

Får mer behandling for mindre alvorlige tilstander

Per Halvorsen
journalist

Mindre syke pasienter som blir behandlet av avtalespesialister, får mer behandling enn pasienter med alvorligere tilstander på distriktpspsykiatriske sentre.

– Sammen med kolleger står du bak en studie hvor hensikten var å undersøke geografiske forskjeller i voksnes bruk av avtalespesialister, sammenliknet med DPS. Hva fant dere?

– Pasienter med depresjon eller angst får mer behandling hos avtalespesialistene enn pasienter med samme diagnoser får på DPS. Hos førstnevnte fikk de fem kontakter mer og førtito dager lengre behandling. Det er dette vi kaller prioriteringsparadokset: Avtalespesialistene tar imot pasienter som ikke er prioritert på DPS. Enten er de ikke henvist, eller de kan ha fått avslag. Vi antar at de er mindre alvorlig syke og kanskje har bedre prognose. Vi skulle jo egentlig tro at de fikk mer hjelp, ettersom DPS-ene behandler pasienter som er rettighetsvurdert. Selv om diagnosene er de samme, antar vi at tilstanden er verre og behovet større.

Forskningsintervjuet

Hvem: Per Arne Holman, helseøkonom og analysesjef ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Hvorfor: Aktuell som medforfatter av artikkelen Geografisk variasjon i voksnes bruk av avtalespesialistar og DPS i psykisk helsevern publisert på psykologtidsskriftet.no.

Hva: Dokumenterer det såkalte prioriteringsparadokset: En gruppe pasienter, som enten er avvist eller ikke henvist til DPS, ser ut til å få mer behandling hos avtalespesialist.

– Når det gjelder alvorlighetsgrad, hva vet dere egentlig om forskjeller på pasientene i undersøkelsen?

– Vi har ikke undersøkt alvorlighetsgrad, bare sett på diagnosene. Men vi antar at fastlegen henviser pasienter med milde til moderate lidelser direkte til avtalespesialist.

Det ser jo litt snodig ut

Pasienter som blir avvist ved DPS, kan selv ta kontakt med avtalespesialist dersom de ønsker behandling. Disse seleksjonsmekanismene gjør at vi antar at pasienter i avtalespesialistordningen har lavere prioritet, altså mindre alvorlige tilstander enn de som får tilbud ved et DPS.

– Hvordan reagerer du på funnene?

– Det ser jo litt snodig ut. Dette er en observasjon som både fagfolk, ledere i helsevesenet og politikere bør interessere seg for. Det er naturlig at vi spør oss om det er sånn det var tenkt da vi laget to ordninger for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten.

– Nå er vel DPS-ene og avtalespesialistene organisert såpass forskjellig at det i seg selv kan ha påvirket forskjellene dere har avdekket?

– Det er ikke overraskende at vi finner forskjeller. DPS-ene har ansvar for et stort spekter av pasienter og andre oppgaver. De skal også hjelpe personer med psykoselidelser og rusproblematikk.

DPS-ene bruker dessuten mye tid på utredning som ofte ender med å avkrefte alvorlig eller behandlingskrevende sykdom. Avtalespesialisten på sin side skal verken yte akutthjelp, tilby ambulante tjenester, koordinerte tjenester eller drive spesialistutdanning. De bruker trolig mindre tid på utredning og kan derfor gå raskere i gang med behandling.

– *Bør DPS-ene utrede mindre?*

– Vår studie har ikke undersøkt om tiden brukes på utredning eller behandling. Men jeg registrerer fra debatten om pakkeforløpene at mange er kritisk til utredningsomfanget. Mange sier at pasienter med behov får for lite behandling. Vi bør kanskje se nærmere på om tiden fagfolkene mangler til behandling, kan frigjøres ved kortere utredninger.

– *Vi må jo utrede for å kunne vite om pasienten har rett til behandling eller ikke?*

– Nei. Rettighetsvurderingen skjer i dag for det meste ved å lese henvisningen, uten å møte pasienten. Noen poliklinikker avviser opp mot 50 %, andre bare 5 %. Dersom flere skal tas inn til vurdering, må de konsultasjonene tas fra et sted. DPS-ene og BUP-ene som har prøvd, melder om at de må avslutte flere pasienter raskt før de setter i gang en omfattende utredning. En mulighet kan være å bruke mindre tid på utredninger hos pasienter som ikke skal gå i terapi. Tar psykologen feil, er det neppe krise. Pasienten kan henvises tilbake dersom tilstanden forverres eller man får nye opplysninger.

– *Mindre utredning = mer tid til behandling?*

– Hvis vi vil at pasienter med angst og depresjon skal få lengre behandling ved DPS-ene, må ressursene tas fra et sted.

Men FHM løser ikke prioriteringsutfordringene som gjelder hvilke pasienter som skal avsluttes

Å kutte ned på utredningstid kan være én vei å gå. Kanskje må man også se på om pasienter som går i langvarig behandling, hvor utsiktene til ytterligere bedring er redusert, kan avsluttes tidligere?

– *Til høsten innføres felles henvisningsmottak (FHM). Alle pasienter som er henvist til psykisk helsevern for voksne, skal få vurdert om de har rett til behandling uavhengig av om behandlingen skal gis ved DPS eller av avtalespesialist. Hvordan vil det påvirke forskjellene mellom DPS-ene og avtalespesialistene?*

– Jeg tror FHM er en klok beslutning. Vi kan anta at terskelen for å bli tatt inn til behandling blir mer avstemt. Men FHM løser ikke prioriteringsutfordringene som gjelder hvilke pasienter som skal avsluttes. Det har lenge vært en stor frustrasjon i poliklinikkene og de regionale helseforetakene at det ikke har vært regulert hvor mange nye pasienter avtalespesialistene må ta i året. Det gjør at avtalespesialistene vil kunne si at de ikke har ledige timer, også etter at FHM trer i kraft.

– *Avtalespesialistene vil jo ikke ha slike reguleringer?*

– Det kan man jo skjønne. De skal jo ha noe igjen for at de er så effektive og billige som de er, med en konsultasjonsproduksjon som er mer enn dobbelt så stor som ved DPS-ene. Avtalespesialistene kan gi mer behandling fordi de utfører flere konsultasjoner per årsverk, men ikke har krav om kort ventetid, om å unngå fristbrudd eller ta imot et visst antall nye pasienter i året. Dersom de ble styrt like mye som DPS, vil ordningen miste sitt produktivetsfortrinn.

– *Det er en politisk målsetting å tilby likeverdige helsetjenester uansett hvor du bor i landet. Hvordan vil du karakterisere situasjonen i kongeriket ut fra funnene i studien?*

– Det er stor variasjon i pasientrater og forbruksrater mellom opptaksområdene. Det er neppe likeverdig tilgang. Men hva som er rett nivå, er vanskelig å vite. Vår studie viser at pasienter hos avtalespesialister får noe mer behandling, behandlet for angst og depresjon. Den viser også at bruken

av avtalespesialister varierer mellom opptaksområder. I sum betyr det at i områder med en stor andel avtalespesialister i forhold til DPS får pasientene mer behandling.

– *Hva bør myndighetene gjøre for å skape et mer likeverdig tilbud?*

– Det ligger utenfor denne studiens mandat å gi myndighetene et bestemt råd. Så lenge de to ordningene administreres forskjellig, må vi forvente ulikheter i tilgang og forbruk. For RHF-ene som skal «sørge for» tilstrekkelig kapasitet i psykisk helsevern, er det en utfordring å finne ut hvor stor avtalespesialistordningen skal være i forhold til DPS-ene. Avtalespesialistene rekrutteres ofte fra DPS, og mange DPS sliter med å rekruttere, både i nord og i sør. Flere produktive spesialister med egen praksis vil kunne øke kapasiteten, men det kan også oppleves som å tisse i buksa. Man ender opp med å tappe DPS-ene ytterligere. Det er jo de samme fagpersonene de ulike ordningene konkurrerer om.