

Borte gjest, men hjemme mest?

- **En kvantitativ studie av hva som påvirker liggetiden ved døgnavdelingene i psykisk helsevern**

Torunn Bøen Hestnes



Masteroppgave

Helseadministrasjon

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

14. november 2012

SAMMENDRAG

De psykiske helsetjenestene har gjennomgått store endringer i organisering og omfang de to siste tiårene. Opptappingsplanen, som var virksom i perioden 1999-2008, tok i særlig grad sikte på å styrke de desentraliserte psykiske helsetjenestene, det vil si psykisk helsearbeid i kommunene og det psykiske helsevernet ved de Distriktpsykiatriske sentrene.

Bakgrunnen for ønsket om økt desentralisering var en forståelse av at mange pasienter i psykisk helsevern mottok tjenester på «feil» nivå: Dette innebar en antagelse om at endel pasienter innlagt ved sykehusavdelinger ville klart seg godt med kommunale tjenester dersom disse var mer tilgjengelige, samt at mange av innleggelsene ved langtidsinstitusjoner kunne vært unngått dersom det fantes større tilgang på døgnplasser ved de Distriktpsykiatriske sentraene.

Denne studien retter fokuset mot sammenhengen mellom ulike deler av de psykiske helsetjenestene og belyser følgende problemstilling: Hvilken betydning har kommunenes ressursbruk på psykisk helsearbeid for liggetiden ved døgnavdelingene i psykisk helsevern?

Studien er kvantitativ og baserer seg på data for 2010 som er innsamlet i regi av Helsedirektoratet. For å besvare problemstillingen er det utarbeidet et datasett med sammenholdte tall fra psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Multippel lineær regresjonsanalyse er benyttet for å avgjøre hvorvidt variasjonen i gjennomsnittlig liggetid ved døgnavdelingene påvirkes av kommunens ressursbruk på psykisk helsearbeid.

I følge anvendt modell påvirker kommunenes ressursbruk på boligjenester for pasienter med psykiske lidelser liggetiden ved døgnavdelingene: Stor ressursbruk på boligjenester i kommunen medfører kortere gjennomsnittlig liggetid ved døgnavdelingene i psykisk helsevern. Funnet impliserer at det finnes potensial for reduksjon av liggetiden ved døgnavdelingene i 2.linje dersom ressursene styrkes i psykisk helsearbeid i 1.linje. Dette ville i tilfelle være i tråd med Opptappingsplanens intensjon om økt desentralisering av de psykiske helsetjenestene.

FORORD

Jeg har arbeidet som sykepleier i psykisk helsevern siden 2004. De første årene ved en akuttpsykiatrisk avdeling, siden i døgnavdeling ved et Distriktpsykiatrisk senter. I løpet av disse årene har jeg truffet mange mennesker med psykiske lidelser og til dels omfattende hjelpebehov. Jeg har sett flere gode eksempler på hvordan 1. og 2.linjetjenesten samarbeider om å legge til rette for gode behandlingsprosesser for de som trenger det mest. I en rekke tilfeller har pasientene imidlertid blitt lengre på sykehusavdelingen enn planlagt. Ikke fordi sykdomstilstanden tilsa det, men fordi kommunehelsetjenesten ikke var i stand til å mobilisere de tjenestene pasienten var i behov av når døgnoppholdet skulle avsluttes. Erfaringen med disse forlengede sykehusoppholdene gjorde at jeg ønsket å undersøke problematikken nærmere.

Denne oppgaven markerer avslutningen på et lærerikt studium i Helseadministrasjon. Tusen takk til min tålmodige veileder Lars Erik Kjekshus for god hjelp underveis.

En takk også til Solveig Osborg Ose ved SINTEF, som skaffet til veie noen av tallene jeg trengte for å fullføre analysen.

Torunn Bøen Hestnes

Oslo, 13.11.2012

Innhold

SAMMENDRAG.....	3
FORORD	4
1.0 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING	6
1.1 Oppgavens oppbygning	7
2.0 BAKGRUNN.....	8
2.1 Forekomst og konsekvenser av psykiske lidelser	8
2.2 Organisering og virksomhet- psykiske helsetjenester	9
2.2.1 Organisasjonskart- psykiske helsetjenester	9
2.2.2 Psykisk helsevern.....	10
2.2.3 Psykisk helsearbeid.....	15
2.2.4 Samhandling mellom tjenestenivåene	18
2.3 Avinstitusjonalisering og desentralisering- grunnlag for problemstillingen	20
2.4 Variasjoner i liggetid ved sykehus- en gjennomgang av aktuell forskning.....	23
3.0 DATASAMLING OG METODE.....	26
3.1 Kvantitativ metode.....	26
3.2 Personvern og ansvar	26
3.3 Datasamling	26
3.4 Analyse av data.....	27
3.4.1 Avhengig variabel.....	27
3.4.2 Fire forklaringsvariabler	28
3.5 Begrensninger ved datasettet	30
4.0 RESULTATER.....	32
5.0 DISKUSJON.....	34
6.0 KONKLUSJON	40
LITTERATURLISTE.....	41

1.0 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

De psykiske helsetjenestene har gjennomgått store endringer i organisering og omfang de to siste tiårene. Opptrappingsplanen, som var virksom i perioden 1999-2008, tok i særlig grad sikte på å styrke de desentraliserte psykiske helsetjenestene, det vil si psykisk helsearbeid i kommunene og det psykiske helsevernet ved de Distriktpsykiatriske sentrene.

Bakgrunnen for ønsket om økt desentralisering var en forståelse av at mange pasienter i psykisk helsevern mottok tjenester på «feil» nivå: Dette innebar en antagelse om at endel pasienter innlagt ved sykehusavdelinger ville klart seg godt med kommunale tjenester dersom disse var mer tilgjengelige, samt at mange av innleggelsene ved langtidsinstitusjoner kunne vært unngått dersom det fantes større tilgang på døgnplasser ved de Distriktpsykiatriske sentraene. I 2007 ble det anslått at mellom 27 og 34 % av pasientene i døgninstitusjon heller burde hatt et tilbud innen kommunehelsetjenesten (Lilleeng mfl, 2007). Et førende prinsipp i helsesektoren, og en av målsetningene med Opptrappingsplanen, er at pasientene skal behandles på Laveste Effektive OmsorgsNivå (LEON) og med størst mulig nærhet til egen bolig.

I denne oppgaven retter jeg fokuset mot sammenhengen mellom ulike deler av de psykiske helsetjenestene. Jeg vil forsøke å besvare følgende problemstilling:

Hvilken betydning har kommunenes ressursbruk på psykisk helsearbeid for liggetiden ved døgnavdelingene i psykisk helsevern?

1.1 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis i kapittel 2 beskriver jeg kort momenter vedrørende forekomst og konsekvenser av psykiske lidelser i det norske samfunnet. Videre følger en oversikt over virksomhet i, og organisering av, psykiske helsetjenester i Norge. Deretter beskriver jeg prosessen knyttet til avinstitusjonalisering og desentralisering av de psykiske helsetjenestene, samt hvordan denne danner grunnlag for oppgavens problemstilling. Avslutningsvis i kapittel 2 er en gjennomgang av aktuell forskning på variasjoner i liggetid ved sykehus. Kapittel 3 er en beskrivelse av datasamlingen og hvilke metodiske valg som er gjort for å besvare problemstillingen i oppgaven. I kapittel 4 presenteres resultatene av analysen. I kapittel 5 følger en diskusjon omkring funnene. Konklusjonene knyttet til studien trekkes i kapittel 6.

2.0 BAKGRUNN

2.1 Forekomst og konsekvenser av psykiske lidelser

Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Mykletun, Knudsen, og Mathiesen, 2009, s.22). Omkring halvparten av den norske befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år. På langt nær alle tilstander er imidlertid behandlingstrengende, og en stor andel av personene med psykiske plager av lett eller moderat karakter oppsøker heller aldri helsevesenet.

174 000 voksne mennesker ble behandlet i psykisk helsevern i 2010 (Gjøen, 2011, s.158). I tillegg er det beregnet at omtrent 60 000 voksne mennesker mottar kommunale tjenester hvert år på grunn av psykiske lidelser eller vansker (Ose, 2007, s.11). Forekomsten av psykiske lidelser antas å være relativt konstant i den norske befolkningen og på linje med forekomsten i andre vestlige samfunn (Mykletun, Knudsen, og Mathiesen, 2009, s.22). Andelen som blir behandlet i psykisk helsevern er imidlertid økende, dette primært som følge av en storstilt satsning på psykiske helsetjenester de siste 20 årene.

Individuelle og samfunnsmessige konsekvenser av psykiske lidelser er store. Skandinavisk forskning viser at personer med alvorlig psykisk lidelse i gjennomsnitt lever 15-20 år kortere enn resten av befolkningen (Wahlbeck mfl, 2011). Dette beror, i følge Olav Elvemo i Rådet for Psykisk helse, sannsynligvis på at personer med alvorlig psykisk lidelse er mindre fysisk aktive, røyker mer, og har generelt et dårligere kosthold sammenlignet med andre deler av befolkningen (Rådet for psykisk Helse, 2012). I tillegg bruker gruppen ofte legemidler som har uheldige fysiske konsekvenser, som for eksempel vektøkning.

Hvert år dør omkring 500 personer i Norge etter selvmord (Statistisk sentralbyrå, 2010), omkring 1/3 av disse har på et tidspunkt vært i behandling i Psykisk helsevern.

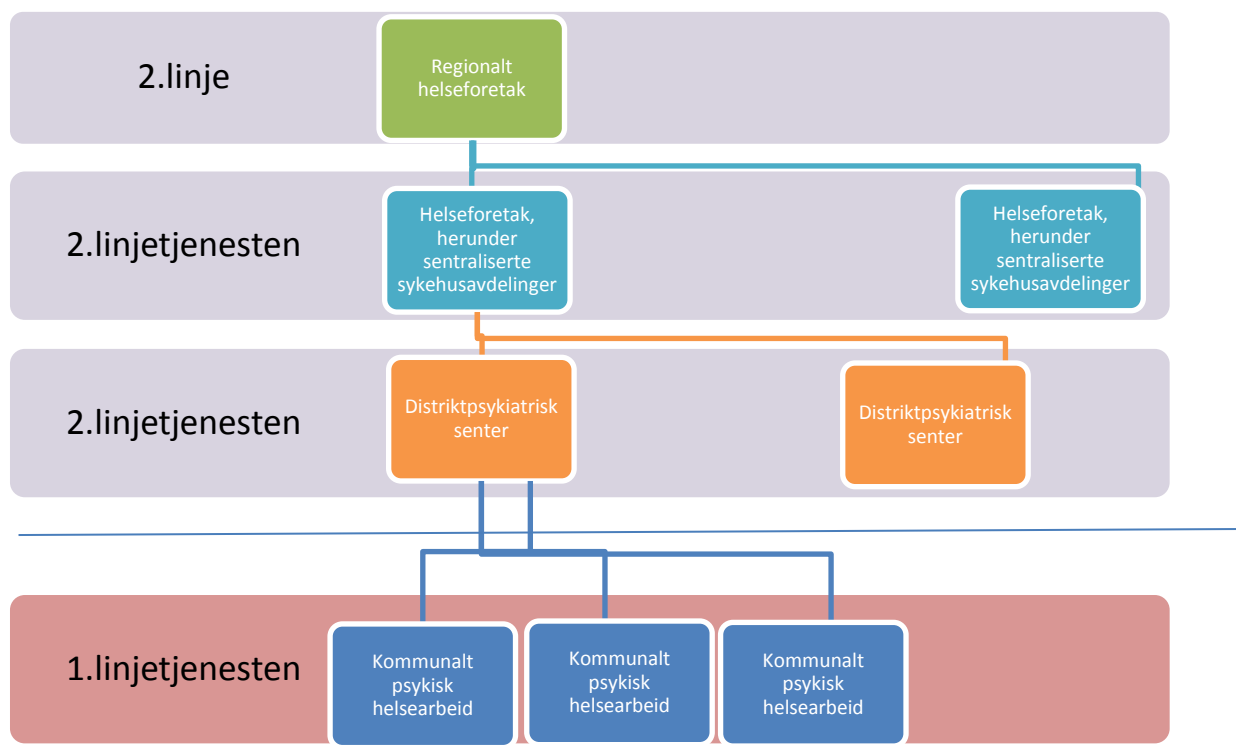
Psykiske lidelser har også store konsekvenser for norsk arbeidsliv: I 2011 var psykisk sykdom hovedårsaken til 20 % av all legemeldt sykefravær, og rundt 1/3 av alle uførepensjoner (Brage mfl, 2012).

De psykiske helsetjenestene står ovenfor store utfordringer i å legge til rette for best mulig behandling av personer med psykiske lidelser.

2.2 Organisering og virksomhet- psykiske helsetjenester

Psykiske helsetjenester er i Norge hovedsakelig organisert gjennom spesialisthelsetjenesten; psykisk helsevern, og gjennom kommunehelsetjenesten; psykisk helsearbeid. En del frittstående spesialister og institusjoner har også driftsavtaler med de offentlige psykiske helsetjenestene. Helsetjenesten er hierarkisk oppbygd; kommunehelsetjenesten utgjør 1.linje og spesialisthelsetjenesten utgjør 2.linje. I samsvar med LEON- prinsippet er det en målsetting at alle lidelser som effektivt kan behandles i 1.linje skal behandles der, og at det kun er de med behandlingsbehov ut over dette som skal behandles i 2.linje. De to delene av helsevesenet er ulikt finansiert: 2.linjetjenesten er organisert under de regionale Helseforetakene og mottar midler over statsbudsjettet. 1.linjetjenesten er organisert under den enkelte kommune og er finansiert gjennom kommunens budsjett. I den videre beskrivelsen av de psykiske helsetjenestene utelater jeg å beskrive tjenester for barn og unge, da dette synes lite relevant for oppgavens problemstilling.

2.2.1 Organisasjonskart- psykiske helsetjenester



FIGUR 1

2.2.2 Psykisk helsevern

Psykisk helsevern (PHV) består grovt sett av Distriktpsykiatriske sentra (DPSer) og sentraliserte sykehusavdelinger. Enkelte private døgninstitusjoner har også driftsavtale med Helseforetakene. Disse stod kun for omkring 4,7 % av oppholdsdøgnene i 2010 (Pedersen og Bremnes, 2011, s.48), og jeg velger å ikke omtale dem nærmere. Endel del psykologer og psykiatere har også driftsavtaler med det offentlige og mottar pasienter til poliklinisk behandling. I den videre beskrivelsen av psykisk helsevern vektlegger jeg virksomheten ved døgnavdelingene, da disse er sentrale for problemstillingen i oppgaven.

Distriktpsykiatriske sentra

DPSer skal ha lokalsykehusfunksjon for voksne i sitt opptaksområde. Dette innebærer at DPSer i utgangspunktet er ansvarlig for å yte akutt- og krisetjenester for befolkningen i opptaksområdet, samt å drive utredning og behandling av personer med lidelser av allmennpsykiatrisk karakter. DPSene er organisert under Helseforetakene og utgjør laveste behandlingsnivå for psykisk helsevern i 2.linjetjenesten (se Figur 1).

DPSene har definerte geografiske opptaksområder, som til sammen er landsdekkende. I de største byene er det etablert flere DPS per kommune, mens DPSene i mindre sentrale strøk har opptaksområder som dekker flere kommuner. I 2010 var det etablert 76 DPS-områder i Norge (Pedersen og Bremnes, 2011, tabell 24).

En målsetning med DPSene er at de skal være «veien inn og veien ut av spesialisthelsetjenesten, og på den måten bindeleddet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten» (*Distriktpsykiatriske sentre-*, 2006, s.11). Det vil si at pasienter som henvises til psykisk helsevern i hovedsak skal vurderes ved DPSer og behandles der, med mindre tilstanden fyller kriteriene for behandling i sentralisert sykehusavdeling. Jeg kommer nærmere tilbake til disse kriteriene under avsnittet *Ansvarsfordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger*.

En stor andel av DPSene ble etablert i perioden da Opptrappingsplanen var virksom. Helsedirektoratet ga, gjennom veilederen à 2006, helseforetakene anbefaling om å forflytte en stor andel ressurser og kapasitet til DPSene fra de sentraliserte sykehusavdelingene (*Distriktpsykiatriske sentre-*, 2006, s.14). Flere av DPSene har imidlertid enda ikke funnet sin endelige form, de er stadig under endring innholdsmessig og kapasitetsmessig.

Helsedirektoratet beskriver i sin rapport om DPSene i 2010 at de har funnet store forskjeller i hvor omfattende funksjon DPSene har i de ulike områdene: «Noen områder er langt på vei

selyforsynte med tjenester levert fra det lokale DPSet, i andre områder har utbyggingen av DPS knapt kommet i gang» (Pedersen og Bremnes, 2011, s.7). Enkelte DPS var i 2010 fortsatt ikke formelt skilt ut fra sykehusdriften. Det er dermed utfordrende å gi en generell virksomhetsbeskrivelse av DPSene, i og med at forskjellene er store i forhold til hvor omfattende funksjon de har. Jeg kommenterer dette i noen grad når jeg nå presenterer behandlingstilbudet ved DPSene.

Behandlingstilbudet ved DPSene

Behandlingstilbudet ved DPSene kan grovt sett deles i tre hovedkategorier; poliklinisk behandling og dagbehandling, ambulant behandling, og behandling i døgnenhet.

Poliklinisk behandling og dagbehandling

Det er etablert poliklinisk virksomhet ved alle landets DPSet. Hvor differensiert det polikliniske tilbudet er, er imidlertid svært ulikt. De største DPSene har et vesentlig mere mangfoldig tilbud enn DPSene med mindre opptaksområde.

I 2010 ble det gjennomført til sammen 1 040 634 polikliniske konsultasjoner ved DPSene (Pedersen og Bremnes, 2011). Dette utgjorde omtrent 86 % av all poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for voksne. Tradisjonell poliklinisk behandling ved DPSene går ut på at pasienten jevnlig har individuelle timer hos en fast behandler som oftest er utdannet lege, psykiater eller psykolog.

Alternativer og supplementer til individualtimer kan være gruppebehandling for pasienter med likheter i sykdomsbilde og/eller behandlingsbehov, eventuelt behandling ved dagavdeling. Dagavdelingene har et aktivitetsbasert behandlingstilbud og pasientene som er tilknyttet disse, har gjerne faste avtaler om hvor ofte de kommer til avdelingen. Enkelte DPS-døgnavdelinger har tilbyr også aktiviteter på dagtid for ikke-inneliggende pasienter.

Ambulant behandling

Ambulant behandling har som utgangspunkt at behandlingen finner sted i pasientens eget miljø. Dette innebærer at personalet tilknyttet den ambulante virksomheten oppsøker pasientens i hans/hennes eget hjem eller foretrukket sted i nærmiljøet. Målgruppa for denne type behandling er pasienter det er utfordrende å få etablert en behandlingsrelasjon til; for eksempel pasienter som har vansker med å forholde seg til timeavtaler ved poliklinikken. Ambulant behandling benyttes som en tidlig intervensjon for pasienter med nyoppdaget alvorlig psykisk lidelse, systematisk langtidsbehandling ved rehabilitering av personer med

alvorlige psykiske lidelser og som tilbud til personer i krisesituasjoner (*Distriktpsykiatriske sentre-*, 2006, s.27).

Et uttalt mål med den ambulante behandlingen er, i tillegg til å nå pasienter som har vansker med å følge et mer tradisjonelt behandlingsopplegg, å tilby akutt hjelp for i noen grad kunne forebygge innleggelse i døgnavdeling. Forskning tyder på at ambulant behandling kan redusere behovet for døgnbehandling, medføre færre reinnleggelse over tid og gi mindre frafall fra behandling enn tradisjonell døgnbehandling i akuttavdelinger (Gråwe, Ruud og Bjørngaard, 2005). Den ambulante behandlingen kjennetegnes ved en stor fleksibilitet i tjenestetilbudet til den enkelte pasient.

63 av landets DPSer hadde i 2010 etablert en eller annen form for ambulant virksomhet. I de største byene i Norge er den ambulante behandlingen i noen grad differensiert etter ulike målgrupper. Eksempler på dette er egne TIPS-team; tidlig intervensjon ved psykose, og ROP-team; rus og psykiatri, i Oslo-området.

Behandling i døgnet

Døgnavdelingene ved DPSene har ulik profil. Noen avdelinger er definerte behandlingssenheter med mål om liggetid på omkring 1-3 måneder, mens andre er definert som rehabiliteringsavdelinger, da ofte med antatt lengre gjennomsnittlig liggetid. I tillegg har noen DPSer gjort avtaler med enkelte pasienter om planlagte innleggelse i Rekke (PLIS-opphold). Dette innebærer at pasientene kommer til flere forhåndsavtalte opphold av noen få dagers varighet. Ved flere av DPSene er også enkelte sengeplasser forbeholdt krise- eller avlastningsopphold. Dette er opphold som kommer i stand som øyeblikkelig hjelp og som gjerne begrenses til maks 14 dager. Den gjennomsnittlige liggetiden ved DPSenes døgnavdelinger varierte i 2010 fra 9 dager til 71 dager (Pedersen og Bremnes, 2011, tabell 20a).

69 DPSer var i 2010 registrert med døgnavdelinger. Det var til sammen 1780 døgnplasser ved avdelingene, og disse utgjorde drøyt 41 % av det totale antallet døgnplasser i psykisk helsevern for voksne (Pedersen og Bremnes, 2011, tabell 14.1).

Antallet DPS-døgnplasser per 10 000 voksne innbygger i opptaksområdet varierte fra 0,9 i Øyane, Sogn og Fjordane, til 10,9 i Dalane, Hordaland (Pedersen og Bremnes, 2011, figur 11 og 12). Dette illustrerer at variasjonen er stor når det gjelder hvor langt utbyggingen av DPSene er kommet.

Medikamentell behandling

Pasienter tilknyttet DPSen via dagbehandling, døgnbehandling eller ambulant behandling, vil i hovedsak også få tildelt en medisinskfaglig ansvarlig behandler som vurderer medikamentell behandling av pasienten. Unntaksvis gjøres de medikamentelle vurderingene av pasientens fastlege, dette i de tilfellene der pasienten bare sporadisk har kontakt ved DPSen.

Sentraliserte sykehusavdelinger

De sentraliserte sykehusavdelingene har ulike spesialistfunksjoner. Eksempler på slike sykehusavdelinger er Akuttpsykiatriske avdelinger og allmennpsykiatriske avdelinger, samt avdelinger for spesielle målgrupper som for eksempel sikkerhetspsykiatrisk avdeling og avdeling for pasienter med spiseforstyrrelser. En del av avdelingene har regionale eller fylkesdekkende funksjoner. Dette gjelder blant annet innen sikkerhetspsykiatrien, hvor det til sammen er opprettet 18 fylkesdekkende og 3 regionale sikkerhetsavdelinger som skal ivareta behovet for utredning, behandling og rehabilitering av personer med psykisk lidelse kombinert med alvorlig voldsproblematikk (Kjelsberg og Sandli, 2008).

I 2010 var det samlede antallet døgnplasser ved de sentraliserte sykehusavdelingene 2377 (Pedersen og Bremnes, 2011). Dette utgjorde omkring 55 % av den samlede døgnkapasiteten i PHV. Enkelte sykehus har også polikliniske tilbud til pasienter med psykiske lidelser, men brorparten av den polikliniske virksomheten, 86 % i 2010, ble gjennomført ved DPSene (Pedersen og Bremnes, 2011).

Ansvarsfordeling mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger

DPSenes døgnavdelinger skiller seg fra de andre sykehusavdelingene innen PHV ved en vesentlig lavere personellfaktor. Dette gjelder både med hensyn på pleiepersonell; sykepleiere, hjelpepleiere og miljøterapeuter, og ansatte med behandleransvar; i hovedsak leger, psykiatere og psykologer. I 2010 var personellfaktoren; det vil si totalt antall årsverk delt på gjennomsnittlig pasientbelegg; på 2,76 ved DPSenes døgnavdelinger, sammenlignet med 4,10 ved de sentraliserte sykehusavdelingene (Gjøen mfl, 2011, tabell 11.6).

Døgnavdelingene ved DPSene representerer dermed et lavere omsorgsnivå enn de øvrige sykehusavdelingene. På grunn av lavere bemanning, er DPSenes døgnavdelinger vesentlig billigere i drift enn de øvrige døgnavdelingene i PHV. I 2010 var kostnadene knyttet til et døgn opphold ved DPS gjennomsnittlig kroner 4745, mens kostnadene knyttet til et døgn opphold ved sentralisert sykehusavdeling gjennomsnittlig lå på kroner 7935 (Pedersen og Bremnes, 2011, s. 42).

Ingen forskjell i diagnose

En pasienttelling gjennomført i 2007 viste ingen vesentlige forskjeller i hoveddiagnose for pasienter innlagt i sentraliserte sykehusavdelinger sammenlignet pasienter innlagt ved DPSenes døgnavdelinger (Lilleeng mfl, 2007). Personer med ulike former for schizofreni og affektive lidelser utgjorde i 2007 til sammen 67 % av pasientene ved døgnavdelingene i PHV. Den resterende pasientpopulasjonen hadde nevrotiske lidelser, personlighetsforstyrrelse, stoffrelaterte lidelser eller organisk lidelse som hoveddiagnose ved innleggelse (Pedersen og Bjerkan, 2008, s.64).

Avgjørende for hvorvidt pasienten behandles i sentralisert sykehusavdeling eller DPS-døgnavdeling er alvorlighetsgraden ved pasientens aktuelle sykdomsepisode, snarere enn pasientens diagnose: Personer med sykdomstilstander som krever svært omfattende behandling og pleiefaglig oppfølging og/eller sikkerhetsmessige tiltak i døgnavdeling skal behandles i sentraliserte sykehusavdelinger. Dette gjelder pasienter hvis tilstand vurderes å være så alvorlig at den kan utgjøre en fare for pasienten selv eller for andre. Vurderingene baserer seg i stor grad på vurderingsansvarliges faglige skjønn, men enkelte kliniske verktøy er også i noen grad tatt i bruk som hjelp i disse prosessene. Jeg nevner her kort tre slike verktøy; prosedyre for suicidalitetsvurdering, V-Risk-10 og GAF.

Prosedyre for suicidalitetsvurdering

Sosial- og Helsedirektoratet anbefaler at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør kartlegges for selvmordsrisiko (*Nasjonale retningslinjer for forebygging-*, 2008, s.18). Kartleggingen skal bringe klarhet i hvorvidt det er nødvendig å gå videre med en mere omfattende vurdering av pasientens selvmordsrisiko. Alle enheter innen psykisk helsevern anbefales å ha etablerte rutiner for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, slike prosedyrer utvikles internt i virksomheten. Pasienter som vurderes å ha høy risiko for suicid, vil normalt sett bli innlagt ved sentraliserte sykehusavdelinger fremfor døgnavdeling ved DPS.

V-Risk-10- Voldsrisiko sjekkliste

V-Risk-10 er et kortfattet screeninginstrument utviklet for å predikere hvorvidt det er sannsynlig at pasienten vil komme til å utøve vold mot andre i nær fremtid. Ved hjelp av sjekklisten sammen med annen tilgjengelig informasjon om pasienten skal behandleransvarlig angi hvorvidt det er knyttet lav, moderat eller alvorlig voldsrisiko til pasienten (Hartvig mfl, 2007). Pasienter som vurderes til å ha en moderat eller alvorlig voldsrisiko vil normalt sett bli innlagt ved sentraliserte sykehusavdelinger fremfor døgnavdeling ved DPS.

GAF- global funksjonsskåring

GAF er en skala som gir hjelp til å angi pasientens grad av psykisk symptombelastning, samt grad av funksjonsnivå med hensyn på yrkesmessig og sosial fungering (*Veileder for utredning-*, 2008, s.29). GAF-skåringen gir et øyeblikksbilde av pasientens tilstand. Dersom pasientens symptombelastning er høy og funksjonen svært nedsatt, er det sannsynlig at vedkommende for en periode har behov for omfattende oppfølging i døgnbehandling og eventuelt opphold i skjermet avdeling.

Dersom pasientene i følge klinisk vurdering har behov for tvungen døgnbehandling etter Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, opphold i skjermet avdeling eller i sikkerhetsavdeling, skal behandlingen som hovedregel gjennomføres i sentralisert sykehusavdeling. Et fåtall DPS- døgnavdelinger er imidlertid godkjent for tvungen døgnbehandling, i 2010 gjaldt mellom 4 og 7 % av innleggelsene her tvangsinnleggelse (Bremnes, Pedersen og Cederkvist, 2011, figur 1.5). Brorparten av tvangsinnleggelsene ble imidlertid gjennomført ved sykehusavdelingene: Andelen tvangsinnleggelse ved de sentraliserte sykehusavdelingene varierte i 2010 fra 23 til 31 % i de ulike RHFene (Bremnes, Pedersen og Cederkvist, 2011, figur 1.5).

Øyeblikkelig hjelp

Dersom den som vurderer pasienten anser at han/hun har behov for Øyeblikkelig hjelp jmfør Pasient- og Brukerrettighetsloven § 2.1(1999), skal vedkommende uten opphold vurderes ved DPSets poliklinikk dersom det er i dennes åpningstid. Eventuelt gjøres vurderingen ved allmennlegevakten. De store byene har egen psykiatrisk legevakt deler av døgnet. Dersom pasienten vurderes også av vedkommende instans til å ha rett til øyeblikkelig hjelp, er det flere aktuelle tiltak som kan iverksettes: Innleggelse ved akuttpsykiatrisk avdeling, innleggelse ved DPSets døgnavdeling, eventuelt oppfølging ved poliklinikk eller av ambulant team ved DPSet. Alvorlighetsgraden ved pasientens tilstand avgjør hva pasienten tilbys.

2.2.3 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid (PHA) er organisert under landets 430 kommuner. Hver kommune har et selvstendig ansvar for å fremskaffe de tjenester innen psykisk helsearbeid som innbyggerne i kommunen har behov for. Mandatet til kommunalt psykisk helsearbeid er å *bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser* (*Psykisk helsearbeid-*, 2005, s.7). Psykisk helsearbeid har tradisjonelt hatt et større fokus på forebygging og rehabilitering, fremfor behandling, av personer med psykiske lidelser. Noen av de minste kommunene samarbeider om å utføre oppgaver knyttet til

psykiske helsetjenester som er tillagt dem. I de største kommunene i landet, der i blant Oslo og Trondheim, er tjenestene organisert på bydelsnivå.

Kommunene har valgt ulike modeller for å organisere PHA. I noen kommuner er tjenestene skilt ut som egne enheter, dette gjelder for eksempel i Oslo kommune. I andre, ofte mindre kommuner, er tjenestene organisert sammen med de andre helse- og omsorgstjenestene. I relativt mange kommuner er tjenestene til personer med psykiske lidelser organisert sammen med tjenester til personer med rusproblematikk. Slik delvis integrert organisering gjør det til en utfordring å skille ut informasjon om hvilke ressurser kommunen bruker på personer med psykiske lidelser.

Tjenestene kommunene skal levere til personer med psykiske lidelser innebærer blant annet psykiatrisk sykepleier, aktivitetssentra og bemannede boliger. Tjenestene til pasientene tildeles etter vurdering av kommunen/bydelen, det fattes tidsbegrensede vedtak som ved utløpt tid vurderes fornyet. Som oftest er det fastlege eller spesialisthelsetjenesten ved DPS eller sykehus som sender søknad om tjenester fra kommunen. Det varierer fra kommune til kommune hvilke tjenester som er utbygd, og i hvilket omfang.

De aller fleste personer med psykiske lidelser bor i egen eller leid bolig og mottar kommunale helsetjenester på dagtid. For noen er dette hjelpetilbudet imidlertid ikke tilstrekkelig, og kommunen er da pliktet, etter Lov om sosiale tjenester, å fremskaffe bolig (2009, § 15). Kommunene står fritt til å velge hva slags type boliger de tilbyr pasienter med psykiske lidelser.

Beskrivelse av botilbudet for pasienter med psykiske lidelser i kommunene

Rapporten *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid* skisserer 7 ulike botilbud som er utbredt i norske kommuner (Holm, 2012, s. 50,). De ulike botilbudene innebærer ulik grad av oppfølging av helsetjenesten.

1. Samlokaliserte boliger: Boligene utgjør selvstendige boenheter og befinner seg i samme bygning eller er lokalisert i nærheten av hverandre. Det ligger ingen personalbase i tilknytning til boligene og beboerne mottar ambulante tjenester.
2. Boteam: Boligene utgjør selvstendige boenheter, gjerne i nærheten av hverandre. En personalbase som jobber tett opp mot beboerne er tilknyttet boligene.

3. Bofellesskap med tjenester på dagtid: Samlokaliserte boliger med personalbase som er betjent på dagtid. Bofellesskap legger også i noen grad opp til at beboerne skal ha et sosialt fellesskap med hverandre.
4. Bofellesskap med tjenester på døgnbasis: Samlokaliserte boliger med personalbase som er betjent på døgnbasis. Dette innebærer at beboerne kan ha relativ omfattende hjelpebehov. Det er et formål at beboerne skal ha glede av fellesskap med hverandre.
5. Bosentra -heldøgnsomsorg: Samlokaliserte boliger med personalbase som er døgnbemannet. Bosentra kan også ha enkelte felles service-tjenester som for eksempel fellesmåltider.
6. Psykogeriatriske avdelinger: Boløsning for eldre personer med psykiske lidelser. Disse har pleie- og omsorgsbehov også knyttet til sin somatiske helse. De psykogeriatriske avdelingene er gjerne tilknyttet ordinære sykehjem.
7. Rehabiliteringsboliger: Dette er i hovedsak boliger som tilbys personer med tung rusproblematikk i kombinasjon med psykisk lidelse. De fleste rehabiliteringsboliger er tilknyttet en døgnbemannet personalbase.

Ansatte i psykisk helsearbeid

I 2010 utgjorde antall årsverk i psykisk helsearbeid for voksne 9492 (Kaspersen og Ose, 2011, tabell 3.2). Årsverkene er tilknyttet ulike deler av PHA som hjemmetjenester, aktivitetssenter og boligjenester. Den største yrkesgruppen har helse- og sosialfaglig utdanning på høyskole eller universitetsnivå, omtrent halvparten av disse har i tillegg videreutdanning i psykisk helsearbeid. Denne yrkesgruppa utgjorde til sammen 47 % av årsverkene innen PHA i 2010 (Kaspersen og Ose, 2011, tabell 3.9). Omkring 34 % av årsverkene ble utført av personer med helse- og sosialfaglig utdanning på videregående skoles nivå. Den tredje største gruppen av ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid dreier seg om personal som ikke har noen helse- eller sosialfaglig utdanning, denne gruppa utgjorde 16 % av årsverkene på landsbasis i 2010 (Kaspersen og Ose, 2011, tabell 3.9). Totalt var det opprettet 31 årsverk for psykologer i kommunene i 2010. Det finnes ingen stillinger for lege eller psykiatere i kommunalt psykisk helsearbeid, dette innebærer at medikamentell oppfølging av pasientene gjøres av fastlegene, eventuelt ved DPSet dersom pasienten har behandlingskontakt der.

2.2.4 Samhandling mellom tjenestenivåene

Symptomtrykket ved psykiske lidelser er ikke konstant; mange pasienter opplever bedring og tilbakefall i løpet av sykdomsperioden (Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009, s.21). Noen psykiske lidelser anses å være av kronisk karakter, det innebærer at en del pasienter vil kunne ha behov for hjelpetjenester på et eller flere nivåer resten av livet. En høy andel pasienter med psykiske lidelser er storforbrukere av helsetjenester, og om lag 70 % mottar tjenester fra 1.linje og 2.linje parallelt (Kaspersen og Ose, 2011, s.25). Det kan for eksempel dreie seg om et sammensatt behandlingsopplegg der en hjemmeboende pasient i samme tidsperiode har avtaler med psykiatrisk sykepleier i kommunen og jevnlig avlastningsopphold ved DPSets døgnavdeling.

Norske fastleger beskriver at 1/10 av konsultasjonene dreier seg om psykiske lidelser. I 2007 stod fastlegene, sammen med legevakten, for 1/5 av henvisningene til DPSenes døgnavdelinger (Lilleeng, 2007). Det finnes ikke tall som viser hvor mange av disse henvisningene gjaldt pasienter som allerede hadde etablert behandlingskontakt med psykisk helsearbeid i kommunen. I følge *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring* er det en målsetning at helsetjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet (2005, s.2). At de psykiske helsetjenestene har forbedringspotensial på samhandling er dokumentert blant annet i Kunnskapssenterets rapport om fastlegenes vurderinger av DPSene (Groven mfl, 2009, s.3). 27 % av fastlegene i undersøkelsen oppga at de var ganske eller svært misfornøyde med samarbeidet med DPSet. 45% av fastlegene svarte negativt på spørsmålet om de får nødvendig faglig støtte fra DPSet til egen pasientbehandling. Dette til tross for at DPSene er pålagt et veiledningsansvar ovenfor kommunehelsetjenesten (*Distriktpsykiatriske sentre*, 2006, s. 34).

Målet om LEON innebærer at sentralisert sykehusavdeling skal hen vise til DPS eller kommunehelsetjenesten når tilstanden er stabilisert. DPS henviser til kommunehelsetjenesten når det vurderes at behovet for behandling i 2.linje ikke lenger er tilstedeværende. Men det er i liten grad utarbeidet allmenne kriterier for når en pasient er ferdigbehandlet i psykisk helsevern, og partene er ikke bestandig enige om hvilket behandlingsnivå som er riktig for pasienten. En del pasienter veksler stadig mellom behandling i 2.linje og 1.linje. Uenighet om behandlingsbehov og manglende samhandling er sannsynlige årsaker til dette.

Samhandlingsreformen

Gjennom Samhandlingsreformen (St.melding nr 47, (2008-2009)) forsøker staten å stimulere til økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Flere økonomiske incitament er innført som del av reformen. Kommunene gis blant annet økonomiske incentiver til å bygge opp den somatiske delen av kommunehelsetjenesten for å unngå utgifter knyttet til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter. De psykiske helsetjenestene er foreløpig i liten grad inkludert i Samhandlingsreformen. Utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern blir registrert fra 2012, men foreløpig utløser ikke disse pasientene kostnader for de kommunale helsetjenestene. Enkelte andre incentiver er imidlertid iverksatt for å øke graden av samhandling mellom de ulike nivåene i psykiske helsetjenester: I statsbudsjettet for 2009 ble det stilt kr 50 millioner til disposisjon til etablering og drift av Alternative Community Treatment- team, og til utvikling av andre organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helsefeltet.

ACT-team- et samhandlingsprosjekt

Alternative Community Treatment-team (ACT-team) er under utprøving i Norge. ACT-teamene skal jobbe aktivt oppsøkende med pasienter med psykiske lidelser som er storforbrukere av helsetjenester. Teamene er tverrfaglige og jobber på tvers av ulike sektorer. Teamene er satt sammen av personell fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et av målene med ACT-teamene er at de skal bidra til å styrke samhandlingen mellom de to tjenestenivåene. 10 ACT-team fikk i 2009 midler til oppstart fra Regjeringen (*Regjeringen oppretter-*, 2009).

Individuell plan- et verktøy til samhandling

Verktøyet Individuell plan (IP) ble innført i helsesektoren i 2002 og er en pasientrettighet hjemlet i blant annet Lov om Pasient- og brukerrettigheter § 2.5 (1999). Målgruppen for IP er pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Mange pasienter med psykiske lidelser oppfyller dette kriteriet, i det de følges opp av flere ulike hjelpeinstanser. I følge Helsedirektoratets veileder er formålet med individuell plan «først og fremst at tjenestemottakeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud» (Individuell Plan, 2010, s.18). Ordningen skal bidra til at aktørene som jobber med den enkelte pasient skal klare å ha tjenestemottaker i sentrum og samordne tjenestene til pasienten seg i mellom.

Individuell plan er altså ment som et verktøy til samhandling mellom tjenestenivåene. Imidlertid er journalsystemene i 1. og 2. linjetjenesten ulike og i de fleste tilfeller uten muligheter for korrespondanse seg i mellom. Dette innebærer at endringer gjort i IP må sendes til alle involverte per post eller epost for så å bli ført inn i journalen til vedkommende pasient. Dette synes som et sårbart system. Av egen erfaring fra pasientgruppa kjenner jeg til at flere pasienter har hatt Individuell plan i to versjoner; en som omhandler tjenester på kommunalt nivå og en plan omhandlende tjenester på spesialisthelsetjenestenivå. Dette synes å være mot hensikten med IP.

Erfaringer fra praksisfeltet avdekker at ordningen med Individuell Plan bare til dels fungerer etter hensikten. En kvalitativ evaluering av bruken av IP for unge med psykiske lidelser, konkluderer med at planen fungerte som et hensiktsmessig verktøy for brukervedvirkning og samhandling i én av fire saker (Holum, L.C, 2010, s.327).

Udimensjonerte psykiske helsetjenester

En undersøkelse fra 2010 fastslår at de psykiske helsetjenestene så langt ikke er dimensjonert i forhold til hverandre (Kaspersen og Ose 2011, s.48). Dette innebærer at kommunal kapasitet med hensyn på PHA er uavhengig av spesialisthelsetjenestens kapasitet i PHV i samme område. Dette er gjeldende for alle kommuner med unntak av de 15 største, der forfatterne mener å ha funnet at tjenestene i noen grad er dimensjonert i forhold til hverandre.

2.3 Avinstitusjonalisering og desentralisering- grunnlag for problemstillingen

Opptappingsplanen for psykisk helse ble vedtatt i statsråd i 1998 (*St.prp nr 63 (1997-1998)*). Vedtaket gjaldt i første omgang for perioden 1999-2006, men ble underveis utvidet frem til 2008. Hovedmålet ved innføringen av opptappingsplanen var en styrking av alle ledd i de psykiske helsetjenestene og «skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus» (*St.prp nr 63 (1997-1998)*, avsnitt 1.1)). En prioritert del av planen var å redusere bruken av døgninstitusjoner og øke omfanget av desentraliserte psykiske helsetjenester.

Opptappingsplanen la føringer om å begrense innleggelses- og forkorte liggetider i psykisk helsevern. Kommunenes budsjetter til psykisk helsearbeid ble kraftig økt, og det ble satt av øremerkede midler til å bygge kommunale boliger for personer med psykiske lidelser.

Formålet var at flere pasienter skulle være bosatt og hjulpet av kommunale helsetjenester i sine bostedskommuner, fremfor å være innlagt i døgnavdelinger i psykisk helsevern. DPSene

fikk også økte budsjetter og større ansvarsområde; sentrene skulle i hovedsak ha ansvar for all allmennpsykiatrisk behandling, med unntak av pasienter med spesielt omfattende behandlingsbehov.

Gjennomsnittlig liggetid i psykisk helsevern var 77 dager i 1998. I 2010 var den redusert til 25 dager (Pedersen og Bremnes, 2011). I samme periode ble gjennomsnittlig liggetid ved DPSene redusert fra 66 dager til 24 dager. Også døgnplassdekningen i psykisk helsevern ble vesentlig endret i tidsrommet: DPSene økte antallet døgnplasser fra 1492 i 1998 (Pedersen, Lilleeng og Sitter, 2008, s.28) til 1780 i 2010, mens det samlede antallet døgnplasser i psykisk helsevern ble redusert fra 5980 til 4326 i samme periode (Pedersen og Bremnes, 2011, tabell 7).

Opprinnelig ble det anslått et behov for 6 døgnplasser ved DPS per 10 000 innbygger i DPSets opptaksområde (*Distriktpsykiatriske sentre- 2006*, s.47). Helsedirektoratet tok også utgangspunkt i at dersom aktiviteten i kommunalt psykisk helsearbeid og poliklinisk arbeid ved DPSene øket, ville behovet for døgnplasser minske (*Distriktpsykiatriske sentre - 2006*, side 47). Per 2010 varierte antallet døgnplasser ved DPS per 10 000 innbygger fra 0,9 til 10,9 (Pedersen og Bremnes, 2011). Jeg ønsker i min oppgave å undersøke hvorvidt behovet for døgnplasser i PHV har sammenheng med ressursbruken i de desentraliserte tjenestene.

Gjennom forarbeidet til Opptappingsplanen ble det anslått et behov for 3400 nye omsorgsboliger i kommunene for personer med psykiske lidelser. Kommunene kunne søke midler gjennom Husbanken for å finansiere nye boliger. Ved utgangen av 2007 var 2936 boliger bygget (Brofoss og Larsen, 2009, s 38). En vesentlig andel av boligene for psykisk syke som ble bygget i kommunene, ble delfinansiert av midler fra Husbanken. I følge rapporten *Omsorgsboliger for psykisk syke, Evaluering av Husbankens arbeid*, anslår respondentene fra kommunene at om lag fire av ti av beboerne i de nye omsorgsboligene kom rett fra sykehus eller en boinstitusjon knyttet til spesialisthelsetjenesten (Dyb og Myrvold, 2009, s.16). Dette underbygger antagelsen om at det vil kunne foreligge en sammenheng mellom tilgangen på boliger og bolig tjenester i PHA og liggetid ved døgnavdelinger i PHV.

Rapporten *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid* er utarbeidet av Norsk Institutt for by- og regionalforskning og omhandler problemstillinger knyttet til boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker. Rapporten bygger på seks casestudier og to surveyer, en til boligansvarlige i et utvalg på 75 kommuner og en til

tjenesteansvarlig i de samme kommunene (Holm, 2012, s.9). Undersøkelsen beskriver at kommunene gjennom Opptrappingsplanen til dels fikk omfattende oppgaver med å bosette personer som hadde vært på institusjon over lengre tid, og til å gi disse et tilstrekkelig tjenestetilbud. Dette fordret, i tillegg til anskaffelse av boligene som personene skulle bosettes i, en økning av personell og kompetanse innenfor det kommunale tjenesteapparatet.

Informantene i undersøkelsen gir uttrykk for kapasitetsproblemer innenfor ulike deler av tjenestevirksomheten. Mulighetene for å gi heldøgns omsorg trekkes særlig frem som et problemområde, men også i forhold til hjemmetjenester generelt ser manglende kapasitet ut til å være en utfordring i noen av kommunene. De tjenesteansvarlige i case-kommunene angir i hovedsak at tjenestebehovene for personer med relativt komplekse tjenestebehov (eksempelvis personer med psykoser, schizofreni, autismelidelser) er moderat udekkede, mens for personer med en kombinasjon av psykisk lidelse og rusproblematikk svarer 12 av 22 informanter at det eksisterer et stort udekket behov for kommunale tjenester (Holm, 2012, s.96). For personer med lettere psykiske vansker ser det ut til at tjenstedekningen er bedre; 9 av 23 respondenter svarer her at det ikke foreligger et udekket tjenestebehov.

Informantene gir for en stor grad inntrykk av opphold i en tilrettelagt bolig har rehabiliterende effekt. I følge undersøkelsen medfører dette imidlertid ikke at tjenestenivået generelt kan reduseres etter en tid eller at personene blir så vidt selvstendige at de etter hvert kan bosettes i egen eid bolig slik opprinnelig planlagt (Holm, 2012, s.69). Personene blir i stedet boende i boligene over lang tid, kanskje livet ut. Dette vil i tilfelle vil medføre et stadig økende behov for denne type boliger og boligjenester.

Funnene i NIBR-rapporten viser at informantene fra kommunene vurderer at de har et udekket tjenestebehov for pasienter med komplekse psykiske lidelser. I følge samme undersøkelse er kommunene ofte direkte involvert i beslutningen om at pasienter skal skrives ut fra institusjon i psykisk helsevern. Nær samtlige casekommuner gir uttrykk for at de har mye kontakt med andrelinjetjenesten i forbindelse med utskrivning fra institusjon. 21 av 23 casekommuner beskriver DPSene som en viktig eller svært viktig samarbeidspartner i forhold til å gi tilpassede tjenester til brukerne. Mye av samarbeidet handler om definering og kartlegging av behovet den enkelte har for oppfølging. (Holm, 2012, s.111). I og med at denne type samarbeid omkring utskrivelser fra PHV pågår, vurderer jeg det interessant om oppfattede udekkede tjenestebehov i kommunalt psykisk helsearbeid påvirker liggetiden ved døgnavdelingene i Psykisk helsevern.

I følge Ose gjelder hele 97 prosent av det udekkede behovet for omsorgsboliger i kommunene de mest alvorlig syke som i lengre tid har vært innlagt i institusjon (2007, s. 71).

Utfordringene knyttet til å opprette kommunale boliger og utvikle tjenester i tilknytning til boligene synes omfattende, og gjør det relevant å undersøke i hvilken grad kommunenes ressursbruk på boliger for personer med psykiske lidelser har effekt på liggetiden ved døgnavdelingene i psykisk helsevern.

2.4 Variasjoner i liggetid ved sykehus- en gjennomgang av aktuell forskning

Varigheten av et sykehusopphold skal ideelt sett avgjøres av pasientens behandlingsbehov, determinert av karakteristika ved individet og sykdomstilstanden. Det foreligger imidlertid en hel del forskning som viser at individ- og sykdomsbaserte karakteristika ikke alene forklarer liggetidsvariasjoner i sykehus. Dette gjelder både ved somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger. Studier fra flere land bekrefter at egenskaper ved sykehusavdelingene og helsesystemene i stor grad bidrar til å forklare forskjeller i liggetid.

En britisk studie publisert i 1999 inkluderer data om sykehusinnleggelser fra 12 ulike europeiske land (Wiley, Tomas og Casas). Studien omfatter data om mer enn 3,3 millioner sykehusopphold. Forskerne undersøkte liggetider i somatiske sykehusavdelinger for fem ulike diagnosegrupper. Resultatene viser at det, med få unntak, var signifikante forskjeller i liggetid mellom sykehusavdelingene i hvert land for alle diagnosegruppene, samt signifikante forskjeller i liggetid mellom landene.

Flere studier som har undersøkt sykehusopphold for pasienter med psykiske lidelser, konkluderer med at case-mix alene ikke forklarer variasjoner i liggetid. Jeg presenterer her tre slike studier av betydning for oppgavens problemstilling.

Første eksempel er en amerikansk studie publisert i 2008; *Provider-Level Effects on Psychiatric Inpatient Length of Stay for Youth With Mental Health and Substance Abuse Disorders* (Gifford and Foster). Studien omfatter over 14 000 ungdom med psykiske lidelser og/eller rusmisbruk og deres innleggelser ved 163 sykehusavdelinger over nesten 5 år (juli 1996-desember 2001). Undersøkelsen viser at liggetiden for den enkelte innleggelsen i stor grad var påvirket av hvilken avdeling den fant sted på. Forskerne identifiserte gjennom studien flere avdelinger med spesielt lang liggetid. 283 pasienter var i løpet av registreringsperioden innlagt flere ganger både ved avdelinger karakterisert ved lang liggetid og andre type avdelinger. Gjennomsnittlig liggetid ved førstnevnte avdelinger var 44 dager,

mens de samme pasientene hadde gjennomsnittlig liggetid på 11 dager ved innleggelser i andre avdelinger (Gifford and Foster, 2008, s.243).

Studien konkluderte med at 47 % av variasjonen i liggetid kunne forklares av hvilken avdeling innleggelsen fant sted, mens bare 4 % av variasjonen ble forklart av karakteristika ved pasienten og sykdomsepisoden (Gifford and Foster, 2008, s.245). 5 % av liggetidsvariasjonen kunne i følge forskerne forklares av en korrelasjon mellom pasientkarakteristika og egenskaper ved sykehusavdelingen.

En studie fra Taiwan; *Travel Distance and the Use of Inpatient care among Patients with Schizophrenia*, undersøkte om avstanden mellom pasientens hjem og døgnavdelingen er av betydning for lengden av sykehusopphold. Studien inkluderte 28 839 pasienter, og innleggelsene ble registrert over en tidsperiode på 5 år (januar 1996-desember 2000). Pasientenes hjemsteder ble klassifisert som enten grisevondt eller sentralt strøk. Studien konkluderer med at den første gruppen av pasienter gjennomsnittlig hadde 11 dager lengre sykehusopphold enn den andre gruppen. 85% av forskjellen i gjennomsnittlig liggetid for de to gruppene av pasienter lot seg forklare av avstanden mellom hjem og døgnavdeling (Tseng et al, 2008, s. 4).

Et annet amerikansk forskningsprosjekt, gjennomført i 2006, inkluderer 45 497 pasienter: *Length of inpatient stay of persons with serious mental illness*. Rapporten konkluderer med at en stor del av variasjonen i liggetid kan forklares av karakteristika ved sykehusavdelingene. Forfatterne fant også at jo større andel av budsjettet til kommunehelsetjenesten som ble brukt på tjenester knyttet til bolig/hjem, jo lavere liggetid i sykehus medførte dette for pasientgruppa (Lee, Rothbard, og Noll, 2012, s. 893). Det ble imidlertid ikke gjort funn som kunne påvise at gjennomsnittlig liggetid var kortere i områder hvor det totale budsjettet for kommunehelsetjenesten var stort. Forfatterne antar at dette kan komme av at økt tilbud kan medføre økt etterspørsel etter tjenestene. Denne studien tematiserer noe av det samme som min oppgave, og jeg kommenterer denne ytterligere etter å ha presentert funn fra min analyse.

Norske kommuners ressursbruk på helse- og omsorgstjenester har påvist effekt på liggetid i somatiske avdelinger. En norsk studie har undersøkt hva som påvirker liggetiden ved somatiske sykehusavdelinger for personer over 75 år (Kjekshus, 2005). Forfatteren konkluderer med at liggetiden i stor grad påvirkes av kommunenes kapasitet på helse- og omsorgstjenester: Gjennomsnittlig sykehusopphold for eldre i kommuner med liten

ressursbruk på helse- og omsorgstjenester er lengre enn for eldre i kommuner med stor
ressursbruk på helse- og omsorgstjenester. Jeg ønsker å undersøke om den samme
sammenhengen kan påvises i de psykiske helsetjenestene i Norge.

3.0 DATASAMLING OG METODE

3.1 Kvantitativ metode

Et formål ved studien er å si noe om liggetiden ved døgnavdelinger i psykisk helsevern som er allmenngyldig. Jeg velger derfor å belyse problemstillingen ved hjelp av kvantitativ metode.

Valgt metode for dataanalyse beskrives under overskrift 3.4.

3.2 Personvern og ansvar

Denne studien omfatter ikke data som kan spores tilbake til enkeltpersoner, jeg har heller ikke hatt tilgang på data på individnivå under arbeidet med studien. Jeg har kun benyttet meg av data fra offentlige registre, hvorav kun det ene registeret omhandler pasientdata, og det på aggregert nivå. Studien er dermed ikke meldepliktig etter forskriftene til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk eller Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Opphavsrettsinnehaverne til dataene er ikke ansvarlig for den bearbeiding av tallene, analyse, og tolkningen av resultatene som er gjort i forbindelse med denne studien.

3.3 Datasamling

Opgaven baserer seg på data som er innsamlet i regi av Helsedirektoratet. For å besvare problemstillingen har jeg utarbeidet et datasett med sammenholdte tall fra psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Koblingen mellom tallene fra PHV og PHA utgjør mitt bidrag i datainnsamlingsprosessen. I det videre beskriver jeg datagrunnlaget i korte trekk.

Dataene for PHV er hentet ut fra Helsedirektoratets rapport IS-1926; *Distriktpsikiatriske tjenester 2010. Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre* (Pedersen og Bremnes, 2011). Helsedirektoratet skriver i sin rapport at dataene i hovedsak er innsamlet av Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister, for så å bli videre bearbeidet internt i Helsedirektoratet. Datagrunnlaget favner all aktivitet i PHV i 2010 og er det samme som ligger til grunn for SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2010.

Data fra PHA er hentet fra SINTEF-rapport A21131; *Kommunale tiltak i psykisk Helsearbeid 2010. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon* (Kaspersen og Ose).

Kommunene har rapportert inn grunnlagsdataene til Helsedirektoratet på skjemaet IS-24; *Psykisk helsearbeid i kommunene- rapportering for 2010*. Dataene favner stort sett alle

kommuner i Norge. Jeg har fått tilgang til detaljert årsverksstatistikk på kommunenivå, og på bydelsnivå for Oslo, ved hjelp av Solveig Ose, prosjektleder for rapporten.

Landets 76 DPS-områder utgjør analyseenhetene i datasettet. Områdeinndelingen er definert i tabell 24 i Helsedirektoratets rapport IS-1926 (2011). For å operasjonalisere dataene satte jeg sammen data fra kommunenivå i grupperinger tilsvarende DPSenes opptaksområder. I Oslo er det flere DPS-områder innad i kommunen og her er data for de ulike bydelene fordelt ut på DPS-områdene. Befolkningen i kommunene Bergen, Stavanger, Trondheim, Kristiansand, Malvik, og Levanger er også delt mellom ulike DPS-områder. På grunn av mangelfulle data på bydelsnivå i disse kommunene, har Helsedirektoratet her gjort skjønnsmessige vurderinger på fordeling av befolkningen ut på DPS-områdene (Pedersen og Bremnes, 2011, s.10). Jeg har fulgt den samme fordelingsnøkkelen i mitt datasett.

For Oslo har jeg data på bydelsnivå for årsverk innen PHA, og har satt sammen disse på lik måte som for kommunene i andre DPS-områder. For kommunene Bergen, Stavanger, Trondheim, Kristiansand, Malvik og Levanger mangler årsverk-statistikk på bydelsnivå til tross for at kommunene er delt mellom ulike DPS-områder. Jeg har for disse stedene gjort en antagelse om at PHA-årsverkene er jevnt fordelt innad i kommunen, og fordelt årsverkene ut fra hvor stor andel av den voksne befolkningen som sogner til hvert DPS-område.

3.4 Analyse av data

Jeg har valgt å benytte multippel lineær regresjonsanalyse for å analysere dataene. Ved multippel lineær regresjonsanalyse beskrives sammenhengen mellom flere variabler. Metoden går ut på å fange opp tendensen i spredningsdiagrammet enkeltobservasjonene danner, ved å tilpasse en rett linje som ligger nærmest mulig alle punktene. Analysen viser hvor nærme linjen observasjonene ligger, og graden av nærhet avgjør hvorvidt sammenhengen mellom observasjonene er signifikant eller ikke. Signifikansnivået for resultatene settes til 5 %, ettersom dette er utbredt praksis i helsetjenesteforskningen. En forutsetning for å kunne gjøre en gyldig regresjonsanalyse er at målingene er stokastisk uavhengig av hverandre. Lite tyder på at den gjennomsnittlige liggetiden i ved døgnavdelingene i DPS-områdene avhenger av hverandre, jeg anser derfor at dette kriteriet er oppfylt. Analysen er gjort ved hjelp av dataprogrammet SPSS, versjon 19.

3.4.1 Avhengig variabel

Den avhengige variabelen i min analyse er gjennomsnittlig liggetid ved døgnavdelingene i PHV. Døgnavdelingene brukes i noen grad på tvers av opptaksområdene. Dette er særlig

utbredt siden enkelte DPSer ikke har egne døgnavdelinger, samt at noen sentraliserte sykehusavdelinger har regionale eller landsdekkende funksjoner. Tallene for varighet av døgnopphold er beregnet ut fra døgnopphold for pasienter tilhørende opptaksområdet til DPS-området, uavhengig av hvilken døgnavdeling som er benyttet ved innleggelsene. Beregningen er gjort av SAMDATA for Helsedirektoratet. Den multiple regresjonsanalysen avgjør i hvilken grad forklaringsvariablene forklarer variasjonen i gjennomsnittlig liggetid ved døgnavdelingene i PHV.

3.4.2 Fire forklaringsvariabler

I henhold til problemstillingen har jeg valgt ut fire ulike forklaringsvariabler jeg tror kan ha effekt på den avhengige variabelen.

Valg av sentral forklaringsvariabel

I datasettet har jeg inkludert to ulike variabler knyttet til PHA-årsverk. Den ene variabelen måler alle årsverk i PHA for voksne per 1000 innbygger over 18 år. Den andre variabelen er PHA-årsverk knyttet til boligjenester for voksne per 1000 innbygger over 18 år. De to variablene korrelerer naturligvis kraftig med hverandre (pearsons r 0,78), ettersom den første innbefatter den andre. En av disse variablene må dermed utelates i forklaringsmodellen. Variabelen PHA-årsverk knyttet til boligjenester er den som har sterkest forklaringskraft i den multiple modellen og er følgelig den jeg har benyttet. At denne variabelen har størst forklaringskraft synes også rimelig ut fra min antagelse om at det er pasienter som er i behov av boligjenester i kommunen, som blir liggende lengst ved døgnavdelinger i psykisk helsevern. Min hypotese er at det, i DPS-områdene med lavest antall årsverk knyttet til boligjenester per 1000 innbygger over 18 år er gjennomsnittlig lengre liggetid ved døgnavdelingene i PHV enn i DPS-områdene med høyere antall årsverk knyttet til boligjenester i PHA.

Lavest antall årsverk per 1000 innbygger over 18 år Moss DPS-område med 0,07. Høyest andel årsverk knyttet til boligjenester har Skien DPS-område med 2,75 årsverk per 1000 innbygger over 18 år. Gjennomsnittlig har DPS-områdene 1,099 årsverk knyttet til boligjenester per 1000 innbygger over 18 år.

Tre forklaringsvariabler i tillegg til boligårsverk PHA

I forklaringsmodellen har jeg inkludert ytterligere tre forklaringsvariabler jeg antar kan være relevante i forhold til problemstillingen i oppgaven: Hvorvidt DPS-området ligger i en storby,

total døgnkapasitet i HFet DPS-området er organisert under, samt en variabel som angir om det er etablert ambulant virksomhet ved DPSet eller ikke.

Forklaringsvariabelen storby

Jeg har inkludert en dikotom variabel som identifiserer DPS-områdene i Norges fire største byer; Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Variabelen er opprettet med bakgrunn i tidligere forskning som viser at psykiske lidelser er mer utbredt i byområder enn i grisgrendte strøk. Dette gjelder både i hyppighet, grad av alvorlighet og varighet av psykisk sykdom (Kringlen, Torgersen, Kramer, 2006). Dette manifesterer seg også gjennom at befolkningen i byområder har flest pasienter per innbygger ved alle nivåer av behandlingstilbud i psykisk helsevern; døgninstitusjoner, poliklinikker og hos private avtalespesialister (Ruud mfl, 2002, s.322). Funnet er gjeldende for begge kjønn og for alle diagnosegrupper.

Ved telling av innlagte pasienter i døgninstitusjoner på et gitt tidspunkt i 2000 var forekomsten henholdsvis 17,4 per 10 000 innbyggere i Oslo, og gjennomsnittlig 14,0 i byer med over 20 000 innbyggere (Hagen, 2001, s. 92,). Tallet for innlagte pasienter i landkommuner varierte med mellom 8,8 og 9,9 per 10 000 innbyggere, altså vesentlig lavere. Rapporten avdekker, med kun et unntak, et entydig mønster der byer over 20 000 innbyggere ligger over landsgjennomsnittet i bruken av samtlige behandlingstilbud, mens landkommuner ligger under gjennomsnittet (Hagen, 2001,s.93). Unntaket er at en høy andel innbyggere i landkommuner over 20 000 innbyggere mottar privat poliklinisk behandling. Rapporten viser ellers ingen forskjeller mellom bruken av psykisk helsevern i landkommuner av ulik størrelse.

Med denne forskningen som bakgrunn, ville det vært naturlig å opprette en tredelt variabel i datasettet som skiller mellom storby, by med over 20 000 innbyggere, og landkommune. Årsaken til at jeg har valgt å skille kun mellom storby og ikke-storby er de store variasjonene i tettbygdhet innad i hvert DPS-område: Svært mange av DPS-områdene ligger geografisk slik til at de favner et eller flere tettsteder i tillegg til mer grisgrendte strøk. Dette med unntak av DPSe som befinner seg i de største byene, hvor tettbygdheten stort sett er lik i hele DPS-området. Demografien med stor indre variasjon, gjør at det synes vanskelig å finne frem til et mål for tettbygdhet som er representativt for DPS-områdene som ikke ligger i de største byene. 14 DPS-områder er klassifisert som storby i datasettet. Min hypotese er at det i DPS-områdene klassifisert som storby, er gjennomsnittlig lengre liggetid ved døgnavdelingene i PHV, sammenlignet med de øvrige DPS-områdene.

Med hensyn på demografi ville det også vært interessant å undersøke hvorvidt avstanden mellom pasientens hjem og sykehusavdeling har noen påvirkning på lengden av døgnopphold i Psykisk helsevern, jamfør den Taiwanske undersøkelsen på pasienter med schizofreni (Tseng mfl, 2008). En slik variabel krever imidlertid data på individnivå, noe jeg i denne studien ikke har hatt tilgang på. Jeg har derfor ikke inkludert en slik forklaringsvariabel i analysemodellen.

Forklaringsvariabelen total døgnkapasitet i Helseforetaket

Som nevnt tidligere er DPSene i varierende grad utbygget; noen steder er det hovedsakelig DPSene som ivaretar allmennpsykiatrisk behandling, mens det andre steder fortsatt er de sentraliserte sykehusavdelingene som står for det meste av behandlingen, og hvor DPSene spiller en mindre sentral rolle. Jeg antar at total døgnplasskapasitet i Helseforetaket (HFet) vil ha en innvirkning på liggetiden: Hypotesen er at lav total døgnkapasitet vil gi stort press på døgnplassene og medføre kortere liggetid enn i DPS-områdene der den totale døgnkapasiteten er høy. Døgnplasskapasiteten innbefatter alle døgnplasser i psykisk helsevern disponible for innbyggerne i DPSets opptaksområde og er målt ved antall plasser per 10 000 innbygger.

Den totale døgnkapasiteten varierer mellom 5,7 døgnplasser per 10 000 innbyggere (Øyane) til 20,5 døgnplasser per 10 000 innbyggere (Midt-Finnmark). Gjennomsnittlig er det 11,4 døgnplasser per 10 000 innbygger i DPS-områdene (Pedersen og Bremnes, 2011).

Forklaringsvariabelen ambulant virksomhet

Et av formålene ved å etablere ambulant virksomhet ved DPSene er som beskrevet tidligere, en vridning fra døgnbehandling til poliklinisk behandling (*Distriktpsykiatriske sentre-, 2006*). Jeg undersøker derfor om det finnes en sammenheng mellom ambulant virksomhet og liggetid ved døgnavdelingene i PHV. Min hypotese er at det, i DPS-områder uten ambulant team, er lengre gjennomsnittlig liggetid enn i DPS-områder med ambulant team. Ambulant team var etablert ved 63 DPSer i 2010, mens 13 ikke hadde ambulant team.

3.5 Begrensninger ved datasettet

Ikke data på individnivå

I denne studien har jeg ikke benyttet meg av data på individnivå om døgnpasientene i PHV. Som beskrevet i kapittel 2, viser mye forskning at karakteristika ved pasientens sykdomstilstand og andre individuelle egenskaper (casemix) i mindre grad forklarer variasjoner i liggetid enn man intuitivt kanskje skulle tro. Imidlertid er det slik at, dersom man søker å forklare all variasjon i liggetid, hører casemix til blant forklaringsvariablene. Et

eksempel er at pasientenes kjønn og hoveddiagnose påvirker lengden av døgnopphold i psykisk helsevern. Ved punktobservasjoner både i 1999 og 2007 ble det beregnet at median varighet av døgnopphold for mannlige pasienter var signifikant lengre enn median varighet for kvinner (Lilleeng mfl, 2009, s.34). Forskjellen lot seg primært forklare av at menn med schizofreni som hoveddiagnose i gjennomsnitt har vesentlig lengre liggetid enn kvinner med samme diagnose. For gruppen med personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose forholdt det seg imidlertid annerledes; her var median varighet av døgnoppholdet vesentlig kortere for menn enn for kvinner (Lilleeng mfl, 2009, s. 34). Eksempelet indikerer at data på individnivå, for eksempel opplysninger om kjønn og diagnose, med stor sannsynlighet kunne tilført den analytiske modellen i denne studien økt forklaringskraft.

Tverrsnitt

Datasettet innbefatter kun materiale fra 2010. En paneldatanalyse med tall fra flere påfølgende år ville ha styrket studien og avgjort hvorvidt eventuelle funn er uttrykk for en trend eller om det dreier seg om en sammenheng som kun opptrådte ett år. Imidlertid er det utfordrende å finne sammenlignbare tall for flere år, siden mange av DPSenes opptaksområder har vært gjenstand for endringer og sammenslåinger de siste årene. 2010 synes imidlertid å være et representativt år for døgnaktiviteten i psykisk helsevern og ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid sammenlignet med de foregående årene.

4.0 RESULTATER

Avhengig variabel

Den gjennomsnittlige liggetiden ved døgnavdelingene i PHV er målt i antall dager og fordeler seg slik:

Deskriptiv statistikk					
	N	Minimum	Maksimum	Gj.snitt	Standardavvik
gjennomsnitt varighet døgnopphold dps 2010 tabell 20a	74	12.00	46.00	25.2838	7.31394
Gyldig N (listwise)	74				

FIGUR 2

For to av DPS-områdene er det ikke registrert gjennomsnittlig varighet av døgnopphold (Hamar sentrum og Elverum), disse blir dermed ikke del i analysen.

Den multiple regresjonsanalysen viser følgende resultater:

	B	Standardfeil	Sig.
Konstant	21.790	5.435	.000
Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim	5.651	2.091	.009
Årsverk for psykbolig per 1000 18+ innbygger	-3.027	1.362	.030
Antall disponible psykdøgnplasser i HFet per 10 000 innb. i DPSomr.	.525	.351	.139
Ambulant virksomhet ja/nei	-.187	2.099	.929

FIGUR 3

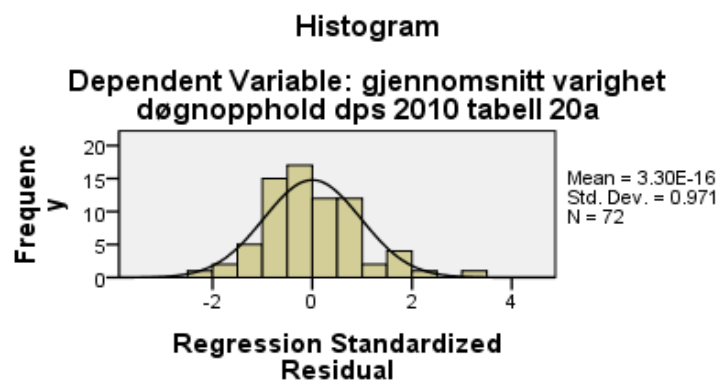
Forklaringsvariabelen storby. I følge denne modellen er gjennomsnittlig liggetid i DPS-områdene i storbyene i gjennomsnitt 5,651 dager lengre enn i de resterende DPS-områdene. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,009.

Forklaringsvariabelen PHA-boligårsverk. Modellen viser at ved en økning på 1 PHA-boligårsverk per 1000 voksne innbygger, vil den gjennomsnittlige liggetiden ved døgnavdelingene reduseres med 3,027 dager. Funnet er signifikant med en p-verdi på 0,03.

Forklaringsvariabelen disponible døgnplasser i HFet. Modellen påviser ingen effekt av disponible døgnplasser i HF på variasjon i liggetid; p-verdien er på 0,139.

Forklaringsvariabelen ambulanseteam. Modellen påviser ingen effekt av ambulanseteam på variasjon i liggetid; p-verdien er 0,929.

Residualer. En forutsetning for regresjonsanalysens gyldighet er at den avhengige variabelen har normalfordelte residualer. Figuren viser at forutsetningen er oppfylt; histogrammet følger kurven for normalfordeling uten noen ekstreme avvik.



FIGUR 4

5.0 DISKUSJON

Ingen påvist sammenheng mellom ambulante team og variasjon i liggetid

Forklaringsvariabelen «ambulante team» ble inkludert i analysen fordi Helsedirektoratet, i sin veileder fra 2006, fremholder at en økning av *ambulante team, annen poliklinisk aktivitet og satsning på psykisk helsearbeid i kommunene, vil kunne bidra til å redusere behovet for innleggelser ved døgnavdeling (Distriktpsykiatriske sentre- 2006, s.47)*. I min analyse er det ingen signifikant forskjell på gjennomsnittlig liggetid i DPS-områder som har ambulante team sammenlignet med de som ikke har det. Hvorvidt ambulante team har forebyggende effekt på innleggelser i døgnavdelinger, fanges imidlertid ikke opp av denne studien.

Ingen påvist sammenheng mellom kapasitet i Helseforetaket og variasjon i liggetid

Resultatet av analysen viser ingen effekt av kapasiteten på døgnplasser i DPS-området på variasjonen i liggetid ved døgnavdelingene i PHV. At det ikke finnes noen årsakssammenheng her kan ha flere forklaringer, for eksempel ved at behovet for døgnplasser i ulike DPS-områder varierer. Denne studien justerer ikke for slike eventuelle forskjeller i befolkningsgrunnet, i og med at casemix ikke er inkludert.

Laveste Effektive OmsorgsNivå

Analysen viser at liggetiden ved døgnavdelingene i PHV i noen grad påvirkes av omfanget av kommunens ressursinnsats på bolig tjenester for personer med psykiske lidelser. Funnet sannsynliggjør at det er potensial for å forkorte liggetiden ved døgnavdelingene ved å styrke ressursene i det psykiske helsearbeidet. Dette innebærer at en større satsning på psykisk helsearbeid i kommunene vil kunne bidra til at målsettingen om LEON innfris. Resultatene av analysen er i samsvar med den amerikanske studien som beskriver sammenheng mellom variasjon i liggetid for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ressursbruk på bolig tjenester i kommunen (Lee, S., Rothbard, A.B., og Noll, E.L, 2012). Resultatene viser også samme tendens som den norske studien på variasjonen i liggetid for personer over 75 år i somatiske sykehusavdelinger (Kjekshus, 2005).

Samhandlingsreformen

Fra 2012 skal utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern registreres.

Samhandlingsreformen gir imidlertid ikke økonomiske incentiver for kommunene knyttet til å bygge opp tilbudet for disse pasientene. Så lenge ikke slike incentiver foreligger, vil det være en fare for at kommunene vil komme til å prioritere de somatiske helsetjenestene på bekostning av psykisk helsearbeid.

Min forståelse er at det, på samme måte som i den somatiske helsetjenesten, er grunnlag for å gi kommunene incentiver til å bygge ut hjelpetilbudet, og særlig boligtilbudet, for personer med psykiske lidelser. Resultatene av studien understøtter denne oppfatningen. Den pågående registreringen av utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern vil bidra til å bringe klarhet i hvor omfattende problemet med manglende tilbud i kommunene er, og ikke minst identifisere hvilken type avdelinger i PHV som har høy andel utskrivningsklare pasienter. Dette vil kunne være retningsgivende for den videre omstillingen av de psykiske helsetjenestene.

Har ACT-teamene effekt på bruken av døgnplasser i psykisk helsevern?

Etableringen av ACT-team er under utvikling i Norge. Erfaring fra Storbritannia viser at teamene, i tillegg til andre positive behandlingseffekter for den enkelte pasient, har forebyggende effekt på innleggelser i døgnavdelinger (Marshall og Lockwood, 1998). Imidlertid er det usikkert i hvilken grad denne forskningen har overføringsverdi til norske forhold: Norge har allerede etablert en mere desentralisert modell for psykiske helsetjenester enn Storbritannia, og også fordi ACT-teamene dels vil ha overlappende funksjon med ambulante team som allerede er etablert ved et flertall DPSer. En evaluering av ACT-behandling i Moss konkluderer imidlertid med at satsningen med stor sannsynlighet førte til redusert antall oppholdsdøgn i PHV for pasientene som ble fulgt opp av teamet (*Oppsøkende virksomhet*-, 2011). I tillegg bedret samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten seg i løpet av prosjektperioden. Helsedirektoratet har igangsatt en nasjonal forskningsbasert evaluering av ACT- satsingen som skal ferdigstilles i 2013 (*Etablering og drift*-, 2011). Evalueringen vil blant annet gi svar på hvorvidt ACT-teamene bidrar til forebygging av innleggelser i døgnavdelinger, samt bidrar til økt samhandling mellom tjenestenivåene.

Betydningen av forebyggende virksomhet?

Denne studien undersøker ikke i hvilken grad kommunenes forebyggende virksomhet påvirker bruken av døgnavdelingene i psykisk helsevern. Psykiske lidelser utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer (Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009, s.18). Karakteristika ved lokalsamfunnet påvirker følgelig i noen grad forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen. Forskning har identifisert flere miljømessige risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer knyttet til utviklingen av psykiske lidelser og plager. Folkehelseinstituttet har foreslått en hel rekke tiltak knyttet til å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene i Norge (Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009). En av

hensiktene med Samhandlingsreformen er også å stimulere kommunehelsetjenesten til økt innsats på forebyggende virksomhet.

Med dette som bakgrunn, ville det være relevant å undersøke i hvilken grad kommunenes ressursinnsats på forebyggende arbeid blant voksne påvirker bruken av psykisk helsevern. Det ville også være interessant å undersøke hvorvidt kommunenes nåværende ressursinnsats på forebyggende arbeid blant barn og unge påvirker bruk av psykiske helsetjenester for voksne i fremtiden.

Mere om mål på kommunenes ressursbruk

I analysen har jeg benyttet tall på årsverk knyttet til boligjenester for psykisk syke som mål på kommunens ressursbruk på Psykisk helsearbeid. Etter min vurdering er antall årsverk en viktig indikator på kommunenes satsning på psykiske helsetjenester. Det ville imidlertid styrket analysen dersom jeg i tillegg hadde benyttet tall på faktisk antall plasser i botilbud i hver kommune. Kommunene har imidlertid ulik praksis knyttet til rapporteringen på dette området, noe som gjør statistikken mangelfull og ikke brukbar i denne sammenhengen (Vold mfl, 2009,s.30).

Å inkludere kommunale budsjettall for PHA i analysen, ville også kunne medføre en bredere forståelse av ressursbruken i kommunene. Inkludering av budsjettall som forklaringsvariabel i analysen ville også i enda større grad kunne styrke parallellen mellom resultatene i denne studien og den amerikanske studien gjennomført av Lee, Rothbard og Noll (2008).

Et spørsmål om kvalitet: Medfører kortere innleggelser hyppigere reinnleggelser?

Tall på liggetid, antall innleggelser og antall behandlede pasienter er blitt hyppig brukt som mål på effektivitet og produktivitet i de psykiske helsetjenestene. Det finnes imidlertid få etablerte mål på kvalitet for virksomhetene. En noe utprøvd kvalitetsindikator er å telle andelen pasienter med snarlige reinnleggelser etter endt døgnopphold. Indikatoren krever data på individnivå, og optimalt bør man ha data som omfatter alle døgnavdelinger innen psykisk helsevern, siden samme pasient kan være innlagt ved ulike avdelinger i ulike tidsrom.

Den norske artikkelen *Tilbakefallsprosent som kvalitetsmål i psykiatrisk behandling*, argumenterer for at reinnleggelsesandelen vil være avhengig av en rekke ytre faktorer som blant annet poliklinisk tilbud og omfanget kvaliteten på det kommunale tjeneste- og serviceapparatet (Johannesen og Larsen, 2000). Det ville dermed vært relevant å ha med tall på reinnleggelser i denne studien, for å gi et mere nyansert bilde av aktiviteten ved

døgnavdelingene i psykisk helsevern, samt undersøke hvorvidt andelen reinnleggelser har sammenheng med kommunenes ressursbruk på psykisk helsearbeid.

En studie av forekomsten av reinnleggelser ved norske akutt- og korttidsplasser i Psykisk helsevern, konkluderer med at korte innleggelser hyppigere medfører snarlige reinnleggelser (innen 30 og 60 dager) for pasientene (Heggstad, 2001). Andelen reinnleggelser var over 3,3 ganger så stor for pasientene innlagt på avdeling med kortest liggetid, sammenlignet med de innlagte på avdelingene med lengst liggetid (Heggstad, 2001, s. 199). Studien påviste også at grad av tetthet av behandlere; leger, psykiatere, og psykologer, som jobber i sykehusavdelingen er en beskyttende faktor med hensyn på risikoen for snarlig reinnleggelse. Forskeren fant imidlertid ikke holdepunkter for at egenskaper ved kommunehelsetjenesten var av betydning for hyppigheten av reinnleggelser i denne studien.

Studien reiser spørsmål om hvorvidt kortere liggetider ved sykehusavdelingene medfører ringere kvalitet i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser. Dette påfører i tilfelle pasientene merbelastninger og fører i sum kanskje også til merkostnader for Psykisk helsevern. Momentet er sentralt ved en vurdering av hvorvidt det er faglig forsvarlig og kostnadseffektivt å ta sikte på en ytterligere reduksjon i liggetider ved døgnavdelingene i PHV.

Økte krav til kompetanse i kommunehelsetjenesten

Kunnskapsdepartementet fastslår at Samhandlingsreformen stiller nye krav til kompetanse hos tjenesteyterne i 1.linje som følge av økte og til dels nye arbeidsoppgaver (St meld 13, (2011-2012), avsnitt 4.1). Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse anses å være en hovedutfordring for kommunehelsetjenesten ved innføringen av Samhandlingsreformen. En ytterligere bevegelse mot desentralisering i de psykiske helsetjenestene vil etter alt å dømme også medføre økte kompetansekrav i kommunalt psykisk helsearbeid, noe som kan by på utfordringer for tjenestene.

Storbyproblematikk

I storbyene Oslo, Trondheim, Bergen og Stavanger er liggetiden ved døgnavdelingene gjennomsnittlig lengre enn i andre deler av landet. Funnet bekrefter tidligere forskning som viser at sykkeligheten er større og bruken av psykisk helsevern mere omfattende i storbyene, sammenlignet med resten av landet (Hagen, 2001). Hagen påpeker at årsakene til dette både kan være forhold knyttet til storbybefolkningen og dens levekår, og/eller egenskaper ved helsetjenesten selv.

Som nevnt tidligere i kapittelet er det identifisert en rekke miljømessige risikofaktorer knyttet til utviklingen av psykiske lidelser. En del av disse faktorene forekommer hyppigere i bymiljøer enn i andre lokalsamfunn: Det dreier seg om sosial desintegrasjon, mangelfull sosial integrasjon, høy grad av innvandring, samt høy forekomst av skilsmisse og samlivsbrudd (Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009). Disse miljøfaktorene utgjør sannsynligvis deler av forklaringen på høy sykkelighet og dertil mere omfattende bruk av psykisk helsevern i de store byene sammenlignet med øvrige deler av landet.

I tillegg har storbybefolkningen større grad av nærhet til de psykiske helsetjenestene enn befolkningen i mere spredtbygde strøk. Tettheten av fagfolk er større. Kanskje stimulerer den relativt sett gode tilgjengeligheten til psykiske helsetjenester i byområdene også til økt bruk, sammenlignet med andre deler av landet?

Ikke uproblematisk å øke omfanget av helsetjenester

Kostnadene til spesialisthelsetjenesten i sin helhet økte med hele 25 % i tidsrommet 2005 til 2008 (SSB, 2009). I samme tidsrom økte også kostnadene til psykisk helsevern for voksne med 25 % (SSB, 2009). En særlig kostnadsdrivende mekanisme i helsetjenesten er den raske utviklingen av medisinsk kunnskap og teknologi som medfører stadig nye muligheter i forhold til diagnostisering og behandling. I Norge har utviklingen ført til flere offentlige prioriteringsdebatter som berører alle virksomheter i helsetjenestene. For selv om behandlingsmulighetene kan synes uendelige, er tilgjengelige ressurser det ikke.

Lian O.S. argumenterer i sin kronikk *Behovet for helsetjenester- naturgitt eller sosialt bestemt?* for at vårt syn på hva som er sykdom og hvilke tilstander som bør behandles medisinsk, i stor grad formes av samfunnet vi lever i (2000). Økt tilgang på medisinsk kunnskap og teknologi medfører, i følge forfatteren, også økt oppfattet behov for behandling. Helseprofesjonene har gjennom ulike medier mulighet til å generere etterspørsel etter egne tjenester, dette reiser en rekke etiske problemstillinger knyttet til utviklingen av helsetilbudet.

Arnulf Kolstad skriver i sin artikkel *Opptappingsplanen i psykiatrien- skippertak med bivirkninger*, at gapet mellom antallet som sies å ha et behandlingsbehov for psykiske lidelser og antallet som faktisk får det, aldri har vært større (2008). Det er paradoksalt siden andelen av befolkningen som mottar behandling er blitt mangedoblet det siste tiåret. Kolstad mener at et samfunn preget av større åpenhet og trivialisering av lettere lidelser og livskriser bidrar til å øke etterspørselen etter psykiske helsetjenester: «En økende andel av befolkningen aksepterer å bli pasienter» (Kolstad, 2008). Kolstad argumenterer altså for at behovet for psykisk

helsehjelp i stor grad blir skapt av at hjelpetilbudet faktisk eksisterer og er tilgjengelig for befolkningen.

Temaet reiser spørsmål knyttet til den videre utviklingen av de psykiske helsetjenestene: Vil man, ved en ytterligere styrking av tjenestene, risikere å nå en pasientgruppe som i realiteten ikke har behov for behandling av psykiske lidelser?

6.0 KONKLUSJON

Studien sannsynliggjør at kommunenes ressursbruk på boligjenester for pasienter med psykiske lidelser påvirker liggetiden ved døgnavdelingene i psykisk helsevern.

Sammenhengen kan beskrives slik: Større ressursbruk på boligjenester i kommunen medfører kortere gjennomsnittlig liggetid ved døgnavdelingene i psykisk helsevern. Funnet impliserer at det finnes potensial for reduksjon av liggetiden ved døgnavdelingene i 2.linje dersom ressursene styrkes i 1.linje. Dette ville i tilfelle være i tråd med Opptrappingsplanens intensjon om økt desentralisering av de psykiske helsetjenestene.

Det synes imidlertid ikke selvsagt hvorvidt en reduksjon i liggetid og forskyvning av aktivitet fra 2.linje til 1.linje vil være en faglig god prioritering: Tidligere forskning på norske akutt- og korttidsplasser i psykisk helsevern viser at korte liggetider i døgnavdeling medfører hyppigere reinnleggelser kort tid etter utskrivelse (Heggstad, 2001). Hvorvidt økt omfang og styrking av kvaliteten i psykisk helsearbeid kan motvirke en slik effekt, er uavklart.

Ambulante team er opprettet ved Distriktpsykiatriske sentra blant annet med formål om å redusere behovet for døgninnleggelser i psykisk helsevern. Denne studien viser ingen effekt av ambulante team på gjennomsnittlig liggetid ved døgnavdelingene. Studien avdekker imidlertid ikke hvorvidt ambulante team har en forebyggende effekt på innleggelser i psykisk helsevern.

Studien viser også at gjennomsnittlig liggetid ved døgnavdelingene i psykisk helsevern er høyere for befolkningen i Norges 4 største byer, sammenlignet med befolkningen for øvrig. Funnet bekrefter tidligere forskning gjort på området (Hagen, 2001).

LITTERATURLISTE

- Brage S., Nossen, J.P., Kann, I.C. og Thune, O., 10.10.12. *Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011*, online, NAV. Tilgjengelig fra <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Analyser/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/Sykefrav%C3%A6r+med+diagnose+innen+psykiske+lidelser+2000-2011.322664.cms> , 12.11.12
- Bremnes, R., Pedersen, P.B, og Cederkvist, H.S. 2011, *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2010*. Rapport IS-1941. Helsedirektoratet, Oslo.
- Brofoss, Karl Erik og Larsen, Frode. 2009. *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009). Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norges Forskningsråd, Oslo.
- Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. 2006. Veileder IS 1388. Sosial- og Helsedirektoratet, Oslo.
- Dyb, Evelyn og Myrvold, Trine Monica. 2009. *Omsorgsboliger for psykisk syke. Evaluering av Husbankens arbeid*. NIBR-rapport 2009:25. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo.
- Helsedirektoratet, (07.12.2011), *Etablering og drift av aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT- modell (ACT- team)*, (online). Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/etablering-og-drift-av-aktivt-oppsokende-behandlingsteam-etter-act-modell-act-team-2012.aspx> (13.11.2012)
- Gifford, Elizabeth og Foster, Michael. *Provider-Level Effects on Psychiatric Inpatient Length of Stay for Youth With Mental Health and Substance Abuse Disorders*. Medical Care. Volume 46, Number 3, March 2008. 2008. Lippincott Williams and Wilkins
- Gjøen, Børset, I. S, Pedersen, M., Sitter, M., Kindseth, O., Pedersen, P.B., Bremnes, R., Lilleeng, S., Saltnes, T. 2011, *Samdata spesialisthelsetjenesten 2010*. Rapport IS-1921. Helsedirektoratet, Trondheim.
- Groven G, Bjertnæs OA, Holmboe O, Damgaard, K. 2009, *Fastlegers vurderinger av distriktpsikiatriske sentre. Nasjonale resultater i 2008 og utvikling fra 2006*. PasOpp-rapport nr 02 – 2009. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo

- Gråwe R., Ruud T., Bjørngaard J.H., 2005. *Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne*. Tidsskrift for den norske legeforening, nr. 23. s. 3265-3268.
- Hagen, H. *Geografisk ulikhet i tilgjengelighet til tjenester for voksne*. I: Pedersen, P. B (red). *Psykisk helsevern på 1990-tallet- Utviklingstrekk og regionale variasjoner*. Rapport 7/2001. 2001, SINTEF Unimed TRONDHEIM.
- Hartvig, Østberg, Alfarnes, Moger, Skjønberg og Bjørkly. 2007, *Voldsrisiko sjekklister- 10*. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst, Oslo.
- Heggestad, T. *Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission- effects of high patient turnover*. Acta Psychiatrica Scand 2001; 103: s.196-202
- Holm, A. 2012, *En verdig bostuasjon innen psykisk helsearbeid. Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*. NIBR-rapport 2012:2. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo.
- Holum, L. C. 2010, «Individuell plan som verktøy for brukermedvirkning: En evaluering», *Tidsskrift for norsk psykologforening*, nr.47, s.326-328.
- Individuell plan 2010, *Veileder til forskrift om Individuell plan*. Veileder IS-1253. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- Johannessen J.O. og Larsen, T.K. *Tilbakefallsprosent som kvalitetsmål i psykiatrisk behandling*. Tidsskrift for Den norske Legeforening. 2000; 120: s. 2144-21447
- Kaspersen, S. L og Ose, S.O. 2011, *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2010. Årsverkstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. SINTEF Rapport A21131. SINTEF teknologi og samfunn, Trondheim.
- Kjekshus, L.E. *Primary health care and hospital interactions: Effects for hospital length of stay*. Scandinavian Journal of Public Health, 2005; 33: s. 114–122.

- Kjelsberg, E., og Sandli, C.S. 2008, *Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008*.
Kompetansesenterets prosjektrapport 2009-1. Kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri. For Helseregion Sør-Øst. Oslo Universitetssykehus HF, Psykiatrisk divisjon, Ullevål, Oslo.
- Kolstad, Arnulf. 2008, *Opptappingsplanen i psykiatrien – skippertak med bivirkninger*. (Online), Radikalt økonominettverk. Tilgjengelig fra <http://www.okonominettverket.no/Artikkel/807.html>, 13.11.2012
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. *Mental illness in a rural area - A Norwegian psychiatric epidemiological study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41: 713-9.
- Lian, O.S. 2000, *Behovet for helsetjenester- naturgitt eller sosialt bestemt?* Tidsskrift for Den norske legeforening, nr 1. 2000.
- Lilleeng, S., Ose, S.O, Bremnes, R., Pedersen, P.B., og Hatling, T. 2009. *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20.november 2007*. SINTEF Rapport nr. A9712. SINTEF teknologi og samfunn, Trondheim.
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. 2009, Arbeidsdepartementet, Oslo.
- Marshall, M. og Lockwood. A. 1998, *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089
- Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Kunnskapsdepartementet, Oslo.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K, Mathiesen K.S. 2009, *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo.
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. IS-1511. 2008, Sosial- og Helsedirektoratet, Oslo.

Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten.

Veileder IS 1162. 2005, Sosial- og Helsedirektoratet, Oslo

Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper- Evaluering av forsøk med ACT (Assertive Community Treatment) i Mossregionen, ECON-rapport nr R-2011-013. 2011, Pöyry Management Consulting (Norway) AS, Oslo.

Ose, S. 2007. *Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov.* SINTEF Rapport nr. A1254. SINTEF helse, Trondheim.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. Helse-og Omsorgsdepartementet, Oslo.

Pedersen, P. B og Bjerkan AM. 2008, *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse - supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten Delrapport III.* Rapport A7588. SINTEF Helse, Trondheim.

Pedersen, P. B og Bremnes, R.. 2011, *Distriktpsykiatriske tjenester 2010. Driftsindikatorer for distriktpsykiatriske sentre.* Rapport IS-1926. Helsedirektoratet, Oslo.

Pedersen, P.B, Lilleeng, S. E og Sitter, M. 2008, *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse- supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport 1.*Rapport A6400. SINTEF helse, Trondheim.

Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Veileder IS-1332. 2005, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo

Regjeringen oppretter ti ACT-team for å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske lidelser. (Online), (24.06.2009), Helse- og Omsorgsdepartementet, tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/sok.html?quicksearch=ACT-team&id=86900> , 04.06.12

Ruud, T., Andersson, H.W, Bjørngaard, J.H., Hagen, H., Halsteinli, V., Heggestad, T., Pedersen, P.B. *Forskning om bruk av psykisk helsevern i Norge.* Norsk Epidemiologi 2002; 12 (3). s.319-325.

Rådet for psykisk Helse, 13.4.2012, *Kortere levetid for personer med psykiske lidelser*, online, Rådet for psykisk Helse. Tilgjengelig fra <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=31314>, 12.11.12

Sungkyu L., Rothbard A.B, and Noll, E.L. *Length of Inpatient Stay of Persons With Serious Mental Illness: Effects of Hospital and Regional Characteristics*. Psychiatric services.ps.psychiatryonline.org. September 2012 Vol. 63 No. 9. s 890-895.

Statistisk sentralbyrå. 12.08.2009. *Økt ressursbruk og aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten*, online, Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/valgaktuelt/arkiv/art-2009-08-12-02.html>, 13.11.2012

Statistisk sentralbyrå, 2010, *Tabell 8 Selvmord og selvmordsrate per 100 000 innbyggere, etter kjønn og alder. 1951-2009*, online, Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra <http://www.ssb.no/dodsarsak/arkiv/tab-2010-12-03-08.html>, 12.11.12

St.meld.nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

St.prp.nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og Omsorgsdepartementet, Oslo.

Tseng Kuan-Chiao, Hemenway David, Kawachi Ichiro, Subramanian S.V. og Chen Wei J. *Travel Distance and the Use of Inpatient Care among Patients with Schizophrenia*. + Webadressen?

Veiledning for utredning av pasienter med førstegangpsykose i Helse Sør-Øst. 2008, TIPS Sør-Øst, Oslo.

Vold, B., Abrahamsen, D. og Vigran, Å. 2011. *Etablering av registerbasert statistikk for kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid*. Statusrapport 2010. Statistisk Sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger.

Wahlbeck, K., Westmann, J., Nordentoft, M., Gissler, M. og Laursen, T.M. 2011. *Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders*. The British Journal of Psychiatry Nr 199, s. 453-458.

Wiley, M. M. , Tomas. R, og Casas, M. 1999, *A cross national, casemix analysis of hospital length of stay for selected pathologies*. European journal of public health vol 9. 1999 no 2. s.86-92.