tilhøyrande siffer for opptakskommunar). Lineær trendlinje er lagt inn for konsultasjonsratar.



Fordelinga på dei tre DPS-ane

Når pasientane vert delt inn etter dei tre DPS-områda (A, B og C), varierte konsultasjonsraten frå 306 til 496 per 1000 barneinnbyggjarar. Pasientraten varierte frå 19 til 33 pasientar per 1000 barneinnbyggjarar (figur er ikkje tatt med). Pasientraten hos DPS-områda B og C låg på om lag same nivå, medan DPS-områda A og B hadde om lag same nivå på konsultasjonsraten. Ratane

viste at DPS B hadde nær 50 % fleire konsultasjonar for same pasienttal som DPS A for dei same diagnosegruppene i BUP.

Stor variasjon utover naturlege lokale ulikskapar i sjukelegheit kan tyde på at både over- og underbehandling skjer parallelt

Assosiasjonar mellom pasientratar og reisetid

Vi undersøkte i kva grad reisetida til det lokale DPS-et hadde samanheng med pasientratane, ved hjelp av ujusterte og justerte lineære regresjonsanalysar (justert for kommunestorleik og i BUP også for tilvisingsrate). I BUP fann vi ingen signifikant samanheng med ujustert og justert standardiserte regresjonskoeffisientar på høvesvis -0,30 (p 0,14) og -0,41 (p 0,11). I PHV fann vi ein sterk og høgsignifikant samanheng med koeffisientar på -0,71 (p <0,001) og -0,65 (p 0,002).

Diskusjon

Diagnosegrupperingane vi har undersøkt, viser markerte variasjonar i pasientratar og konsultasjonsratar mellom kommunane i Sogn og Fjordane. Der er også varierende samsvar mellom pasientrate og konsultasjonsrate frå kommune til kommune, sjølv om korrelasjonskoeffisientane viste moderate til sterke assosiasjonar med verdiar frå 0,36 til 0,84. Vi fann større samsvar mellom dei tre DPS-a i fylket, sjølv om eitt av dei gav 50 % fleire konsultasjonar for det same pasienttalet som eit anna DPS med tilsvarende diagnoser. Resultata viste også stor variasjon, men ein klar samanheng mellom totalnivået av primærtilvisingar inn til BUP og utførte konsultasjonar frå den same tenesta i perioden. Reisetida spelar ei viktig rolle i PHV, men ikkje i BUP.

Den geografiske variasjonen tyder på at innbyggjarane sin bustadkommune spelar ei viktig rolle for i kva grad pasientar med same lidningar får tenester frå spesialisthelsetenesta eller ikkje, og omfanget av hjelpa som spesialisthelsetenesta gjev, varierer også frå kommune til kommune. Det er ei målsetting at den samla dekningsgraden for BUP sine tenester skal dekkje 5 % av barnebefolkninga. Sjølv om denne målsettinga samla sett er nådd i fylket (Direktoratet for e-helse 2017), sikrar det ikkje at behovsdekninga blir likeleg fordelt.

Vi fann samanheng mellom avstand til dei distriktpsikiatriske sentera i vertskommunar og pasientratar i slike kommunar bare for sjukdomar i PHV. Slik samanheng er òg dokumentert for bruk av legevakt (Raknes, Morken, & Hunskar, 2014). For sjukdomar som vart handsama av BUP, fann vi ingen slik samanheng, men her såg vi at tilvisingspraksis frå kommunane er ein sentral faktor for å

forklare variasjonar i konsultasjonsratane. Spesialisthelsetenesta synes i liten grad å jamna ut ugrunna variasjon i tilvisingar av pasientar frå primærhelsetenesta.

Vi har påvist klinisk relevante forskjellar i pasient- og konsultasjonsratar når det gjeld til eksempel ADHD. Våre funn samsvarer godt med ein nasjonal kartleggingsstudie (Suren et al., 2013) og med funn som viser at primærlegar har forskjellig terskel for når dei tyr til medikamentell behandling av same tilstand (Bjorndal & Fugelli, 1989; Suren et al., 2013). Vi tar dette som eit uttrykk for at den eksterne validiteten av studien var tilfredsstillande. Vi fann ikkje at diagnoser med ein sterk biologisk årsakskomponent hadde mindre variasjonar enn andre psykiske lidingar, slik Suren og medarbeidarar viste (Suren et al., 2013),

Vi har òg dokumentert klinisk relevante forskjellar i tilvisingsratar mellom dei ulike kommunane. I internasjonal litteratur har ein hatt stor merksemd mot ulikskap mellom behandlarkulturar i spesialisthelsetenesta (Corallo et al., 2014; McPherson et al., 1982). Vi har vist at fastlegane er viktige for å forstå variasjon i spesialisthelsetenesta ved at dei er tilvisarar til denne helsetenesta. I internasjonal litteratur er det dokumentert at der er ulik kunnskap om og fokus på psykiske lidingar i allmennpraksis, og at det varierer både innan og mellom land (Chan & van Weel, 2008). Den lokale tilvisingskulturen får på dette viset ei viktig rolle.

Denne studien kan ikkje gi svar på kva som former den lokale tilvisingskulturen. ADHD hos born er ei lidning der norma formulert i den nasjonale faglege retningslinja, tilseier utgreiing i spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet 2014/2016), og det kan tenkjast at dette kan vere eit insentiv til å auke tilvisingspraksis mellom fastlegar som ikkje har fokus på eller kompetanse innan psykisk helsevern. Det er også vist i ein studie frå USA at det ofte er personalet ved skulane som er dei første som reiser spørsmål om ADHD-diagnose (Sax & Kautz, 2003), og dette samsvarer med erfaringar begge forfattarane har hatt som skule- og fastlegar.

Vi fann ein sterk samanheng mellom tilvisingsratar og faktisk ressursbruk i form av konsultasjonsratar. Derfor meiner vi at kunnskap om tilvisingskulturar er viktig for å styrka forståinga av variasjonar i korleis spesialisthelsetenester nyttas.

Det er ikkje eit eksklusivt fenomen for psykiatrien at sjukdomsdiagnoser er sosiale konstruksjonar av symptom og teikn som også førekjem i varierende grad hos normalbefolkninga. I psykiatrien er det tydeleg at der er uklare grenser mellom dei sjuke og dei normale, og symptom og teikn vert språkleg formidla i eit sosialt samspel der læring og forventningar spelar ei stor rolle (Batstra & Frances, 2012).

Utfordringane kan neppe løysast utan gjennom auka merksemd på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenestene

Opplysningar frå fagmiljøa tyder på at få av tilvisingane til psykisk helsevern i Sogn og Fjordane vert avviste. Pasientar som først er tilviste frå kommunane, får med stort sannsyn utgreiingstilbod i spesialisthelsetenesta. Dette kan tyde på at spesialisthelsetenesta i mindre grad enn ein kunne ønske, tek ansvar for å vurdere og prioritere tilvisingar slik at det også kan vere med og jamne ut geografiske forskjellar. Sjølv om vi ikkje veit kva som er optimal konsultasjonsrate for dei ulike pasientgruppene, er det også tydeleg at det er ulike kulturar i dei ulike DPS-a når det gjeld behandlingssintensitet.

Ulike botemiddel har vært foreslått for å redusere ugrunna praksisvariasjon og overdiagnostikk. John Wennberg foreslår organisatoriske og finansielle løysingar som gjer primærhelsetenesta til ansvarleg for spesialisthelsetenesta gjennom såkalla *managed care* og *health trusts*, for gjennom dette å redusere ulikskapar i lokale kulturar hos spesialistane (Wennberg, 2010). Vi har vist at primærhelsetenesta sannsynlegvis er ein minst like sterk generator av uheldig praksisvariasjon som spesialisthelsetenesta. Andre foreslår å leggje større vekt på funksjonsvurderingar som grunnlag for tilvisingsindikasjonar (Batstra & Frances, 2012). Med eit slikt utgangspunkt kunne primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta i større grad samarbeidd slik at pasientar med avgrensa funksjonstap vart handsama i primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta vart nytta der funksjonstapet var stort. Då måtte òg retningslinjer som baserer seg på sjukdomsdiagnosar, vore endra til i større grad å vektleggja funksjon (Helsedirektoratet 2014/2016).

Avgrensingar ved undersøkinga

Artikkelen dokumenterer stor praksisvariasjon, og vi er på det reine med at det er eit spørsmål om skjøn om denne er for stor og/eller ugrunna. Ved analyser i små pasientpopulasjonar kan det vere vanskeleg å uttale seg sikkert om variasjonane mellom kommunane er tilfeldige eller ikkje. Vi har ikkje teke med konfidensintervall på alle estimata våre. Sjølv om desse er overlappende i det midtre sjiktet, er dei det ikkje for kommunane i dei ytre endane av fordelingane for dei største diagnosegruppene. Vi har òg forsøkt å motverke effekten av tilfeldig variasjon med å velje diagnosegrupper med flest pasientar, m.a. depressive lidningar i PHV (F32–39) og hyperkinetiske forstyrringar i BUP (F90), og data frå ein fireårs tidsperiode. Materialet omfattar berre pasientar frå

Sogn og Fjordane som er behandla i Helse Førde. Pasientar som er behandla i andre helseføretak eller i private tilbod, inngår ikkje.

Omfanget av private tilbod er avgrensa i fylket, og det er også låg grad av bruk av naboføretak innan psykisk helsevern. Det kan likevel spele ei viss rolle for mindre randkommunar, særleg sør i fylket. Sjølv om vi manglar opplysingar om dette, meiner vi at «pasientlekkasjar» til naboregionar eller til private aktørar er lite utbredt i fylket. Studien er avgrensa til polikliniske konsultasjonar for desse diagnosegruppene og tek ikkje med heildøgnbehandling, som det vil vere fleire av innan dei meir alvorlege sinnslidingane. Dette kan påverke funna meir enn «lekkasjar». I vaksenpsykiatrien vil òg nokre pasientar ha poliklinisk behandling ved sjukehuset i Førde sjølv om dei høyrer til andre DPS.

Sjølv om kodepraksis kan vere av noko varierende kvalitet slik det kjem fram av nasjonale kvalitetsindikatorar på området (Direktoratet for e-helse 2017), skil ikkje kodepraksis i Helse Førde seg negativt frå resten av landet. Det er difor lite truleg at det skulle vere systematiske avvik knytt til dette som kan forklare variasjonen.

Konklusjon

Studien synleggjer utfordringar knytt til ulikskap i korleis helsetilbodet nyttast for dei moderat til alvorleg psykisk sjuke i fylket. Utfordringane kan neppe løysast utan gjennom auka merksemd på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetenestene. Kunnskap om samhandlingsprosessar knytt til tilvising til spesialisthelsetenesta er mangelfull. Det nyleg oppretta nasjonale Helseatlas har som intensjon å auke denne kunnskapen, men vi vil òg trenge diskusjonar og einighet om ansvarsdelinga mellom primær- og spesialisthelsetenesta og om grunnlaget for indikasjonsvurderingar for tilvisingspraksis.

Sluttnoter

1. Forfattarane oppgjev ingen interessekonfliktar. Forfattarbidrag: *Hans Johan Breidablik*: idéskapar, samarbeid om framskaffing av data og skriving av tekst. *Eivind Meland*: Kritisk gjennomgang og oppretting av manus, statistiske analysar og innspel med omsyn til referansar og fortolking av resultat.

2. Takk til Marte Bale og Glenn Øvrevik Kjerland for nyttige innspel på artikkelutkast. Takk òg til klinisk psykolog Christian Moltu, PHV, og leiar for barne- og ungdomspsykiatriske

tenester i Helse Førde og psykiater og fagsjef Trond Aarre, som alle har bidrege med faglege innspel i prosjektet.

Referanser

Referansar

- Batstra, L., & Frances, A. (2012). Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 474–479. doi:10.1097/NMD.0b013e318257c4a2
- Bjorndal, A., & Fugelli, P. (1989). Can regional differences in consumption of tranquillizers and hypnotics be explained by variations in general practitioners' threshold of prescribing? A methodological study. *Scand Journal of Primary Health Care*, 7(2), 67–71.
- Chan, M., & vanWeel, C. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva and London: World Health Organisation, WONCA.
- Corallo, A. N., Croxford, R., Goodman, D.C., Bryan, E.L., Srivastava, D., & Stukel, T. A. (2014). A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy*, 114(1), 5–14. doi:10.1016/j.healthpol.2013.08.002
- Direktoratet for e-helse 2017. Registrering av diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge. Hentet 14.03.17, fra Direktoratet for e-helse <https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rappor...>
- Forde, O.H., Breidablik, H.J., & Ogar, P. (2011). Truar skilnadene i tilvisingsratar målet om likeverdige helsetenester? [Do differences in referral rates threaten the goal of equity in health care?]. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 131(19), 1878–1881. doi:10.4045/tidsskr.10.1450
- Helseatlas.no. Hentet 14.03.17, fra SKDE <http://www.helseatlas.no/>
- Helsedirektoratet 2014/2016. ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging (2014/2016). Hentet 14.03.17, fra Helsedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- McPherson, K., Wennberg, J.E., Hovind, O.B., & Clifford, P. (1982). Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *New England Journal of Medicine*, 307(21), 1310–1314. doi:10.1056/NEJM198211183072104
- Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 888–897. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x

- Raknes, G., Morken, T., & Hunskar, S. (2014). Reisetid og avstand til norske legevakter [Travel distance and the utilisation of out-of-hours services]. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, *134*(22), 2151–2155. doi:10.4045/tidsskr.14.0443
- Rothman, K.J. (2012). *Epidemiology: An Introduction* (2nd edition ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Samdata 16/2017: Hovedresultater SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2012–16. Hdir; økonomi og analyse. Ansv.: Beate Margrethe Huseby. Oslo.
- Sax, L., & Kautz, K.J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of Family Medicine*, *1*(3), 171–174.
- Suren, P., Bakken, I.J., Lie, K.K., Schjolberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., ... Stoltenberg, C. (2013). Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge [Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway]. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, *133*(18), 1929–1934. doi:10.4045/tidsskr.13.0050
- Watts, B. V., Shiner, B., Klauss, G., & Weeks, W. B. (2011). Supplier-induced demand for psychiatric admissions in Northern New England. *BMC Psychiatry*, *11*, 146. doi:10.1186/1471-244X-11-146
- Wennberg, J.E. (2010). *Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care*. Oxford, New York: Oxford University Press.