

Mange tjenester til få - eller færre til flere?

Om man prioriterte å gi et begrenset poliklinisk behandlingstilbud til alle man valgte å avvise, ville det ikke gitt mer enn en moderat reduksjon i tilbudet til de som faktisk får behandling. Det viser denne studien basert på tall fra 2007 fra fem distriktpspsykiatriske sentre.

TEKST

Sverre Grepperud

Honghong Bei

PUBLISERT 5. desember 2012

ABSTRACT:

Many services to a few - or fewer to more?

Although effective treatments exist, many individuals with psychiatric disorders remain untreated. A logical way to reduce this discrepancy is to transfer resources from individuals receiving treatment (admitted) to individuals rejected treatment (non-admitted). Our study is based upon data from 2007 for five Norwegian Community Mental Health Centres. It shows that giving access to all referred individuals (admitted and non-admitted) causes only a relative moderate reduction in the average amount of treatment for the admitted ones. To be able to supply 5-10 consultations to all non-admitted individuals the average number of consultations for admitted individuals has to be reduced by about ½ to 2 consultations.

Keywords: specialized mental health services, priority-setting, lower refusal rates

En takk til Per Arne Holman og tidsskriftets konsulenter for nyttige innspill og kommentarer.

Begrepet *behandlingsgap* anvendes når antall individer med behov for helsetjenester overstiger det antallet som faktisk mottar slike tjenester. En internasjonal gjennomgang av 37 ulike studier bekrefter at behandlingsgapet for mentale lidelser er høyt, samtidig som størrelsen varierer mellom typer av lidelser og mellom land (Kohn, Saxena, Ievav & Saraceno, 2004). En survey blant norske fastleger fant at 70 % av fastlegene mente at sannsynligheten var lav for at henviste pasienter ville motta et tilbud om spesialiserte helsetjenester innenfor psykisk helsevern, og da særlig for grupper med moderate tilfeller av depresjon og angst (Riksrevisjonen, 2009). Konsekvensene av behandlingsgap, utover den direkte effekten av at noen ikke får tilbud om behandling (avslag), vil være ventelister samtidig som henvisningsraten kan påvirkes. I denne studien inngår fem distriktpspsykiatriske sentre (DPS-er) med en gjennomsnittlig ventetid som i 2007 varierte fra 27 til 71 dager (se tabell 1). At det finnes behandlingsgap,

gjør det nødvendig å bruke tildelingskriterier for hvem som skal ha rett til hvilke tjenester for eksempel gjennom bruk av forskrifter og veiledere (Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp, 2000; Helsedirektoratet, 2008). Det er to typer av tiltak som vanligvis nevnes når man vil redusere et behandlingssgap – økt ressurstilgang og effektivisering. Ved økte budsjettammer eller høyere ytelsesbaserte satser tilføres tjenesteyterne flere ressurser, slik at flere kan få et tilbud. Videre kan tjenesteyterne effektivisere sin drift på en slik måte at mer ressurser frigjøres til behandling.

Økt ressurstilgang og effektivisering er imidlertid ikke de eneste virkemidlene som kan redusere behandlingssgap. Et tredje tiltak vil for eksempel være å prioritere annerledes mellom de som ønsker behandling ved å redusere behandlingssomfanget for de som får behandling, slik at behandlingsressurser frigjøres. Et tiltak av denne typen er altså opptatt av omfanget av en behandling (totalt antall konsultasjoner) og ikke intensitet (antall konsultasjoner per tidsenhet) og varighet (tid mellom oppstart og avslutning en behandling). De som mottar et redusert tilbud, vil kunne erfare lavere behandlingssmessige gevinster, mens de som mottar et tilbud de ellers ikke ville fått, kan tilføres helsemessige gevinster. Et første skritt i vurderingen av slike endringer vil være å beregne i hvilket omfang tilbudet til de som uansett ville fått behandling, må reduseres for å kunne gi et begrenset tilbud til avslagspasientene.

Metode

Denne studien anvender data for fem DPS-er som tilbyr spesialiserte helsetjenester innenfor psykisk helsevern for 220 000 voksne innbyggere. Beregningene utføres for DPS-ene separat og på data fra 2007 hentet fra DPS-enes egne administrative databaser. Data omfatter antall individer som fikk avslag i løpet av 2007, antall pasienter som mottok polikliniske konsultasjoner i løpet av 2007, samt antall konsultasjoner de mottok (telefonkonsultasjoner og gruppemøter er ikke inkludert). Vi beregner hvor stor reduksjon i antall konsultasjoner som ville vært nødvendig for dem som faktisk fikk behandling i løpet av 2007, for å kunne gi avslagspasientene et begrenset tilbud. Dette gjøres ved at de som fikk avslag i 2007, mottar et gitt antall konsultasjoner, og at totalsummen trekkes fra alle dem som faktisk fikk behandling i løpet av 2007. De beregnede reduksjonene oppgis både som absolutte reduksjoner (gjennomsnittlig antall konsultasjoner) og relative reduksjoner (i forhold til gjennomsnittlig behandlingssomfang i 2007). Konsultasjoner som fant sted før og etter 2007, inngår ikke i denne studien. Dette betyr at gjennomsnittlig behandlingssomfang, målt som totalt antall konsultasjoner i 2007 dividert på antall pasienter under behandling i 2007, underestimerer det sanne behandlingssomfanget (gitt inkludering av hele behandlingssforløp). Vi har allikevel valgt å rapportere relative reduksjoner, da de anses å ha en viss informasjonsverdi.

Resultater og diskusjon

I tabell 1 presenteres tall for hver av DPSene som inngår i analysen. Vi observerer at differansen mellom antall henvisninger (antall nyhenviste i 2007) og antall avslag

avviker fra antall pasienter under behandling. Dette skjer fordi mottaket av en henvisning, oppstarten/avslutningen av et behandlingsforløp, og vedtak om avslag kan forekomme i ulike kalenderår. Vi ser videre at DPS-ene varierer både når det gjelder opptaksområdenes størrelse og antall årlige henvisninger, og at disse størrelsene ikke nødvendigvis samvarierer. Noen DPS-er har flere årlige henvisninger enn andre på tross av mindre opptaksområder. Fraværet av samvariasjon gjelder også for opptaksområdets størrelse og antallet pasienter under behandling. DPS D har, på tross av et opptaksområde som er 40 % lavere enn DPS E, et antall pasienter under behandling som er 150 % høyere. DPS-ene varierer også med hensyn til avslagsrater (fra 16 % til 29 %) og gjennomsnittlig behandlingsomfang (fra 8,9 til 12,1). Noe av variasjonen kan trolig forklares med variasjon i behov (alvorlighetsgrad og nytte av behandling), men studier viser at forhold på tilbudssiden (kapasitetsforskjeller og variasjoner i klinisk praksis) også er av betydning (Holman, Grepperud & Tanum, 2011; Holman, Ruud & Grepperud, 2012).

«Når en pasient først er innenfor, kan terskelen for ytterligere konsultasjoner bli lavere uten at dette nødvendigvis har en rasjonell medisinsk begrunnelse»

Først presenteres hva konsekvensene for behandlingsomfanget ville vært for alle som faktisk mottok behandling i løpet av 2007, gitt at alle avslagspasientene i 2007 fikk et tilbud på fem konsultasjoner (se tabell 2). Vi ser at gjennomsnittlig reduksjon i antall konsultasjoner varierer mellom 0,46 og 1,08. Et tilbud om kun fem konsultasjoner for hver avslagspasient kan virke utilstrekkelig i lys av at nye pasienter må diagnostiseres, og fordi førstegangskonsultasjoner er mer krevende enn oppfølgende samtaler. Slike hensyn kan inkluderes ved å øke tilbudet til avslagspasientene fra fem til ti konsultasjoner. Resultatene av dette fremkommer ved å fordoble tallene i tabell 2, noe som igjen gir en gjennomsnittlig reduksjon i antall konsultasjoner på mellom 0,92 og 2,16. For eksempel er det slik at DPS B, med det høyeste behandlingsomfanget før omfordeling, etter omfordelingen ligger høyere enn DPS C gjorde før den samme omfordelingen.

En svakhet ved beregningene i tabell 2 er at de ikke tar tilstrekkelig hensyn til pasientene som i utgangspunktet mottok få konsultasjoner. Videre trenger ikke alle avslagspasientene å ha reelle behov for DPS-tjenester. For å ta høyde for slike forhold skjermet vi den gruppen som mottok fem eller færre konsultasjoner i løpet av 2007, samtidig som behandling nå kun tilbys 50 % av avslagspasientene. De gjennomsnittlige reduksjonene i antall konsultasjoner for den gruppen av pasienter som mottok mer enn fem konsultasjoner i løpet av 2007, varierer nå mellom 0,45 og 1,11 (se tabell 3). Disse reduksjonene avviker ikke særlig fra resultatene i tabell 2 og illustrerer at de to innførte

endringene oppveier hverandre. Ved å halvere antallet avslagspasienter som gis et tilbud, reduseres det antallet konsultasjonstimer som må frigjøres, samtidig som reduksjonene skal fordeles på færre pasienter (kun de som mottok mer enn fem konsultasjoner). Konsekvensene av å øke antall konsultasjoner fra fem til ti for halvparten av avslagspasienter fremkommer nå ved å fordoble tallene i tabell 3. Reduksjonene i gjennomsnittlig antall konsultasjoner for de som mottok mer enn fem konsultasjoner i løpet av 2007, varierer da mellom 0,9 og 2,22.

Tabell 1. Polikliniske konsultasjoner ved 5 DPS-er i Helse Sør-Øst. 2007 (Kilde: Bei, 2011).

DPS	A	B	C	D	E
Opptaksområdets størrelse (antall voksne)	250431	64216	82236	17035	30087
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	27	72	66	36	71
Antall henvisninger	602	1437	1158	609	304
Henvisningsrate (antall henvisninger dividert på opptaksområdets størrelse)	2,4	2,2	1,4	3,6	1,0
Antall pasienter under behandling	1067	1947	2091	770	292
Totalt antall konsultasjoner	11602	23547	18524	7901	3144
Gjennomsnittlig behandlingsomfang (totalt antall konsultasjoner dividert på antall pasienter under behandling)	10,9	12,1	8,9	10,3	10,8
Antall avslag	99	422	257	118	50
Avslagsrate (antall avslag dividert med antall henvisninger)	16	29	22	19	16

Våre beregninger viser, for de DPS-ene vi har studert, at en omfordeling fører til en relativt moderat nedgang i gjennomsnittlig behandlingsomfang. Styrken på de absolutte reduksjonene tiltar jo høyere antallet avslagspasienter som gis et tilbud er i forhold til antall pasienter med et redusert tilbud, og jo flere konsultasjoner avslagspasientene mottar. Styrken på de relative reduksjonene avhenger i tillegg av størrelsen på gjennomsnittlig behandlingsomfang for gruppen med redusert tilbud før omfordeling. Denne effekten forklarer hvorfor de relative reduksjonene er lavere i tabell 3 (mellom 2,36 % og 4,97 %) enn i tabell 2 (mellom 4,25 % og 8,99 %).

Tabell 2. Absolutt og relativ reduksjon i behandlingsomfang for alle pasienter som mottok behandling i 2007 gitt at alle avslagspasienter mottar 5 polikliniske konsultasjoner. 5 DPS-er i Helse Sør-Øst.

DPS	A	B	C	D	E
Gjennomsnittlig behandlingsomfang før omfordelingen	10,9	12,1	8,9	10,3	10,8
Gjennomsnittlig behandlingsomfang etter omfordelingen	10,44	11,02	8,28	9,53	9,94
Reduksjon i gjennomsnittlig antall konsultasjoner	0,46	1,08	0,62	0,77	0,86
(Prosentvis reduksjon i gjennomsnittlig behandlingsomfang)	(4,25)	(8,99)	(6,9)	(7,43)	(7,92)

For å forenkle datainnsamlingen har vi i denne analysen kun anvendt data for 2007, noe som ikke har betydning for våre absolutte tall, men som vil overvurdere anslagene på styrken til de relative reduksjonene. Dette skjer blant annet fordi antall pasienter som mottar fem eller færre konsultasjoner og mer enn fem konsultasjoner blir for lavt sammenlignet med situasjonen hvor alle konsultasjonene i et behandlingsforløp (også utover 2007) inngår. Å inkludere hele behandlingsforløp ville, for våre beregninger, ført til at den totale reduksjonen i antall konsultasjoner skulle blitt fordelt på flere pasienter samtidig som færre pasienter måtte skjermes fra et redusert tilbud. Den samme inkluderingen ville derimot ha introdusert en uklarhet når det gjelder behandlingsskapiteten til det enkelte DPS-et (totalt antall konsultasjoner per tidsenhet). Dermed ville ikke reduksjonen i antall konsultasjoner for den ene gruppen nødvendigvis balansere med økningen i antall konsultasjoner for den andre gruppen, slik tilfellet er når vi ser på et enkelt kålendår.

Tabell 3. Absolutt og relativ reduksjon i behandlingsomfang for de pasientene som mottok mer enn 5 polikliniske konsultasjoner i 2007 gitt at halvparten av avslagspasientene mottar 5 polikliniske konsultasjoner. 5 DPS-er i Helse Sør-Øst.

	A	B	C	D	E
Gjennomsnittlig behandlingsomfang for de som mottok mer enn fem konsultasjoner (før omfordelingen)	19,30	22,40	17,90	15,30	16,4
Gjennomsnittlig behandlingsomfang for de som mottok mer enn fem konsultasjoner (etter omfordelingen)	18,85	21,29	17,18	14,67	15,68

omfordelingen)					
Reduksjon i gjennomsnittlig antall konsultasjoner for de som mottok mer enn fem konsultasjoner	0,45	1,11	0,72	0,63	0,72
(Prosentvis reduksjon i behandlingsomfang for de som mottok mer enn fem konsultasjoner)	(2,36)	(4,97)	(4,02)	(4,12)	(4,35)

Om en omfordeling er samfunnsmessig ønskelig eller ei avhenger ikke av de kvantitative effektene (endringer i antall konsultasjoner), men av eventuelle behandlingmessige følger (effekter) og hvilken vekt de tillegges (verdimessige forhold); altså om mulige gevinster for gruppen som får et tilbud, verdsettes høyere enn konsekvensene av et mulig svekket behandlingsutbytte for den andre gruppen. For eksempel kan et redusert behandlingsomfang utløse større fremtidige behov for tjenester (raskere henvist tilbake), mens tidligere avslagspasienter som får tilbud, kan komme raskere tilbake i arbeid. Videre vil det være slik at endringer i behandlingsomfanget vil påvirke intensitet og varighet, noe som også kan ha behandlingmessige konsekvenser.

«Økt ressurstilgang og effektivisering er ikke de eneste virkemidlene som kan redusere behandlingsgap. Et annet tiltak er å redusere behandlingsomfanget for de som får behandling, slik at behandlingsressurser frigjøres»

Et sentralt spørsmål blir i hvilken grad dagens praksis samsvarer med det samfunnsmessige ønskelige. En evidensbasert avklaring av slike forhold krever utredninger, og det er ikke selvsagt at eksisterende studier av effekter presist vil besvare spørsmålet. Visse forhold kan imidlertid tale til fordel for en omfordeling i favør av avslagspasienter. For det første synes prioritering (rett til nødvendig helsehjelp, rett til helsehjelp, og avslag) først og fremst å være et valg mellom pasienter og pasientgrupper hvor prioriteringskriteriene (alvorlighet, effekt, og kost-nytte) anvendes gitt adekvate behandlingsopplegg («best practice»). Dette kan bety at mindre oppmerksomhet rettes mot prioritering med hensyn til behandlingsomfang – altså vurderinger av mulige tap, i helsemessige gevinster som følge av redusert omfang (1–2 konsultasjoner), opp mot mulige gevinster av at andre får et tilbud (5–10 konsultasjoner). For det andre viser en norsk rapport at mange avslagspasienter har reelle behov, at avslagsratene varierer mye mellom DPS-ene (fra 3 % og 79 %), samt at forekomsten av tunge diagnoser er like høy

blant avslagene som blant de som får tilbud (Riksrevisjonen, 2009). For det tredje eksisterer det, på tross av forskrifter, retningslinjer og behandlingsveiledere, et behandlingsmessig skjønn som kan gi tilfeldige prioriteringsbeslutninger. En studie av 16 norske DPS-er viser et lavt prioriteringssamsvar mellom individuelle behandlere og mellom inntaksteam (Holman et al., 2012). For det fjerde er det spørsmål om behandlere i tilstrekkelig grad tar hensyn til alternativkostnaden (tapt tilbud for avslagspasienter) når behandlingsomfanget bestemmes. Det kan være at når en pasient først er innenfor, så kan terskelen for ytterligere konsultasjoner bli lavere uten at dette nødvendigvis har en rasjonell medisinsk begrunnelse.

Konklusjon

Behandlingsgapene for ulike mentale lidelser er høye, både nasjonalt og internasjonalt. Et mulig tiltak for å redusere slike gap vil være å prioritere annerledes mellom de som ønsker behandling. I denne studien, basert på enkle beregninger på data fra 2007 for fem DPS -er, estimeres den reduksjonen i antall konsultasjoner som ville vært nødvendig for å kunne gi avslagspasienter et begrenset tilbud. Resultatene viser at slike omfordelinger ville medført relative moderate reduksjoner i tilbudet for de som faktisk fikk behandling. Fremtidige systematiske undersøkelser av de behandlingsmessige konsekvensene (effektene) av slike omfordelinger vil være viktig.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 12, 2012, side 1162-1165

TEKST

Sverre Grepperud

Honghong Bei

KONTAKT: sverre.grepperud@medisin.uio.no

+ Vis referanser

Referanser

Bei, H. H. (2011). Lowering treatment intensities in order to increase patient access to specialized mental health care services: a case study of five district psychiatric centers. Master thesis, Institute of Health Management and Health Economics, University of Oslo, May 15.

Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, fastsatt 1. desember 2000. (FOR 2000-12-01 Nr 1208).

Helsedirektoratet (2008). Prioriteringsveileder psykisk helsevern for voksne. IS-1582, 12/2008.

Holman, P. A., Grepperud, S. & Tanum, L. (2011). Using referrals and priority-setting rules to risk adjust budgets: The case of regional psychiatric centers. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 14, 25-38.

Holman, P. A., Ruud, T. & Grepperud, S. (2012). Horizontal equity and mental health care: a study of priority ratings by clinicians and teams at outpatient clinics. *BMC Health Services Research* 12, 162.

Kohn, R., Saxena, S., Levay, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, BWHO-82, 858-866.

Lov om pasientrettigheter (1999). Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. Oslo: Cappelen Akademisk.

Riksrevisjonen (2009). Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesten sitt tilbud til voksne med psykiske problem. Dokument Nr 3:5 (2008-2009).