

Siv Øverås

Særskilte kostnadsforhold i Oslo- og Finnmarkpsykiatrien

Vurdert ved hjelp av sosial indikator-tilnærming

Siv Øverås

**Særskilte kostnadsforhold i
Oslo- og Finnmarkspsykiatrien**
Vurdert ved hjelp av sosial indikator-tilnærming

© Forskningsstiftelsen Fafo 2000
ISSN 0804-5135

Innhold

1 Bakgrunn og formål	6
2 Tilnærming og metode	7
3 Kjennetegn ved befolkningen	11
Sammenfatning	14
4 Kjennetegn og egenskaper ved lokalsamfunn og tjenestetilbud	16
4.1 Finnmark	17
4.2 Oslo	19
Kunnskap om hva som predikerer forbruk av tjenester	20
Hva og hvem som faller utenfor?	20
4.3 Hovedinntrykk	22
5 Brukerrater og sosiale indikatorer; forskjeller og likheter	23
5.1 Ratiotilnærmingen	23
5.2 Sosiale indikatorer	24
5.3 Konklusjoner	26
Litteratur	28
Vedlegg 1	30
A. Undersøkelser av pasientpopulasjoner	32
B. Undersøkelser av vanskeligstilte grupper	35
C. Undersøkelser av utvalgte geografiske områder	37
Vedlegg 2	47
3.3 Samtaleintervjuer med nøkkelinformanter	47

Forord

Dette notatet er et resultat av et delprosjekt om psykiatri i inntektssystemet for fylkeskommunene, som kom i stand på initiativ fra Kommunal- og regionaldepartementet. Prosjektet er et samarbeid mellom Fafo og SINTEF/Unimed/NIS, og hovedformålet har i henhold til oppdraget totalt sett vært å utvikle (generelle) kriterier som kan forklare variasjoner i ressursinnsatsen mellom fylkeskommunene, slik at eventuelle kostnadsulemper eller fordeler ved å gi et likeverdig psykiatrisk tjenestetilbud fanges opp. Hensikten med Fafos del av prosjektet (som presenteres i dette notatet), er å komme nærmere en forståelse av særtrekk ved situasjonen i Oslo og Finnmark som sannsynliggjør større sykelighet og større behandlingsbehov, og som dermed påkaller behov for ekstra ressurser til psykiatrien i de to fylkene.

Fafos del av prosjektet har hatt en økonomisk ramme på 3,75 månedersverk. Arbeidet har i hovedsak bestått av innsamling, bearbeiding og kommentering av foreliggende data, samt innhenting av nye data i form av intervjuer med fagfolk i Oslo- og Finnmarkspsykiatrien.

Prosjektet har hatt en referansegruppe bestående av Thor Bernstrøm e.f og Grete Lilleschulstad, Kommunal- og regionaldepartementet, Lennart Jensen, Oslo kommune, Rune Bye, Kommunenes Sentralforbund, Finn Aasheim, Sosial- og helsedepartementet, Øyvind Hope og Helge Hagen, SINTEF/Unimed/NIS. Vi takker alle for bidrag og kommentarer. De feil og mangler som gjenstår i det endelige notatet tar vi på egen kappe.

Fafo har hatt en egen intern arbeidsgruppe på prosjektet. Siv Øverås har vært prosjektleder og skrevet notatet. Christine Friestad og Espen Dahl har vært sterke bidragsytere både i diskusjoner rundt tema og utfordringer i prosjektet, samt under utarbeidelsen av manus. Vi takker hverandre herved for et godt samarbeid.

Oslo, august 2000

Siv Øverås

1 Bakgrunn og formål

Rattsø-utvalget påpekte at utgiftene til psykisk helsevern viste liten variasjon fylkeskommunene imellom, med unntak av Oslo og Finnmark, der utgiftene er henholdsvis 82 og 18 prosent høyere per innbygger enn landsgjennomsnittet (NOU 1996:1). Utvalget konkluderte med at det er vanskelig å finne entydige forklaringer på det høye utgiftsnivået i Oslo og Finnmark, men at variasjonene kan antas å skyldes dels egenskaper ved befolkningen, og dels egenskaper ved lokalsamfunn og nærmiljø i de to fylkene. Utvalget anbefaler derfor at det foretas videre analyser av sammenhengen mellom ulike sosiale forhold og fylkeskommunenes ressursinnsats innen det psykiske helsevernet. Dette er bakgrunnen for at Fafo høsten 1999 fikk i oppdrag å se nærmere på situasjonen i Oslo og Finnmark.

Prosjektet «Psykiatri i inntektssystemet for fylkeskommunene» ble tildelt som et samarbeidsprosjekt mellom SINTEF/Unimed/NIS og Forskningsstiftelsen Fafo. NIS har på bakgrunn av faktisk forbruk av tjenester, utviklet kriterier (kostnadsnøkler) for beregninger av utgiftsbehovet i de ulike fylkene. Fafos del av oppdraget har konsentrert seg om ulike sosiale forhold i fylkeskommunene som har sammenheng med forekomsten av psykiatriske lidelser (Barstad 1997, Huserbråten 1996, Dalgard m.fl. (red) 1995, Dalgard og Døhlie 1995, Dalgard m.fl. 1980, Dahl 1994, Øverås 1999). Bakgrunnen for dette er en arbeidshypotese om at den psykiatriske sykkeligheten er høyere i Finnmark og Oslo enn i resten av landet, og at dette dels skyldes egenskaper ved befolkningen, og dels egenskaper ved lokalsamfunnene. Forskningsspørsmålet er da om det er særlige forhold i Finnmark og Oslo som ikke fanges opp av NIS' delprosjekt; finnes det overhyppighet av grupper med særskilte behov i de to fylkene som tilsier høyere psykiatrisk sykkelighet og dermed større behov for psykiatriske behandlingstjenester? I NIS sin del av delprosjektet analyseres behovsdekning med utgangspunkt i grupper inndelt etter kjønn, alder, utdanning, sivil status m.v. I Fafos delprosjekt er det naturlig å søke å identifisere grupper med særskilte egenskaper, eller også kombinasjoner av egenskaper, som tilsier høyere sykkelighet. Slike grupper kan være sosialklienter, arbeidsledige, bostedsløse, rusmiddelmissbrukere, fremmedkulturelle innvandrere, og i Finnmark, flyttsamer. Dessuten vil vi i vårt delprosjekt se nærmere på trekk ved lokalsamfunn som reflekterer grad av sosial integrasjon og desintegrasjon. Disse begrenser seg alle til de opplysninger som kan oppdateres årlig. Til slutt i notatet ser vi befolkningskjennetegn i sammenheng med brukerratene til NIS, for å se på sammenfall og forskjeller mellom sosioøkonomiske og sosiodemografiske kjennetegn ved henholdsvis befolkning (potensielle brukere av behandlingstjenester) og pasienter. Er det forskjeller mellom fylkenes andeler av ulike risikogrupper, og er disse sammenfallende med kjennetegn ved pasientpopulasjonene?

2 Tilnærming og metode

NIS har i sitt delprosjekt anvendt en ratiotilnærming, det vil si analyser av behov basert på faktisk bruk av tjenester. Denne metodens styrke er at vektene kan utledes direkte fra forbruksratene. Metodens svakhet er at den ikke korrigerer for udekkede behov og heller ikke for spesielle behov i avgrensede områder. Spesielle behov kan for eksempel være geografiske forskjeller i sykелighet (innen samme sosiale gruppe) eller spesielle hopningsmønstre knyttet til avgrensede enheter/områder. Hopningsmønstre vil her si belastninger som tenderer til å trekke med seg flere av samme slag, for eksempel at lav utdanning gir lav inntekt og videre fører til dårligere boforhold. I dette prosjektet er derfor ratiotilnærmingen supplert med en sosial indikatortilnærming, hvor formålet nettopp er å avdekke særskilte forhold (operasjonalisert gjennom utvalgte soiodemografiske og sosioøkonomiske indikatorer) knyttet til befolkningen i Oslo og Finnmark som tilsier forhøyet sykелighet, som igjen kan indikere større behov for psykiatriske behandlingstjenester.

Det finnes ulike måter å måle behandlingsbehov på. Det ideelle utgangspunktet for en behovskartlegging av Oslo- og Finnmarkspsykiatrien ville være en oversikt over fordelingen av den psykiatriske sykелigheten i befolkningen. Høsten 1999 samarbeidet SINTEF/Unimed/NIS og Fafo om en kartlegging av behovsstrukturen for psykiatriske tjenester innad i Oslo, hvor vi samlet inn og vurderte erfaringer og kunnskap om psykiatrisk sykелighet og behov, og deres sosiale fordelinger mellom bydeler og sykehussektorer (Øverås, Friestad og Dahl 1999). I prosjektet inngikk også en kritisk vurdering av metodiske tilnærminger, og hvilke demografiske, sosioøkonomiske kriterier og andre sosiale kriterier som er relevante og gode. Det finnes en del viktige data om sosiale forhold og behov for psykiatriske tjenester i Oslo, men vi vet mindre om datagrunnlag og forskningsresultater i Finnmark. Vi har i dette prosjektet aktivt dratt veksel på de funn og erfaringer som ble gjort i Oslo-kartleggingen, og kombinert dette med innhenting av data og informasjon av særskilt betydning for situasjonen i Finnmark.

Et av funnene i prosjektet «Behovskartlegging i Oslo-psykiatrien» (Øverås, Friestad og Dahl 1999) var at en tilfredsstillende oversikt over befolkningens psykiatriske sykелighet ikke finnes på fylkesnivå, verken for Oslo eller Finnmark. Dermed har vi ingen mulighet til direkte å vurdere hvordan behandlingsbehovene varierer mellom fylkene. Vi er derfor tvunget til å foreta en indirekte behovsvurdering. Ut fra sosialpsykiatrisk kunnskap vil fordelingen av slike indirekte indikatorer fortelle noe om hvordan psykiske lidelser er fordelt i og mellom ulike grupper i befolkningen, og mellom fylker og regioner (Barstad 1997, Dalgard m.fl. 1995, Huserbråten 1996, Dalgard 1996, Øverås, Friestad og Dahl 1999), og om befolkningssammensetningen i de enkelte fylker tilsier ulik sykелighet og dermed ulikt behovsnivå. Tall som viser soiodemografisk sammensetning i et område gir dermed grunnlag for å vurdere

hvorvidt den psykiatriske sykkeligheten i ett område med rimelighet kan forventes å være høyere eller lavere enn i et annet, men ikke hvor mye høyere et slikt eventuelt forhøyet sykkelighetsnivå er.

Til dette er det nødvendig med ulike typer data, fordi vi er ute etter kvalitativt sett ulik informasjon om befolkningens sykkelighet og behov for psykiatriske behandlingstjenester. Vi har valgt ut tre metoder for denne datainnsamlingen:

- litteratursøk og analyser av kartleggings- og utvalgsundersøkelser foretatt i områdene,
- samtaleintervjuer med kvalifiserte fagpersoner med klinisk og annen praksisbasert kunnskap som kan utdype, korrigere og supplere den andre informasjonen, samt
- innhenting av registerbaserte data om demografiske og økonomiske kjennetegn ved befolkningen, kjennetegn som empirisk samvarierer med psykiatriske lidelser og psykiatrisk behandlingsbehov.

Fafos valg av sosiale indikatorer er foretatt på bakgrunn av en gjennomgang av nasjonal og internasjonal faglitteratur på området sosiale indikatorer for psykiatrisk sykkelighet/behandlingsbehov. Vi utførte datasøk i MEDLINE; ISI, BIBSYS og ESOP. En systematisk presentasjon og gjennomgang av funnene derfra finnes i Vedlegg 1.

I vårt utvalg av litteratur har vi inkludert undersøkelser som benytter direkte behovsindikatorer (psykiatrisk sykkelighet) eller indirekte sosiale/sosiodemografiske behovsindikatorer (sivilstand, utdanning, arbeid, inntekt, sosialhjelpsmottak, forsørgeransvar, etnisk bakgrunn) I tillegg til litteraturgjennomgangen, har vi gjennomført et sett av intervjuer av nøkkelinformanter for å nå frem til den kunnskapen om psykiatrisk behandlingsbehov i Oslo og Finnmark som ikke er publisert og tilgjengelig for offentligheten. En presentasjon og gjennomgang av disse er presentert i Vedlegg 2. Vi var spesielt opptatt av å få fagfolkens vurderinger av hvilke grupper som etter deres mening har behov for behandlingsapparatet enten ikke er tilpasset eller har kompetanse eller ressurser til, og hvilke psykiatriske lidelser som erfaringsmessig henvises til private løsninger. Intervjuene søkte også å gi en vurdering av hvor robuste og konsistente de påviste sammenhengene mellom utvalgte sosiale indikatorer og psykiatrisk sykkelighet antas å være.¹

Som det fremgår av vedlegg 1, har gjennomgangen av nasjonal og internasjonal faglitteratur på området, samt intervjuer med nøkkelinformanter til sammen ledet frem til et utvalg av sosiale bakgrunnsfaktorer som har vist seg å være sammenfallende med psykisk helse. De utvalgte indikatorer er begrenset til hva som er tilgjengelig gjennom registerbaserte data om befolkningen på fylkesnivå, og som kan oppdateres årlig basert på offentlig tilgjengelige data. Fordelingen av disse indikatorene blir presentert i en matrise med henholdsvis Oslo,

¹ Når det gjelder presentasjon av gjennomgangen av litteratur samt samtalene med nøkkelinformantene, viser vi til vedlegg 1, som er utdrag fra Fafo-notat 1999:20: *Behovskartlegging av Oslopsykiatrien*; Øverås, Friestad og Dahl 1999. Når det gjelder samtalene med nøkkelinformanter, var de aller fleste av disse representanter fra Oslo-psykiatrien. Beskrivelsene av særtrekk og egenskaper ved behandlingsapparatet i Oslo ble så forelagt representant for Finnmarkspsykiatrien, og i samtaleintervjuer med denne fikk vi utdypet forskjeller og likheter i de to fylkenes særtrekk og egenskaper.

Finnmark, og gjennomsnittet for resten av landet som enheter.² Matrisen gir slik en beskrivelse av befolkningens livsbetingelser og helsebelastninger ved hjelp av mål for enkeltpersoners situasjon langs velkjente levekårsmål.

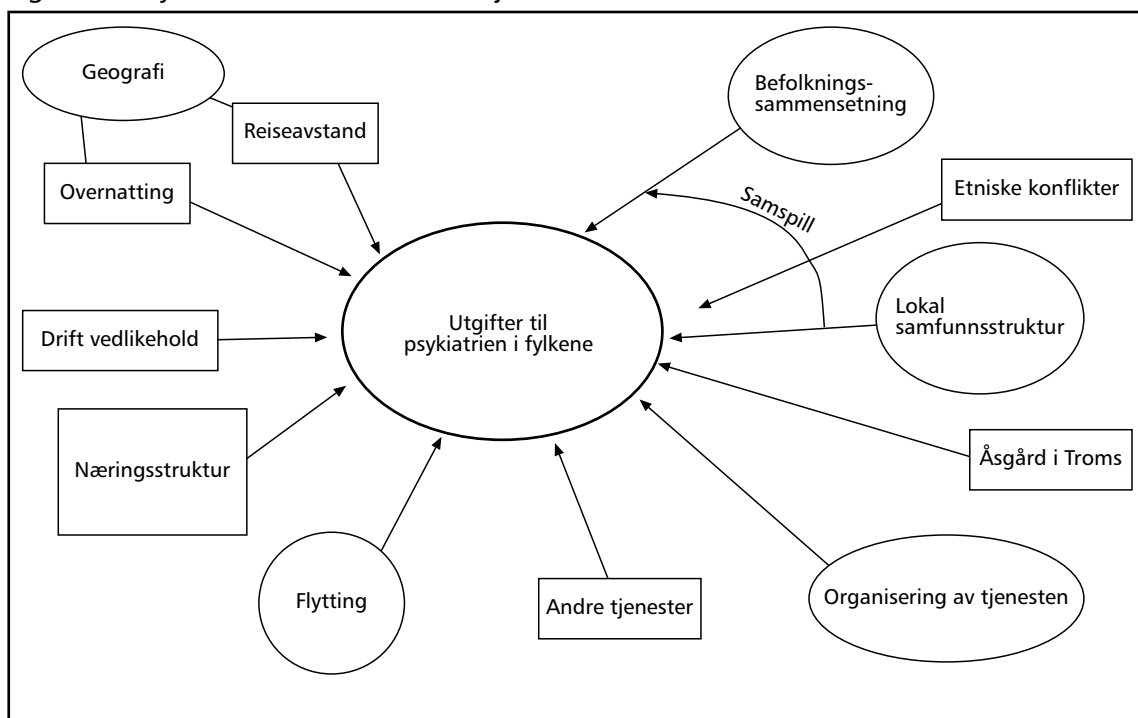
Kort oppsummert kan vi si at litteraturgjennomgangen av fire typer undersøkelser har gitt følgende informasjon:

- A. Pasientpopulasjoner: Flertallet av pasientene er enslige, mange har somatiske lidelser i tillegg til sine psykiske plager. Eldre pasienter er en gruppe som ofte faller utenfor psykiatriens behandlingstilbud. Etersom det er velkjent at det fins behovsgrupper som ikke får tilbud om psykiatrisk behandling, vil ikke informasjon om pasientpopulasjonen være et egnet planleggingsverktøy for dimensjonering av det fremtidige behandlingstilbudet.
- B. Vanskeligstilte grupper: Grad av sosial integrasjon i lokalsamfunnet er en viktig prediktor for psykisk helse. Andre risikofaktorer er knyttet til hverandre på komplekse måter, og de vi har sett på, representerer bare et utvalg.
- C. Geografiske områder: Søkelyset settes på betydningen av lokalsamfunnets struktur. Det er ikke nødvendigvis skillet mellom by/land som er det viktigste, men heller grad av sosial organisering og integrasjon som har betydning for psykisk helse. Det finnes få undersøkelser som har sett på situasjonen innad i Oslo og Finnmark.
- D. Generelle befolkningsundersøkelser: Både norske og internasjonale undersøkelser er enige om at sosialhjelpsmottakere, personer med lav sosioøkonomisk status, uføre, enslige, og arbeidsledige har forhøyet sannsynlighet for psykiske lidelser. Punktprevalensen varierer mellom land og diagnoser, men ligger i Norden på mellom 13 prosent og 17 prosent (for psykiske lidelser generelt).

Dette har ført frem til såkalte risikogrupper i befolkningen, og vi valgte å basere våre vurderinger av behandlingsbehov på fordelingen av risikogrupper i befolkningen i henholdsvis Oslo og Finnmark, og sammenlikne disse med et gjennomsnitt for resten av landet. Tallene som presenteres i dette notatet må imidlertid ses i en større sammenheng. Det er, slik vi ser det, ikke bare de ressurser den enkelte har tilgang til som skaper hans eller hennes levekår generelt og psykiske helse spesielt. Det er også av avgjørende betydning hvilke rammebetingelser den enkelte må handle innenfor, og i hvilken grad den enkelte er i stand til aktivt å bruke sine ressurser til bedring av egen livssituasjon. Derfor er egenskapene ved de arenaer der ressursene settes inn (for eksempel egenskaper ved behandlingstilbudet i fylket der den enkelte bor) avgjørende. Dertil vil for eksempel inntektsnivå og utdanning være av betydning for hvorvidt du har mulighet og evner til å benytte et privat behandlingstilbud dersom tilgjengeligheten til det offentlige tilbudet er utilfredsstillende. Den enkeltes psykiatriske sykkelighet og behandlingsbehov kan med andre ord verken ses som resultat utelukkende av den enkeltes (manglende) ressurser, eller av krefter i omgivelsene, men som et resultat av samspillet mellom disse. Dette er søkt fremstilt i figur 1.

² Matrisen presenterer altså ikke et landsgjennomsnitt i vanlig forstand, men gjennomsnittet for landet minus Oslo og Finnmark – «Resten av landet». Vi presenterer heller ikke oversikter over fordelingene i hvert enkelt av de andre fylkene, fordi oppdraget gikk ut på en sammenlikning mellom Oslo og Finnmark og resten av landet, noe vi har oppfattet innebærer en sammenlikning med et landsgjennomsnitt.

Figur 1 Analytisk rammeverk for diskusjonen



3 Kjennetegn ved befolkningen

Tankegangen bak tilnærmingen med sosiale indikatorer er at et fylke som har en stor andel av en befolkningsgruppe som vanligvis fremviser en overhyppighet av psykiatriske lidelser, har større behandlingsbehov enn et fylke der andelen av denne befolkningsgruppen er lavere. Logikken er parallell til det kriteriesystemet som Oslo kommune bruker til å fordele midler mellom bydelene. En viktig forskjell er at i kriteriesystemet regnes bydelsvise forskjeller i behov om til kroner og øre. Her gjør vi ikke det, fordi det krever en langt grundigere vurdering av forholdet mellom penger, behov og behovsindikatorer enn det vi har mandat og anledning til å foreta her.

Tabell 1 viser fordelingen av de utvalgte sosiale indikatorene i henholdsvis Oslo, Finnmark og resten av landet. Sistnevnte kategori består av gjennomsnittstall for alle fylker minus Oslo og Finnmark, altså ikke landsgjennomsnitt i vanlig forstand. Fylkene er ikke vektet i forhold til hverandre. I tabellen har vi rangert Oslo, Finnmark og resten av landet ved å gi hvert fylke et plassiffrer for hver indikator. Plassiffrerene befinner seg inne i parentesene i tabell 1 og skal forstås slik: 1 betyr at fylket har den høyeste andelen av den befolkningsgruppa som har forhøyet psykiatrisk sykkelighet, og 3 at fylket har den laveste andelen av den befolkningsgruppa som har forhøyet risiko for psykiatrisk sykkelighet.

Tabell 1 viser at med unntak av andelen uførepensjonister, er det enten Oslo eller Finnmark som har den høyeste andelen av befolkningen med alle de aktuelle kjennetegnene. Ser vi på enkeltindikatorer, viser oversikten at Finnmark har en større andel av befolkningen med de aktuelle kjennetegnene (bortsett fra andelen eldre og andelen skilte/separerte) enn både Oslo og landet for øvrig. Det er også verdt å merke seg at forskjellen mellom Finnmark og resten av landet er stor særlig når det gjelder antallet med lav utdanning, uførepensjonister (i alderen 50–66 år) og sosialhjelpstilfeller. Dette er en kombinasjon som samvarierer med dårlig psykisk helse. Finnmark har imidlertid færre fjernkulturelle innvandrere enn både resten av landet og Oslo. Også Oslo ligger høyere enn resten av landet når det gjelder flere av indikatorene. Unntaket er andelen med lav utdanning, lav inntekt, langtidssykemeldte, uføre (i alle aldre), og enslige forsørgere, der antallet per 1000 innbyggere er lavere i Oslo enn gjennomsnittet for resten av landets fylker. For langtidsmottak av sosialhjelp er det Oslo som har et relativt mye høyere antall enn gjennomsnittet for de øvrige fylkene. For øvrig kommer Oslo høyest ut på befolkningstetthet, andelen eldre, andelen skilte og separerte og tilflytting, altså på de demografiske befolkningskjennetegnene.

Plassiffrerene i tabell 1 viser altså for hver indikator i hvilken grad Oslo og Finnmark har større andeler av de ulike risikogrupperne i sin befolkning enn gjennomsnittet for resten av landet. I en sosial indikator tilnærming kan vi si at dette er et uttrykk for et større eller mindre behandlingsbehov. En annen måte å presentere dette på, er å summere plassiffrerene for hvert fylke på hver indikator. Dermed får vi en sum som gjenspeiler fylkets samlede plassiffring på alle indikatorene. Med utgangspunkt i denne summen har vi i tabell 2 rangert fylkene etter «samlet belastning». For å lette en helhetlig forståelse har vi gitt henholdsvis Oslo, Finnmark og resten av landet et plassiffrer fra 1 til 3, slik at «førsteplass» gjenspeiler forholdsviss

store behandlingsbehov, mens «tredjeplass» representerer forholdsvis mindre behandlingsbehov.

I henhold til en helhetlig behovsvurdering basert på de sosiale indikatorene som er benyttet, viser altså tabellen at Finnmark har høyest belastning, og dermed antatt høyest behandlingsbehov, mens landsgjennomsnittet (dvs. alle fylker minus Oslo og Finnmark) indikerer en lavere gjennomsnittlig belastning, og dermed behandlingsbehov, enn både Oslo og Finnmark.

En tredje måte å fremstille det samme på, får vi ved å gi tallene for «resten av landet» verdien hundre, for så å beregne Oslo og Finnmarks verdier som større eller mindre enn hundre. Dette oppsettet er presentert i tabell 3.

Tabell 1 Sosiale indikatorer på fylkesnivå*

	Oslo	Finnmark	Resten av landet
Demografi			
Befolkning per 1. januar 1999	502 867	74 061	3 868 401
Befolkningstetthet (innb. pr. km ²) ¹	1178	2	14,9
Befolkning per 1. januar 1998 ¹	499 693	74 879	3 843 037
Andelen eldre (80 år og over) 1999 per 1000 innb.	47,2 (1)	30,1 (3)	42 (2)
Skilte/separerte i 1997, per 1000 innb. samme år ²	6,4 (1)	4,3 (3)	4,7 (2)
Tilflytting 1997, per 1000 innb. samme år ¹	61,3 (1)	36,8 (2)	28,9 (3)
Fraflytting 1997, per 1000 innb. samme år ¹	52,7 (2)	72,9 (1)	26,7 (3)
Levekår			
Grunnskole som høyeste fullførte utdanning, per 1000 innbyggere 16 år og over ¹	170,9 (3)	291,5 (1)	243,8 (2)
Arbeidsledige og på tiltak per 1000 innb. 25–66 år	34,0 (2)	56 (1)	30,2 (3)
Langtidssykmeldte (over åtte uker) per 1000 innb. 16–66 år	56,4 (3)	81,2 (1)	70,7 (2)
Uførepensjonister 16–49 år per 1000 innb. 16–49 år	30,4 (3)	41 (2)	58,4 (1)
Uførepensjonister 50–66 år per 1000 innb. 50–66 år ³	203,1 (3)	318 (1)	224,1 (2)
Enslige forsørgere 20–39 år med overgangsstonad per 1000 innb	9,8 (3)	16,9 (1)	9,9 (2)
Sosialhjelpstilfeller per 1000 innb. 16 år og over	54,0 (2)	60 (1)	37,3 (3)
Fjernkulturelle flyktninger per 1000 innb. 1996 ⁴	3,4 (1)	3,1 (2)	2,1 (3)
Selvmord ⁵	1,4 (2)	2 (1)	0,1 (3)
Årsverk – reindrift ⁶	-	9,4 (1)	0.06 (2)

* Der ikke annet er angitt, er tallgrunnlaget hentet fra SSBs publikasjon Styrings- og informasjonshjulet 1998.

¹ Statistisk Årbok 1999, Statistisk sentralbyrå.

² Befolkningsstatistikk 1997, Statistisk sentralbyrå.

³ Tallene for «Resten av landet» er beregnet ut fra en aldersfordeling 50–64 år i befolkningen, ettersom 50–66 år ikke kan hentes ut av statistikken direkte.

⁴ Fjernkulturelle flyktninger (inkl. bosniere, jugoslaver og kroater) med rett til integreringstilskudd, 1996. Tall fra Utlendingsdirektoratet.

⁵ SSBs Dødsårsaksstatistikk 1996 (rater per 10 000 innb.) beregnet etter folkemengde ved inngangen av året.

⁶ Antall årsverk i reindriftsnæringen, tall fra Reindriftsforvaltningen i Alta 1999. Andre fylker med reindrift er Troms, Nordland, Nord- og Sør-Trøndelag, samt Hedmark.

Tabell 2 Rangering etter «samlet behov» for psykiatriske tjenester

Finnmark	1	(høyest behov)
Oslo	2	
Resten av landet	3	(lavest behov)

Hensikten med presentasjonen i tabell 3 er å lette vurderingen av forskjellene mellom Oslo og Finnmark, når verdien for landet for øvrig settes til 100. Tabellen gir ikke annen eller mer informasjon enn tabellene 1 og 2, men presenterer de samme resultatene på en mer leservennlig måte. For eksempel, ser vi på gruppen uførepensjonister 16–49 år, viser tabell 3 klart at denne er mindre både i Finnmark og Oslo enn i resten av landet. Det er viktig å gjøre oppmerksom på at tabellen ikke gir grunnlag for å vurdere *størrelsen* på forskjeller. Det er altså *ikke* slik at tabellen gir grunnlag for å si at Oslos andel arbeidsledige er x antall prosent eller poeng høyere enn landet for øvrig, eller x antall prosent eller poeng lavere enn Finnmark. Tabellen gir kun, som tabell 1, grunnlag for å si at andelen arbeidsledige i forhold til innbyggertallet er lavere i Oslo enn i Finnmark, og at den i begge fylker er høyere enn i landet for øvrig.

Rangeringene som er gjort i tabellene 1–3 er ment som illustrasjon på en fremgangsmåte, og er ikke å betrakte som et forslag til nytt indikatorsystem for fordeling av midler til psykiatrien. Fremgangsmåten kan imidlertid tjene som utgangspunkt for en diskusjon og problematisering av hvordan et indikatorsystem for psykiatrien *kan* utformes. For å starte en slik diskusjon vil vi fremheve fem viktige momenter.

Tabell 3 Sosiale indikatorer på fylkesnivå. Landsgjennomsnittet (minus Oslo og Finnmark) er satt til 100.

	Oslo	Finnmark	Resten av landet
Demografi			
Befolkning per 1. januar 1999	502 867	74 061	3 868 401
Befolkningstetthet (innb. pr. km ²) ¹	1178	2	14,9
Befolkning per 1. januar 1998 ¹	499 693	74 879	3 843 027
Andelen eldre (80 år og over) 1999 per 1000 innb.*	112	72	100
Skilte/separerte i 1997 per 1000 innb. samme år ²	136	92	100
Tilflytting 1997 per 1000 innb. samme år ¹	215	130	100
Fraflytting 1997 per 1000 innb. samme år ¹	200	277	100
Levekår			
Grunnskole som høyeste fullførte utdanning, per 1000 innb. 16 år og over ¹	68	120	100
Arbeidsledige og på tiltak per 1000 innb. 25–66 år	112	185	100
Langtidssykmeldte (over åtte uker)* per 1000 innb. 16–66 år	79	115	100
Uførepensjonister 16–49 år per 1000 innb. 16–49 år	52	70	100
Uførepensjonister 50–66 år per 1000 innb. 50–66 år ³	81	142	100
Enslige forsørgere 20–39 år med overgangsstonad per 1000 innb.	99	171	100
Sosialhjelpstilfeller per 1000 innb. 16 år og over ⁴	141	161	100
Fjernkulturelle flyktninger per 1000 innb. 19964	162	148	100
Selvmord ⁵	1400	2000	100
Årsverk reindrift ⁶	-	15666	100

For notehenvvisninger se tabell 1

For det første, vi har forutsatt at hver indikator teller like mye. Dette innebærer for eksempel at å komme høyest på andelen uførepensjonister er likeverdig med å komme høyest på andelen enslige forsørgere. Denne forenklingen kan være tvilsom, men hvis vi skal innføre veiing, hvilke vekter skal da brukes? Hvor mye mer skal én prosent flere enslige forsørgere telle, enn én prosent flere uførepensjonister? Her står vi overfor vanskelige spørsmål som trenger nærmere utredning. For det andre, i oppsettet har vi sett helt bort fra at folkemengden i hvert fylke i seg selv representerer et «basisbehov». Dette «basisbehovet» er størst i Oslo med snart 500 000 innbyggere, og lavest i Finnmark med knapt 74 000 innbyggere, basert på «tommelfingerregelen» at ti prosent av en befolkning er behandlingstrengende. For det tredje har vi ignorert det vi kan kalle samspillseffekter. Vi har ikke vurdert om behovet for tjenester for en enslig forsørger varierer med for eksempel alder og utdanning. Det kan dessuten utmerket godt være slik at behovet for tjenester er større blant enslige forsørgere i Oslo enn i Finnmark, fordi flere av disse har et svakere sosialt nettverk enn tilsvarende gruppe i Finnmark. Data over slike interessante samspill er imidlertid mangelfulle. Derfor vet vi ikke hvor mange av «de enslige forsørgerne» som er «sosialhjelpsmottakere», har «lav utdanning» eller «lav inntekt». For det fjerde har vi heller ikke vurdert betydningen av sosiale eller økonomiske kompensasjonsressurser. Det kan for eksempel tenkes at behovet for offentlige psykiatritjenester er mindre i Oslo enn i Finnmark og resten av landet, fordi det i Oslo finnes flere private alternativer, og at en større andel av befolkningen faktisk har råd til å betale for disse tjenestene når de trenger dem. I så fall vil Oslos befolkning etterspørre offentlige helsetjenester i mindre grad enn i resten av landet, og kanskje også i mindre grad utvikle tilleggsbelastninger som konsekvens av manglende tilgjengelig behandlingstilbud. Vi tar her ikke stilling til hvorvidt det er politisk legitimt å trekke inn slike kompensatoriske ressurser. For det femte er rangeringen i tabell 2 og 3 kun på det som kalles ordinalt målenivå. Det betyr at vi kun kan uttale oss om hvorvidt et behov for tjenester i et fylke er større eller mindre enn i et annet, men ikke hvor mye større eller mindre behovet er. Det er derfor grunn til å gjøre oppmerksom på at datamaterialet som presenteres i dette notatet ikke gir grunnlag for å tallfeste forskjellene mer presist enn det vi har gjort her.

Sammenfatning

I dette kapitlet har vi presentert en oversikt over psykiatrisk sykkelighet og behandlingsbehov i Oslo og Finnmark, i form av hva vi kan kalle en «befolkningsprofil». Hensikten har vært å identifisere sosiale risikofaktorer og helsemessig særlig utsatte grupper. Tabellene 1, 2 og 3 gir en beskrivelse av befolkningens livsbetingelser og helsebelastninger ved hjelp av mål for grupper situasjon langs tradisjonelle levekårs mål og registerbaserte opplysninger om uførhet, arbeidstilknytning med mer.

Rangeringen av «samlet belastning» (jf. tabell 2) viser at Finnmark kommer dårligst ut (flekt/størst grupper med risikokjennetegn). Dette betyr ikke at Finnmark har høyest andel på hver indikator, men at de i sum har høyest belastning av de risikogrupperne vi har presentert tall for. Samlet sett er Finnmarks andel av befolkningen med risikokjennetegn lavere enn landsgjennomsnittet bare for tre indikatorer (andelen eldre, andelen skilte/separerte, og andelen uførepensjonister 16–49 år). Til sammenlikning ligger Oslo under landet for

øvrige på fem risikofaktorer. Bare når det gjelder uførepensjonister i alderen 16–49 år kommer landet for øvrig dårligere ut enn Oslo og Finnmark. Resultatene viser i hovedsak at gruppene med forhøyet risiko for psykiatriske lidelser er større i Oslo og Finnmark enn i resten av landet.

Vi har ikke sammenliknet behandlingsbehov mellom enkeltindivider, men kartlagt forekomst av egenskaper ved grupper av individer. Et grunnleggende perspektiv i levekårsforskningen er at mennesker har tilgang til ulike ressurser som påvirker deres livssituasjon. Dette perspektivet er også et utgangspunkt for å velge ut de områder som inngår i en beskrivelse av befolkningens sosiodemografiske og sosioøkonomiske levekår, som betingelse for god og dårlig psykisk helse, og som potensielt mål på behov for psykiatriske behandlingstjenester (Sosialt utsyn 1993).

I tillegg til dette er det av avgjørende betydning hvilke rammebetingelser den enkelte i de ulike befolkningsgruppene må handle innenfor, og i hvilken grad den enkelte er i stand til aktivt å bruke sine ressurser til bedring av egen livssituasjon. Derfor er egenskapene ved de arenaer der ressursene settes inn (for eksempel egenskaper ved behandlingstilbudet i kommunen/fylket der den enkelte bor) avgjørende. Tilnæringsmåten vi har valgt i dette notatet, innebærer at den enkeltes psykiatriske helsesituasjon og behandlingsbehov verken kan ses som resultat utelukkende av den enkeltes (manglende) ressurser, eller av krefter i omgivelsene, men som et resultat av samspillet mellom disse.

4 Kjennetegn og egenskaper ved lokalsamfunn og tjenestetilbud

Det har «alltid» vært til dels store variasjoner i pasientprevalens mellom fylkene, og vesentlig høyere i psykiatrien enn i somatikken (Hagen 1989). Ifølge NIS sine pasienttelling har Oslo for eksempel helt siden 1926 hatt en av landets høyeste innleggelsesrater (insidens) i psykiatrien. Det ser dermed ut til å eksistere et vedvarende mønster når det gjelder insidens/prevalens på fylkesnivå (Hagen 1997). Uten at det nødvendigvis er et mål i seg selv å redusere forskjellene mellom fylkene når det gjelder pasientprevalens, er det en viktig forskningsoppgave å søke å finne gode forklaringer på hvorfor det er så markante forskjeller. Skyldes dette ulikheter i befolkningens sykkelighet, eller først og fremst ulikheter i sykehusstilbudet i fylkene? Kan forskjellene forklare med ulikheter i klinisk skjønn og medisinsk praksis mellom fylkene, eller er det ulikheter i rapporteringsrutiner og evner mellom fylkene som resulterer i at noen fylker rapporterer inn mindre aktivitet og ressursbruk enn hva som faktisk foregår/finnes i fylket? Under vil vi gå gjennom noen av de momenter vi finner viktige i en leting etter forklaringer.

Psykiske lidelser har sammensatte årsaker (Dalgard m.fl. 1995). Genetiske, biokjemiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen, og hvilken betydning de ulike faktorene har er høyst forskjellig for ulike typer av lidelser, og til dels også fra person til person. Generelt har psykisk helse nær sammenheng med levekår og sosiale kvaliteter i samfunn og nærmiljø. Vi vil nå se på lokalsamfunnsforhold i henholdsvis Finnmark og Oslo, i en vurdering av hvorvidt strukturelle egenskaper ved lokalsamfunn og tjenestetilbud kan antas å forklare Oslos og Finnmarks relativt høyere utgifter til psykiatriske behandlingstjenester enn andre fylker. Inkludert i dette er de spesielle geografiske forholdenes utfordringer for psykiatrien i Finnmark.

Hva kan vi si om utbredelsen av og risiko for psykiatrisk sykkelighet og behandlingsbehov i to så ulike geografiske områder som Finnmark og Oslo? Undersøkelser som har geografiske enheter som sitt utgangspunkt, dreier seg ofte om å sammenlikne den psykiatriske sykkeligheten i to områder med ulik urbaniseringsgrad (Øverås, Friestad og Dahl 1999). Oslo er geografisk samlet med stor befolkningstetthet. Finnmark på sin side er stort i utbredelse og med færrest antall innbyggere. Dette fører ikke nødvendigvis til at det er langt mellom folk, men kanskje heller til at det er langt mellom tettstedene.

Grad av urbanisering er en hyppig brukt forklaringsfaktor på større sykkelighet i byer og større tettsteder enn i rurale strøk. En undersøkelse fra Nederland (se vedlegg 1) viste at innleggelsesratene for psykiatriske lidelser er høyere i urbane strøk enn i rurale strøk, og at også forekomsten av demografiske risikofaktorer øker med grad av urbanisering. Til sammen forklarte inntektsfordeling, urbaniseringsgrad og sykkelighet 22 prosent av variasjonen i innleggelsesratene (Dekker m.fl. 1997). Det er imidlertid viktig å være klar over at en sammenheng mellom psykiatrisk sykkelighet og urbaniseringsgrad er avhengig av hvilken lidelse det er snakk om. Dessuten antyder flere av undersøkelsene vi har sett på at det er manglende

sosial organisering og integrasjon heller enn urbaniseringsgrad som har betydning for den psykiatriske sykkeligheten (jf. også NOU 1996).

Behovet for institusjonsbehandling i de enkelte fylker er en funksjon av mange ulike forhold og mekanismer som delvis er innvevd i hverandre, som illustrert i figur 1. Særlig vil omfang og tilgjengelighet av poliklinisk behandling (i psykiatrien) virke inn, men også karakteristika ved andre deler av helsetjenesten, for eksempel syke- og aldershjem, trygdeboliger, hjemmetjenester o.l. Dette fordi disse typer tilbud representerer relevante alternativer for mange av de eldre pleietrengende langtidspasientene som har dominert, og til dels fortsatt utgjør en stor andel av pasienter innlagt i psykiatriske institusjoner.

Egenskaper ved helsetjenesten utenfor psykiatrien er altså av betydning for hvor mange pasienter som kan skrives ut, og/eller må skrives inn til psykiatriske døgninstitusjoner. Men særtrekk ved organiseringen av tjenestetilbudet samt geografiske avstander representerer også, som vi vil vise i det følgende, forhold som i aller største grad får betydning for ressursbruk per pasient, og totalutgifter for psykiatrien i fylkene.

4.1 Finnmark

Finnmark er et fylke med hardt klima, spredt bosetting og lange avstander. Befolkningsutviklingen har de senere årene vært negativ, etter en oppsving i første halvdel av 90-tallet, og innbyggertallet var per 1. januar 1999 nede i 74 061 personer. Med de store avstandene det ofte er mellom pasientenes hjem og de aktuelle behandlingstilbudene, vil døgnopphold ofte være det eneste reelle alternativet for folk i fylket, også om dette kanskje ikke er helt nødvendig rent medisinsk. Slik *kan* geografiske avstander i seg selv motvirke helhet og sammenheng i behandlingstilbudet.

Et annet særtrekk ved Finnmark er at en relativt stor andel av befolkningen har reindrift som næringsvei. Reindriften er på mange måter en livsform, noe som også setter sitt preg på arbeidet som knyttes til den. Beregninger av arbeidsforbruket kan derfor være usikre, og er kun tatt med som en indikasjon på omfanget av en næringsvei med antatt viktige konsekvenser for lokalsamfunnsstrukturen, fordi den for mange innebærer flytting fra sommer til vinterbeite og omvendt. I forskningslitteraturen er det tradisjonelt fokusert på at samfunn med mange pendlere kan føre til desintegrasjon og derigjennom bidra til økt risiko for psykiatrisk sykkelighet (Sørensen 1979), og andelen med reindrift som næringsvei ble av den grunn ønsket inkludert som en av flere indikatorer i dette prosjektet.

Etter våre vurderinger er det mange innvendinger mot å fremstille reindrift som en pendlertilværelse, og sammenlikne denne livsformen med den til pendlere til/fra en by. Reindriften kan like gjerne ha en stabiliserende effekt på lokalsamfunnene den er en del av, ved å representere forutsigbarhet og tradisjonell samfunnsorganisering, og derigjennom være en historisk og kulturelt betinget del av regionens næringsvei og livsform. Når gruppen reindriftsamer blir liten, kan det hende at dette er et tegn på sosial desintegrasjon, fordi det representerer bortfall av en viktig næringsvei og sentral livsform. Det at Finnmark har en relativt høy andel årsverk knyttet til reindrift (se matrise), kan i denne sammenheng derfor like godt fremme som hemme den psykiske helsen i fylket. Hva som skjer nå når det ser ut til å finne sted en dramatisk reduksjon av antall reinsdriftsdrivere, og hvilke konsekvenser

dette får for trivsel, sosial integrasjon og psykisk helse, gjenstår å se, men det er mange faglige grunner til å anta at dette vil innebære store utfordringer spesielt for unge menn i den delen av befolkningen, fordi disse står overfor en usikker fremtidig yrkessituasjon.

Vi velger å fokusere på til- og fraflyttingstallene som mulige indikatorer på desintegrasjon og dermed forhøyet sykdomsrisiko. Vi har ikke kartlagt flyttinger innen eget fylke, men konsentrert oss om flyttinger ut og inn av hvert. Dette viser at Finnmark, i tråd med en allmenn oppfatning, har høyere fraflytting enn noe annet fylke (Handlingsplan for psykiatri i Finnmark 1999). Fra andre kilder vet vi at befolkningen sentraliseres; folk flytter inn mot sentrum i kommunene og til kommuner med regionsenterfunksjoner. Utkantområder og særlig kystkommunene opplever størst nedgang i folketallet (Handlingsplan for psykiatri i Finnmark 1999). Det er en rimelig antakelse at det er unge arbeidssøkende personer som flytter ut og at resultatet av en slik «folkevandring» er en gradvis forgubbing av fraflyttingsfylket. For Finnmarks del fanges dette i tilfelle ikke opp av våre tall, ettersom antall eldre (80 år og over) er lavere her enn i landet for øvrig. Men selv om tendensen med at de unge flytter ut av fylket ser ut til å fortsette, er Finnmark et «ungt» fylke, med sin relativt lave andel av befolkningen over 67 år, i forhold både til Oslo og til gjennomsnittet for resten av landet (Handlingsplanen 1999–2006:9). Spekulasjoner om hva dette innebærer må imidlertid baseres på det faktum at levealderen i Finnmark er kortere enn ellers i landet, og at lavere antall eldre dermed er uttrykk for høyere dødelighet, snarere enn forgubbing. En annen mulig forklaring kan være at det slett ikke er de gamle som blir igjen, men at det er *de* som flytter, og de unge og arbeidsføre som blir igjen.

Når det gjelder særtrekk ved tjenestetilbudet, ligger Finnmark totalt sett noe under landsgjennomsnittet hva gjelder heldøgns plasser i voksenpsykiatrien, mens en litt for stor andel av plassene er psykiatriske sykehjemsplasser slik dette vurderes av fylkets egne helsepolitikere (Handlingsplan for psykiatri i Finnmark 1999). Ifølge fylkets handlingsplan for psykiatri tilsier dette at fylket bør få flere aktive behandlingsplasser.

I tillegg har Finnmark problemer med å rekruttere og beholde fagfolk. Sett i forhold til antall årsverk per 10 000 innbyggere over 17 år ligger Finnmark godt under landsgjennomsnittet (26,3 mot snitt på 40,1).

Finnmark har ingen krise-/akutt plasser på sykehusnivå innen fylkets grenser (SINTEF/Unimed/NIS 2000). Pasientene må til Tromsø (RiTØ) psykiatriske avdeling (Åsgård). Belastningen der er stor, med til dels overbelegg, noe som fører til for tidlig utskriving med dertil forhøyet risiko for tilbakefall. I den grad dette fører til mer «svingdørpsykiatri», vil dette kunne representere store utgifter for fylket og for fylkets pasienter og pårørende.

Siden Finnmark ikke har eget psykiatrisk sykehus, er situasjonen i dag at fylket må kjøpe de nødvendige tjenester fra Troms (Åsgård), der tjenestene er dyre (Åsgård er den siste «totalinstitusjonen» som ble bygget i Norge). Finnmark bruker om lag en tredel av sengene ved Åsgård, noe som påfører fylket store gjestepasientutgifter. Som totalinstitusjon har Åsgård en meget stor stab ikke minst av ikke-medisinsk personell, noe som fordyrer liggedøgnene der.

Finnmark er et fylke med vel 74 000 innbyggere, som for de enkelte psykiatriske pasientgruppene gir et lite pasientgrunnlag for opprettelse av mer spesialiserte behandlingstjenester, som igjen fordrer kjøp av slike tjenester andre steder. Noe som i likhet med begrundelsene over gjør tjenestene dyre per innbygger.

At spesialisttjenester må hentes fra Tromsø (RiTØ) gjennom ambulerende virksomhet til Finnmark i forbindelse med grunn- og videreutdanning og behandling, fører til en høy stykkpris på enkeltaktivitetene. På denne måten kan man si at Finnmark rett og slett får mindre ut av hver krone enn i fylker der nærheten mellom universitetsklinikk og opplæringsenhet krever mindre reisetid, og der man slipper å hente behandlingskompetanse langveisfra til veilednings- og behandlingsoppgaver ved det enkelte behandlingssted.

Ingen av fylkets institusjoner er godkjent for å vurdere og/eller yte tvangstiltak. Derfor må alle i denne gruppen pasienter av den grunn enten til RiTØ, Brøset eller andre institusjoner utenfor fylket. Brøset fungerer som sikkerhetsavdeling for Helseregion Nord. I forhold til befolkningstall var det Finnmark som i 1996 gjorde mest bruk av dette tilbudet, med tre ganger så mange liggedøgn per 1000 innbyggere som gjennomsnittet i helseregionen (Handlingsplan for psykiatri). Dette kan åpenbart ha sin forklaring i dårlig dekning av alternative tilbud i «hjemfylket» (Finnmarks-pasienten blir liggende lenger enn andre pasienter) eller at pasienter fra Finnmark er dårligere og trenger lengre opphold av den grunn, eller at det per innbygger er flere svært dårlige og farlige pasienter i Finnmark enn i de andre fylkene i helseregionen.

Også det landsdekkende tilbudet ved Modum Bads nervesanatorium blir brukt mye mer av Finnmark enn andre fylker i Helseregionen (Handlingsplan for psykiatri i Finnmark 1999). 65 liggedøgn per 1000 innbygger mot 25,7 i snitt i regionen. I hvilken grad fylket har eget tilbud, grad av utbygging av poliklinikker og hvilke tjenester de gir, tradisjon og faktiske forskjeller i sykkelighet er alle alternative forklaringer på hvorfor dette skjer.

4.2 Oslo

Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) analyserte grunnlaget for de høye utgiftene til psykisk helsevern for voksne i Oslo i en rapport til Hovedstadsutvalget som kom i 1996. I sin gjennomgang av Oslo-psykiatrien testet NIS fire mulige forklaringer på Oslos høye utgiftsnivå per innbygger (Bergsland og Pedersen 1994, basert på 1992-tall). Hovedfunnene herfra tyder på at Oslo har et større behov for voksenpsykiatriske tjenester enn landet for øvrig, særlig grunnet stor nettotilflytning av personer med psykiske lidelser til Oslo fra andre deler av landet. Dette ble bekreftet i dette prosjektets kartlegging av flyttemønster i befolkning og risikogrupper. Kjennetegn ved befolkningssammensetningen, risikofaktorer og risikogrupper samt geografiske forhold er hovedforklaringene. I kapittel 3 har vi sett på kjennetegn ved befolkningen og utbredelsen av risikogrupper i Oslo og Finnmark. Her skal vi konsentrere oss om geografiske forhold, nærmere bestemt om tjenestesystemets organisering og virkemåte. SINTEFs gjennomgang viser at Oslo har hele 50 prosent høyere kostnader per utskrivning enn landsgjennomsnittet i 1992, noe som først og fremst skyldes at pasienter i Oslo-psykiatrien har 35 prosent flere oppholdsdøgn enn gjennomsnittet for resten av landet. Dette kan skyldes at Oslo har en stor andel tunge pasienter, eller at pasientene blir værende lenger ved døgninstitusjonene, fordi det ikke finnes gode ettervernstilbud og andre helse- og sosialtilbud for disse pasientene ute i bydelene.

Kunnskap om hva som predikerer forbruk av tjenester

Hva er det som påvirker etterspørselen etter psykiatrisk behandling, slik (et utvalg) klinikere i Oslo erfarer dette? Kan det registreres mønstre i retning av at etterspørselen etter tjenester avhenger av sosiodemografiske og sosioøkonomiske kjennetegn, på en slik måte at enkelte sosialgrupper dominerer? Er det for eksempel sammenheng mellom sosiodemografiske kjennetegn som utdanning og forbruk av ulike typer psykiatriske helsetjenester, eller psykiatriske helsetjenester generelt? Våre informanter hadde en klar oppfatning av at så er tilfelle, men at mekanismene er sammensatte og varierer noe fra én sykehussektor til en annen. De hadde i tillegg også en klar oppfatning av at det er store sosiale forskjeller i hvordan individer attribuerer sine plager, og dermed også i hvordan disse plagene forstås og fortolkes av den som møter pasienten, enten dette er en allmennpraktiker eller spesialist. Dette kan dermed innebære at man får et nokså skjevt bilde av utbredelse og fordeling av psykiske problemer og lidelser, ved å be allmennpraktikere rapportere de pasienter som oppsøker dem på grunn av psykiske problemer. Svært mange, kanskje ikke minst middelaldrende kvinner, og ikke-vestlige innvandrere, kommer for andre plager, og de får kanskje en somatisk diagnose, eller en type «diffuse lidelser» type diagnose.

En av våre informanter understreket at å etterspørre behandling innebærer for den enkelte «pasient» å være del av en prosess som allerede har vart en stund, og at det er gode grunner til å stille seg spørsmålet hva det er som gjør at folk frivillig etterspør psykiatrisk behandling? Hvem er de som «bestiller» behandling, og hvordan blir de møtt? Er det ting som tyder på at det å etterspørre behandling i seg selv er en svært ressurskrevende prosess? Og når mennesker med ulike sosiale kjennetegn faktisk etterspør behandlingstilbud, blir de forstått, eller misforstått? Mye tyder på at det finnes sosiokulturelle koder innebygd i tjenestesystemet, ikke minst gjennom en noe skjev sosial rekruttering til de ulike fagprofesjoner som jobber i sektoren, som produserer sosiale ulikheter i hvem som mottar hvilken behandling med mer.

Vi spurte i tillegg våre informanter om det etter deres mening ble skapt «kunstige» behandlingsbehov, gjennom feilprioritering av type tjenestetilbud og prioritering av pasientgrupper? Det var en utbredt oppfatning slik vi tolket det, at det i dag er et kronisk behov for akutte tjenester, fordi langtidspasientene fyller opp alt for mange plasser i akuttavdelingene, og fortrenger pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, som igjen gjør at man skriver ut pasientene lenge før de er ferdigbehandlet, noe som igjen fører til at de kommer tilbake etter relativt kort tid. Dette er det som man før kalte for svingdørpsykiatri, men som det i dag ikke er politisk korrekt å kalle nettopp det. Ikke desto mindre er det kanskje raskt inn og ut som er den beste karakteristikken av situasjonen i deler av psykiatrien også i dag, fordi stadig flere av de psykiatriske pasientene som i løpet av et år får behandling ved (offentlige) våre psykiatriske behandlingstilbud, ikke er friske nok til å greie utfordringene ute på egen hånd.

Hva og hvem som faller utenfor?

Vi ønsket å få våre nøkkelinformanters erfaringer med og vurderinger av hvorvidt det er grupper i befolkningen som er syke, og som etterspør behandling, men som av ulike grunner ikke tilbys eller får behandling? Er det grupper som praktikere i ulike deler av tjenestesystemet vet sliter med psykiske lidelser, men som ikke slipper til/prioriteres bort/ikke søker hjelp?

Hvem er de? Hvilke sosiale kjennetegn har de? Hvorfor ekskluderes de? Prioriteres de bort eller er de «glemt», eller faller de mellom alle stoler fordi de ikke oppfyller etablerte tilgangskriterier i noen deler av systemet?

Praktikere med klinisk erfaring med behandling av ikke-vestlige innvandrere var samstemte i sin opplevelse av denne gruppens underregistrering blant mennesker med psykiske lidelser, fordi de ikke etterspør denne typen behandling på en for oss gjenkjennelig måte. Av kulturelle og personlige grunner er noen av disse innvandrerne svært tilbakeholdne med å gi til kjenne sine psykiske problemer, å selv definere dem som psykiske problemer, og som sagt ikke minst å oppsøke behandlingsapparatet for å få hjelp for psykiske problemer.

Fafos flyktningeundersøkelse i Oslo belyser levekår blant flyktninger som kom til Norge i 1988 eller 1989 og som i 1995 var bosatt i Oslo. Rapportens konklusjoner kan sammenfattes som følger (Djuve og Hagen 1995):

- Oslo er sentrum for Norges ikke-vestlige innvandrere. 40 prosent av dem bodde i 1995 i Oslo.
- Innvandrerbefolkningens geografiske bomønster sammenfaller med sosiale skiller i den norske befolkningen, slik at levekårsforskjellene forsterkes av en etnisk dimensjon.
- Totalt sett har ikke flyktningene dårligere helse enn den norske befolkningen. Men det er langt større variasjon innen flyktningebefolkningen enn det er blant nordmenn.
- Flyktninger med høyest utdanning har overraskende mange problemer.
- Det er sterk sammenheng mellom helse og arbeidsmarkedskarriere: de friske er i arbeid, mens det er store helseplager blant dem som tidligere har hatt arbeid, og da særlig blant menn.
- Effekten på arbeidskarriere er sterkest for psykiske plager.
- En av fem har søkt hjelp for psykiske plager. Men det er et stort behov for hjelp som ikke kommer til uttrykk ved at flyktningene søker hjelp. Bare halvparten av dem som søkte hjelp synes denne var tilstrekkelig.

I tillegg til å bekrefte de fleste av funnene ovenfor, blir det av våre nøkkelinformanter understreket at møtet med det norske hjelpeapparatet når de kommer og mens de er her, er viktig for deres livssituasjon og følelse av verdighet. Mange av flyktningene har med seg sterke opplevelser hjemmefra, og/eller har levd på flukt over lang tid, og selvfølelse er også for dem en særdeles viktig del av den mentale helsen. Flyktningene (i Oslo) faller utenfor det etablerte hjelpeapparatet fordi mange av dem har sterke fordommer mot psykiatrisk behandling, de psykiatrisk syke er ofte i deres hjemland enda mer stigmatiserte enn her fordi de tilbys lite hjelp. Dette påvirker flyktningenes holdninger til å søke hjelp for egne problemer her i Norge. Vi har ikke faglige synspunkter på hvordan denne utfordringen imøtekommes i Finnmark.

4. 3 Hovedinntrykk

Vi vet for lite både om befolkningens psykiatriske sykkelighet, mentale helsetilstand og konkret om hvordan tjenestesystemets virkemåte slår ut for de grupper som etterspør ulike psykiatristjenester. Dette gjelder både for Oslo og Finnmark.

Flere av våre informanter understreket for eksempel at det å si noe om sykkelighet og behandlingsbehov kun basert på registreringer og mål på langtidspasienters pleie og behandlingsbehov (slik det gjøres i helhetlig psykiatriplanlegging rundt om i kommunene i disse dager), på ingen måte gir noe helhetlig bilde av totalbehovene de ulike pasientgruppene kommer til behandlingsskjeden med, og for så vidt heller ikke hvilke totalbehov kommunenes behandlings- og omsorgstjenester skal dekke. Slik situasjonen er i Oslo-psykiatrien spesielt, men også i Finnmarkspsykiatrien, per i dag, angir fagfolk vi har snakket med et betydelig underforbruk på grunn av lav behandlingsskapasitet og til dels urasjonell bruk av de sengeplasser og behandlingstilbud som finnes.

Når det gjelder Oslo, ble det i våre intervjuer hevdet at man ved byens DPSer (dog i varierende grad) regelmessig avviser de ikke veldig syke pasientene, de som er i jobb, de som antas å være ressurssterke nok til å kunne benytte de privat tilbudene, de «milde» lidelsene, de som ikke har kroniske psykiatriske lidelser, og de som er så dårlige at de, eller av andre grunner, ikke er i stand til å møte opp, eller følge opp et avtalt behandlingssopplegg.

Hovedmangelen ved Oslo-psykiatrien er, slik vi har tolket våre informanters utsagn, helheten i behandlingstilbudet, og at tilbudene ikke fungerer som sammenhengende kjeder. Noe av problemet her ligger åpenbart i de psykiske lidelsers natur, som til forskjell fra somatiske lidelser vanskelig lar seg avgrense ved å stadfeste når sykdommen begynner og heling er oppnådd. Det er ikke opplagt når a begynner og b er oppnådd. Man kan beregne seg frem til den nødvendige ressursbruk ved hofteoperasjoner, og derfor er det rimelig å fordele x antall timer til hvert tilfelle. Å overføre en slik tenkning til psykiske lidelser og psykiatriens behandlingstilbud, er imidlertid både dysfunksjonelt og helt forfeilet. Mye tyder på at slik tenkning og praksis i realiteten fordyrer tjenestene ved at de aldri ferdigbehandler pasientene, og dermed gjør dem til svingdørspasienter og/eller kronikere i større grad enn medisinskfaglig nødvendig. Med få ressurser vil man kompromisere på behandlingstilbudet til den enkelte. Ressursmangel fører derfor totalt sett til dysfunksjonelle og svært ineffektive prioriteringer. Mange grupper har behov for, men får ikke tilbud om, behandling, mange av dem som får behandling får enten ikke tilstrekkelig behandling eller feil behandling og på et altfor seint tidspunkt i sykdomsforløpet. Denne behandlingen blir da «dårlig» (utilstrekkelig), og man får en sementering av status quo! Hva er den optimale behandling? Kan man etablere/enes om noen standarder?

Finnmarkspsykiatrien og dens virkemåte preges i stor grad av de store geografiske avstandene, mangelen på fagfolk og egne behandlingstilbud. Dette er hver for seg og til sammen fordyrende særtrekk ved psykiatrien slik den er i Finnmark per dags dato.

5 Brukerrater og sosiale indikatorer; forskjeller og likheter

Mens Fafos tilnæringsmåte i dette prosjektet har vært å se på indirekte behandlingsbehovene gjennom en kartlegging av sosiale kjennetegn ved befolkningen i Oslo og Finnmark, og sammenlikne disse med resten av landet, har NIS sett på det faktiske kostnadsnivået i de ulike fylkene, og analysert ressursbruk fordelt på ulike befolkningsgrupper. Hva er det som karakteriserer pasientpopulasjonene på fylkesnivå? Er det de sosiale kjennetegnene som vi har definert som risikokjennetegn som også dominerer pasientpopulasjonene? Hvilke forskjeller og likheter er det for eksempel mellom Oslos og Finnmarks pasientpopulasjoner? Hvilke egenskaper ved fylkene er det som eventuelt kan forklare disse? I dette kapitlet ser vi på nærmere på i hvilken grad det er sammenfall mellom behandlingsbehov uttrykt som risikobelastninger i en befolkning, versus pasientpopulasjonens sosiodemografiske og sosioøkonomiske kjennetegn. Avslutningsvis gir vi en vurdering av de sosiale indikatorenes betydning som forklaringsfaktor for høyere utgifter til fylkenes psykiatri.

5.1 Ratiotilnærmingen⁴

Opplysninger om befolkningens bruk av fylkeskommunale døgninstitusjoner for voksne er hentet fra pasientregistreringen ved psykiatriske institusjoner 1. november 1999. Hvert femte år siden 1979 har SINTEF Unimed foretatt tverrsnitts-registreringer av pasienter i psykiatriske institusjoner. Resultatene fra registreringene gjør det mulig å beregne punkt-prevalens (antall pasienter på ett gitt tidspunkt) for noen av de aktuelle sosiodemografiske og sosioøkonomiske grupper i befolkningen (for hver enkelt deltjeneste).

Metoden baserer seg på beregning av antall brukere av psykiatriske tjenester i forhold til innbyggertallet i de befolkningsgrupper som er valgt. Valg av kriterier har vært et kompromiss mellom hvilke forhold som ut fra rådende kunnskapsstatus antas å være av betydning, og hvilke som på en pålitelig måte lar seg fange opp gjennom offentlig, årlig oppdaterbar statistikk. Ratio-tilnærmingen som er valgt av NIS, forutsetter dessuten at det foreligger sammenliknbare opplysninger om pasienter og befolkning for øvrig. Disse forutsetningene har medført at NIS har anvendt følgende opplysninger om pasienter og befolkning: kjønn og alder, sivilstatus, enslige forsørgere, uføretrygdede, mottakere av sosialhjelp, arbeidsledige, oppvekst- og bostedsfylke.

Ratio-tilnærmingen skiller seg fra for eksempel Rattsø-utvalgets tilnærming ved at den *direkte* tar utgangspunkt i de befolkningsgruppene som representerer et faktisk merforbruk.

⁴ Presentasjonen av denne tilnærmingen og dens konklusjoner er hentet fra utkast til NIS-rapport fra prosjektet Psykiatri i inntektssystemet, som er dette prosjektets andre delrapport.

Merforbruk er beregnet ut fra befolkningsbaserte rater (pasienter i gruppen/folketall i gruppen) i forhold til øvrige pasienter/befolkning.

I første omgang ble pasientrater (pasienter/befolkning) for alle kombinasjoner av demografiske og sosiale faktorer gjennomgått for å avdekke hvilke grupper som i størst grad kunne defineres som merforbrukere av psykiatritjenester. I neste omgang ble antall grupper som kunne defineres som merforbrukere redusert så langt som mulig, uten å tape relevant informasjon. I siste omgang ble de fordelingsmessige virkningene på fylkesnivå beregnet. I mange tilfeller vil det være lite variasjon i befolknings sammensetningen mellom fylkene. Selv om en gruppe har et høyt forbruk av tjenester, trenger dette derfor ikke å gi seg utslag på fordelingen mellom fylkene. På dette grunnlaget ble antall kriterier redusert ytterligere, til følgende grupper:

- ugifte 35 år og eldre
- mottakere av uføretrygd 18–39 år
- mottakere av uføretrygd 40–69 år
- mottakere av sosial stønad 18–49 år
- individer med grunnskole eller lavere 18–29 år
- individer med grunnskole eller lavere 30–59 år

NIS' resultater viser at disse gruppene samlet representerer et merforbruk på 44 prosent i forhold til den øvrige befolkningen. NIS konkluderer med at mennesker med lav utdanning, uføre og enslige over 35 år ser ut til å representere selvstendige risikokjennetegn i pasientpopulasjonen, ved at disse befolkningsgruppene statistisk sett har høyere innleggelsesrater enn andre grupper. Hvorvidt dette gjelder spesifikt for Finnmark vet vi ikke, da det ikke var mulig å presentere valide brukerrater for Finnmark brutt ned på de aktuelle bakgrunnsvariablene. I tillegg har flyttekriteriet en selvstendig innvirkning på ressursbehov i tjenestesystemet. I sum innebærer dette at både Oslo (1910) og Finnmark (1446) har større ressursbehov enn gjennomsnittet for alle fylker (1351). Hvordan stemmer dette overens med våre fordelinger av risikogrupper i befolkningene i Oslo og Finnmark?

5.2 Sosiale indikatorer

Fafos valg av sosiale indikatorer er foretatt på bakgrunn av en gjennomgang av nasjonal og internasjonal faglitteratur på området sosiale indikatorer for psykiatrisk sykелighet/behandlingsbehov. Vi utførte datasøk i MEDLINE; ISI, BIBSYS og ESOP. En systematisk presentasjon og gjennomgang av funnene derfra finnes i vedlegg 1.

I vårt utvalg av litteratur har vi inkludert undersøkelser som benytter direkte behovsindikatorer (psykiatrisk sykелighet) eller indirekte sosiale/sosiodemografiske behovsindikatorer (sivilstand, utdanning, arbeid, inntekt, sosialhjelpsmottak, forsørgeransvar, etnisk bakgrunn). I tillegg til litteraturgjennomgang, har vi gjennomført et sett av intervjuer av nøkkelinformanter for å nå frem til den kunnskapen om psykiatrisk behandlingsbehov i Oslo

og Finnmark som ikke er publisert og tilgjengelig for offentligheten. En gjennomgang av disse er presentert i vedlegg 2.

De indikatorene som inngår i dette notatets matriser er noe redusert, fordi det der kun skulle tas med indikatorer som kunne oppdateres årlig, på bakgrunn av offentlig tilgjengelige data. Dette kriteriet gjorde at vi måtte utelate inntekt fra våre matriser.

Gjennomgangen viser at både Oslo og Finnmark ligger høyere enn landet for øvrig når det gjelder flere av indikatorene, noe som potensielt indikerer et større behov for psykiatriske behandlingstjenester enn i resten av landet. Grad av urbanisering er i faglitteraturen en hyppig brukt forklaringsfaktor på større psykiatrisk sykkelighet. Overført på vårt materiale ser vi at både Oslo og Finnmark har en større forekomst av demografiske risikofaktorer enn resten av landet. Vi tror at dette kanskje kan gi støtte til urbaniseringsforklaringen, ved at det kanskje er slik at både sterk urbanitet og sterk grad av ruralitet hver på sin måte øker forekomsten av risikobelastede grupper i befolkningene. Oslo har en klar overvekt av eldre, skilte, innflyttere og fjernkulturelle flyktninger, mens Finnmark har en klar overvekt av lavt utdannede, arbeidsledige, langtidssykmeldte, uføre, enslige forsørgere, selvmord, reindriftsdrivere og utflyttere. Både på individ- og lokalsamfunnsnivå er dette egenskaper som potensielt truer sosial integrasjon og individuell mestringsevne. Indirekte så vet vi at det er en overvekt på x antall prosent av Finnmarks og Oslos befolkning med risikokjennetegn sammenliknet med resten av landet, men vi har ikke kunnskap som kan hjelpe oss å transformere disse sosiale risikokjennetegnene fra sykkelighet til behandlingsbehov, og fra behandlingsbehov til kostnader.

Når det gjelder særtrekk ved psykiatritilbudet, er det etter vår mening flere kjennetegn ved situasjonen i Finnmarkpsykiatrien, ikke minst store geografiske avstander, stor turnover i spesialist- og legestillinger i psykiatri spesielt og helsetjeneste generelt, vakanser i psykiater- og psykologstillinger ved DPS, og at Finnmark ikke har egen døgninstitusjon og akuttjeneste i eget fylke (noe som gjør at man kjøper inn dyre tjenester fra Tromsø), som fordyrer tjenestetilbudet per innbygger. I tillegg er det grunn til å anta at dette også fører til ekstra store belastninger for pasienter og pårørende, og muligens også for deler av behandlingsspersonellet, noe som i neste runde kan utgjøre et ressurspørsmål. Vi vet imidlertid ikke hvor mye reiseutgifter med mer som ville kunne vært spart dersom Finnmark hadde sentralisert sin psykiatri tilsvarende Oslo, eller om fylket hadde hatt et befolkningsgrunnlag tilsvarende et fylke som for eksempel Hedmark. Å kvantifisere de fordyrende konsekvensene er med andre ord umulig uten mer presise, konkrete data om for eksempel hva det ville ha kostet å besette alle opprettede stillinger ved Finnmarks DPS-er i stedet for slik behandlingsbehovet i dag søkes dekt. Så vidt vi vet finnes ingen egnede metoder til å foreta en slik transformering/beregning.

Når det gjelder de høyere utgifter i Oslo-psykiatrien, vurderer vi særtrekk ved befolkningen, som andelen eldre, andelen fjernkulturelle flyktninger og tilflytting av personer med høy risiko for behandlingsbehov, som viktige forklaringer.

5.3 Konklusjoner

NIS sine analyser av brukerrater og vår kartlegging av befolkningen i Oslo og Finnmark fordelt på andeler i ulike risikogrupper, viser etter vår mening de samme tendensene, ved at de sosiale kjennetegnene som dominerer pasientgrupper med merforbruk av tjenester, også inngår i våre sosiale indikatorene. Et eksempel på dette er tallene for flytting: Oslo kommer ut med den høyeste tilflyttingen i befolkningen generelt, noe som også gjenspeiler seg i pasientmaterialet. Når flyttemønsteret blant pasienter sammenholdes med flyttemønsteret i befolkningen (målt ved forholdet mellom hvor de to respektive grupper vokste opp, og hvor de er bosatt), viser det seg at enkelte deler av landet i større grad enn andre «tiltrekker» seg personer som har eller kommer til å utvikle en psykiatrisk lidelse. I henhold til NIS sine tall, var for eksempel et vesentlig antall pasienter bosatt i Oslo i 1999 oppvokst i andre fylker. Oslo er således «importør» av sosial og psykiatrisk problematikk som har sin opprinnelse andre steder.

Når det er langt flere sosiale indikatorer med i våre oversikter enn risikokjennetegn basert på brukerrater, er ikke dette funn som etter vår mening står i motsetning til hverandre. Tvert imot kan det ses som en styrking av antakelsen om at pasientpopulasjoner er en selektert gruppe som ikke kan brukes som representanter for populasjonen mennesker med psykiske lidelser. Vårt utvalg av sosiale indikatorer er basert på generelle befolkningsstudier, undersøkelser av vanskeligstilte grupper og geografiske områder. Så lenge vi ikke kjenner til de sosiale bakgrunnsvariablene til også (et representativt utvalg) av de ikke-hospitaliserte menneskene med psykiske lidelser, kan vi strengt tatt ikke si noe om sammenhengene mellom sosiale indikatorer og psykisk helse, fordi reduserte sjanser for å motta behandling kan være en slik klassespesifikk forskjell. Utbredelsen av psykiatrisk behandlingsbehov vil dermed være underestimert i kartlegginger som kun baserer seg på brukerrater. I denne konkrete undersøkelsen tyder våre tall på at Finnmark har en befolknings sammensetning som indikerer større behandlingsbehov i befolkningen enn det Rattsø-utvalgets innstilling estimerte. I enkelte tilfeller, som for eksempel når det gjelder «andel enslige» og «enslige forsørgere», omfatter ikke de sosiale indikatorene risikokjennetegn identifisert i pasientpopulasjonen. Det er allmenn konsensus om at psykiske lidelser og hjelpebehov er nær knyttet til grad av sosial integrasjon. I samtlige studier som påviser en sammenheng mellom tilhørighet til en sosiodemografisk eller sosioøkonomisk gruppe, og psykiatrisk sykелighet, anvendes grad av sosial integrasjon som den mest sentrale forklaringsfaktoren (Hagen 1987). Rattsø-utvalgets kriterium om andel enslige er således relevant. Når antall/andel enslige er utelatt fra vår oversikt over sosiale indikatorer, er det fordi årlige innhentede offentlige data ikke gjør det mulig på en entydig og troverdig måte å skille disse ut som entydig gruppe. Rattsø-utvalget valgte enslige ut fra Levekårsundersøkelsens analyser av denne gruppens forhøyede risiko for psykiske plager. Levekårsundersøkelser finner imidlertid ikke sted årlig, og «enslig» er heller ikke en sivilstandbetegnelse som inngår i SSBs registerdata over befolkningen. Ugift kan heller ikke brukes, da denne betyr «ikke-tidligere gift». Oversikt over aleneboende i ulike aldersgrupper kan heller ikke tas ut av SSBs data.

Før man begir seg ut på ytterligere tolkning av funnene fra denne undersøkelsen, er det viktig å være klar over at risikofaktorene som omtales i dette notatet ikke bare virker enkeltvis, men også additivt, eller multipliktivt. For enkelte av faktorene kan det dessuten være

slik at de har sin effekt bare i kombinasjon med andre risikofaktorer. Høyt interkorrelerte variabler er et viktig metodologisk problem, og samspillseffekter skaper tolkningsmessige utfordringer. Objektivt sett er alle indikatorene vi har valgt å ta med relatert til forhøyet psykiatrisk sykелighet. Det er imidlertid ikke det samme som at sammenhengen mellom indikatorene og psykiatrisk sykелighet er like sterk i begge fylker. Løsrevet fra sin sammenheng i det enkelte lokalsamfunn, har kunnskap om fordelingen av såkalte risikofaktorer som andeler av befolkningen, begrenset verdi som uttrykk for behandlingsbehov. Ikke desto mindre vil en slik oversikt kunne være et viktig planleggingsverktøy fordi fordelingen potensielt antyder behov for offentlige ytelser.

Litteratur

- Barstad, A. (1997) «Fortrolighet forebygger?» *Samfunnsspeilet*, 2, 22–31
- Bergsland, K.H. og P.B. Pedersen (1994) *Gjennomgang av Oslo-psykiatrien*. SINTEF-rapport STF81 A94021. Oslo: SINTEF/Unimed/NIS
- Dahl, E. (1994) *Sosial ulikhet i helse: Artefakt eller seleksjon?* Fafo-rapport 170. Oslo: Fafo
- Dalgard, O.S. (1998) *Helseprofil for Sør-Varanger kommune med fokus på psykososiale forhold og psykisk helse*. Rapport. Oslo: Statens institutt for folkehelse
- Dalgard, O.S., J.I. Brevik og A. Hjemmen (1995) «Helseprofil i lokalsamfunnet, med særlig vekt på sosiale risikofaktorer og psykisk helse». I: Dalgard, O.S., E. Døhlie og M. Ystgaard, red., *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalgard, O.S., E. Døhlie og M. Ystgaard, red. (1995) *Sosialt nettverk. Helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dekker, J. m.fl. (1997) «Urbanisation and psychiatric admission rates in The Netherlands.» *International Journal of Social Psychiatry*, 43(4): 235–46
- Djuve, A.B. og K. Hagen (1995) *Skaff meg en jobb! Levekår blant flyktninger i Oslo*. Fafo-rapport 184. Oslo: Fafo
- Fylkeslegen i Finnmark (1999) *Handlingsplan for psykiatri i Finnmark 1999–2006*
- Hagen, H. (1992) *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. November 1989*. Rapport 2/92. SINTEF/NIS
- Hagen, H. (1997) *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. November 1994*. Rapport 5/97. SINTEF/Unimed/NIS
- Heggestad, T. (1994) Det psykiatriske Norgeskartet. Foredrag ved Norsk forening for helsetjenesten, 24. november 1994
- Høstmark Nielsen, G. (1996) «Psykiske lidelser i befolkningen – forekomst, årsaker og forebygging». I: Hurlen, P. og R. Nordhagen, red., *Folkehelse i forandring*. Oslo: Statens institutt for folkehelse
- Norges forskningsråd (1993) *Alvorlige psykiske lidelser*. Rapport fra Nasjonal ekspertkonferanse Soria Moria, Oslo, 15.–16. juni 1993
- NOU (1996:1) *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*
- Olstad, R., H. Sexton og A.J. Søgaard (1999) «The Finnmark study. Social support, social network and mental distress in a prospective population study.» *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*

- Olstad, R., A.J. Søgaard og H. Sexton (1998) «Mental helse i Kyst-Finnmark 1987–93.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 118, 1350–5
- Oslo Kommune (1997) *Oslo-psykiatrien fra 1988 – 1993*
- Pedersen, P.B. og H. Hagen (2000) *Psykiatri i inntektssystemet for fylkeskommunene*. Rapport under publisering. SINTEF/Unimed/NIS
- Sandanger, I. m.fl. (under utgivelse) «Prevalence, incidence and age of onset of psychiatric disorders in Norway.» *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*
- Shapiro, S. m.fl. (1985) «Measuring need for mental health services in a general population.» *Medical Care*, 23(9): 1033–43
- Statistisk sentralbyrå (1993) *Sosialt Utsyn 1993*
- St meld nr 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (1999) *Styrings- og informasjonshjulet for helse og sosialtjenesten i kommunene*
- Statistisk sentralbyrå, *Statistisk Årbok 1999*
- Statistisk sentralbyrå (1998) *Befolkningsstatistikk 1997*
- Sytema, S. (1991) «Social indicators and psychiatric admission rates: a case-register study in the Netherlands.» *Psychological Medicine*, 21(1): 177–184
- Sørensen, T. (1979) *Pendling, lokalmiljø og mental helse. En psykiatrisk befolkningsundersøkelse*. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo: Psykiatrisk institutt
- Thornicroft, G. (1991) «Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation.» *British Journal of Psychiatry*, 158, 475–484.
- Øverås, S, C. Friestad og E. Dahl (1999) *Behovskartlegging i Oslo-psykiatrien . Kunnskapsstatus og utfordringer for videre forskning*. Fafo-notat 1999:20. Oslo: Fafo

Vedlegg 1⁵

Vi tar sikte på å gi en oversikt over hva som er kunnskapsstatus når det gjelder befolknings-sammensetning og behov for psykiatriske helsetjenester. Ettersom det har skjedd store endringer i organiseringen av de psykiatriske helsetjenestene de siste årene, har vi avgrenset vår undersøkelse til å gjelde situasjonen etter 1980. Likevel er det viktig å være klar over at dette er en problemstilling som har vært sentral i en årrekke. WHO foretok på 1970-tallet undersøkelser som viste at det var store forskjeller mellom de europeiske landene i forbruk av psykiatriske helsetjenester. En rekke prosjekter ble initiert for å forklare disse forskjellene. Bak dette lå følgende hovedproblemstilling: Er det sammenheng mellom sosiodemografiske forskjeller og forbruk av psykiatriske helsetjenester? Funnene fra Norge viste sammenhenger mellom innleggelses og alder, kjønn og sivilstand. WHO-undersøkelsene konkluderte likevel med at det *ikke* var noen tydelig sammenheng mellom sosiodemografi og tjenesteforbruk, etter sammenlikning landene imellom (jf. Ånestad 1993).

En stikkordsmessig oversikt over noen hovedfunn fra psykiatrisk epidemiologi gir per i dag følgende kunnskapsgrunnlag om omfanget av psykiske lidelser:

- 20 prosent av befolkningen (800 000 personer) har til enhver tid klare tegn på en psykisk lidelse.
- 10 prosent (400 000 personer) av befolkningen er til enhver tid behandlingstrengende: av disse har 40 000–50 000 alvorlige kroniske lidelser, hvorav 20 prosent har stort behov for støtte og oppfølging gjennom hele livet.
- 30 prosent av befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet.
- 1/3 av pasienter i allmennpraksis kommer p.g.a. psykiske plager.
- 1/3 av uføre har en psykiatrisk hoveddiagnose (dvs. ca. 76 700 personer).
- 1/3 av sykehussengene er belagt med psykiatriske pasienter.
- 15 prosent av langtidssykemeldte har en psykiatrisk hoveddiagnose.

Tallene er basert på skjønn ut fra studier foretatt i Nord-Amerika og Vest-Europa, men antas å være gyldige også for norske forhold (Rådet for psykisk helse 1995).

Høstmark Nielsen (1996) påpeker at mye av den psykiatriske epidemiologien de siste 20 årene har dreid seg om barn og unge. Undersøkelser i de andre nordiske landene har vist at forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen ligger et sted mellom 13 og 17 prosent. Utledet fra dette gir Høstmark Nielsen et anslag over forekomsten av psykiske lidelser i Norge på mellom 650 000 og 850 000 personer (15–20 prosent av befolkningen), hvorav 400 000 i henhold til faglige kriterier vil være behandlingstrengende.

⁵ Dette er et utdrag fra kapittel 3 i Fafo-notatet: Behovskartlegging i Oslo-psykiatrien (Øverås, Friestad og Dahl 1999).

En nasjonal ekspertkonferanse i regi av Norges forskningsråd spesifiserte prevalensanslagene for Norge slik når det gjelder enkelt diagnoser: 10 000 nordmenn antas å lide av schizofreni, hvorav kanskje en tredjedel befinner seg i psykiatriske institusjoner. Basert på funn fra andre land, antas den virkelige forekomsten å være 0,3–0,6 prosent av befolkningen. Dersom man i beregningen av forekomst av manisk-depressiv psykose inkluderer alle behandlingstrengende depresjoner, gir dette en forekomst på fem prosent. Antall nye tilfeller per år beregnes til 8500 på landsbasis (Norges forskningsråd 1993).

Norges forskningsråd og Rådet for psykisk helse arrangerte i 1998 en formidlingskonferanse om nyere viten om behandling av psykiske lidelser. Også her ble det anslått at 20 prosent av befolkningen til enhver tid vil ha symptomer som kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose. I tillegg er det slik at 40–50 prosent av dem som oppsøker allmennpraktiserende lege egentlig har psykiske problemer. Når det gjelder utbredelsen av personlighetsforstyrrelser, viser preliminnære resultater fra en undersøkelse av den alminnelige befolkning i Oslo en forekomst på 13 prosent, mens den for landet som helhet ligger på rundt ni prosent. Den samme undersøkelsen viser at det innad i Oslo er store variasjoner: fra fem prosent i ytre områder til 25 prosent i indre områder. Høyest forekomst av personlighetsforstyrrelser finner man i indre *vest*, dernest indre øst, ytre øst, ytre vest og lavest i Oslo syd (Norges forskningsråd 1998).

SINTEF har tidligere gjennomgått Oslopsykiatrien, blant annet for å undersøke hvorvidt Oslo har større behov for psykiatritjenester enn resten av landet (jf. Bergsland & Pedersen 1994). Fire mulige forklaringer på høyere behov i Oslo ble testet ved hjelp av tall fra SAM-DATA Psykiatri: a) forskjeller i organisering, ved at oppgaver som ellers utføres av helse- og sosialtjenesten i kommunen, i Oslo utføres av spesialisttjenesten, b) større andel eldre i befolkningen øker behovet, c) storbyer genererer mer sykkelighet enn andre områder, d) pasienter fra andre steder i landet søker seg til Oslo. Bare forklaring b) og d) får støtte i data-materialet.

Ettersom det i utgangspunktet var klart at det fantes relativt lite informasjon om fordelingen av psykiatrisk sykkelighet i den generelle befolkningen i Oslo, har vi valgt å belyse spørsmålet om befolkningens behov for psykiatrisk behandling ved også å inkludere nasjonale undersøkelser fra andre deler av landet og internasjonale studier, for på denne måten å komme fram til et sett med indirekte behovsindikatorer som kan antas gyldige også for Oslos befolkning.

For en mest mulig oversiktlig framstilling, har vi valgt å sortere presentasjonene av litteraturgjennomgangen i fire hovedkategorier, basert på undersøkelsens utvalg/materiale:

- a. undersøkelser av pasientpopulasjoner
- b. undersøkelser av vanskeligstilte grupper (utenom psykiatriske pasienter). Disse undersøkelsene behandler ikke nødvendigvis utsatthet i forhold til psykiske lidelser, men dette er ett av flere temaer som tas opp. Litteraturgjennomgangen beskriver undersøkelser blant ikke-vestlige innvandrere, enslige, sosialklienter, langtidsledige, bostedsløse, rusmisbrukere og uførepensjonerte.
- c. undersøkelser av utvalgte geografiske områder. Her er fokus ofte på utbredelsen av spesifikke diagnoser. Det er færre i denne kategorien undersøkelser som ser på generell psykiatrisk sykkelighet.

- d. generelle befolkningsundersøkelser. Denne kategorien studier har ofte mer «symptom-beskrivende» mål på psykiske plager, snarere enn mål på faktisk psykiatrisk sykkelighet.

Nedenfor presenteres funnene fra litteraturgjennomgangen i henhold til den beskrevne inn- delingen. Fra hver undersøkelse har vi trukket ut følgende informasjon: forfatter/tittel/ publikasjon, materiale og metode, sykkelighetsmål, bakgrunnsfaktorer og hovedfunn. Hvert hovedpunkt avsluttes med en generell kommentar om tendenser i de presenterte under- søkelsesenes hovedfunn.

A. Undersøkelser av pasientpopulasjoner

✓ **Dahl, A. A. & Refsnes, U. (1995).** Riktig omsorgsnivå for langtidspasienter – en gjen- nomgang av pasienter innlagt ved Gaustad sykehus, delrapport I-IV. Gaustad sykehus.

Materiale og metode: Kartlegginger gjennomført i mai/juni 1994 av psykiatriske langtidspasienter v/Gaustad sykehus. Spørreskjemaer til behandlere/personale.

Utvalg:

rapport I (innlagte, Gaustad): 102 personer

rapport II (døgn- el. dagpasienter v/fem sykehjem tilknyttet Gaustad): 185 personer

rapport III (alderspsykiatrisk avd., Gaustad): 35 personer

rapport IV (pasienter v/distriktpspsykiatriske sentra tilknyttet Gaustad): 507 personer

Sykkelighetsmål: Informasjonen som samles inn dekker både tidligere psykiatrisk behandling og nåværende psykiatrisk status (bl.a. målt gjennom «Globalt psykisk funksjonsnivå», GAF)

Bakgrunnsfaktorer: kjønn, alder, sivilstand, antall barn, sektortilhørighet, forhold til nær- neste, nettverk, økonomisk status (gjelder kun DPS-pasientene, dvs. delrapport IV)

Hovedfunn: 54 prosent av de innlagte langtidspasientene på Gaustad er hjemmehørende i Aker sektor, de øvrige hører hjemme enten i andre sektorer i Oslo eller andre steder. Når det gjelder sykehjemspasientene (delrapport II), er det få som har et positivt forhold til sine nærmeste og et flertall med dårlig nettverk (liten mulighet til støtte). 52 prosent er hjemme- hørende i Aker sektor. En stor andel (44 prosent) hører hjemme i Dikemark-sektorene (man vet ikke hvor mange av Dikemark-pasientene som hører hjemme i Aker sektor). Pasient- ene er belastet med omfattende somatisk sykkelighet i tillegg. Påpeker behov for flere psy- kosomatiske sykehjem der både somatiske og psykiatriske lidelser ivaretas. Delrapport III (alderspsyk. avd., Gaustad): Avdelingen betjener først og fremst pasienter fra Aker sektor (89 prosent). Halvparten av pasientene hadde somatiske tilleggslidelser. Anslås at det er behov for få endringer i behandlingstilbudet som denne avdelingen gir i de kommende to årene. Delrapport IV (DPS-pasienter): Flertallet av disse pasientene er uføre eller på attføring/re- habilitering. 70 prosent er enslige. Også her er det et flertall av pasientene som er hjemme- hørende i Aker sektor. Anslås at 35 prosent har så mange/alvorlige psykiske lidelser eller så stor funksjonssvikt at de er på for lavt omsorgsnivå innenfor DPS. Hensikten med disse fire rapportene var å kartlegge hvilke pasienter som har vært innlagt over lang tid (mer enn 6

mind. til sammen) og hva slags omsorgsnivå de er i behov av. Personer som trenger behandling, men ikke er innlagt som langtidspasient, faller utenfor kartleggingen.

✓ **Husby, R. & Østberg, B. (1998).** Buskeruds bruk av den psykiatriske sengeavdeling – Lier. Diakonhjemmets sykehus, Avdeling for forskning og undervisning, Oslo.

Materiale og metode: Tverrsnittundersøkelse av alle pasienter (n=162) på BSS avd. Lier 2. mars 1998. «Consensus among experts»-metoden anvendt (intern og ekstern ekspertgruppe vurderer: ideelt behandlingsnivå for hver pasient, neste trinn i behandlingen, pasientens muligheter på lang sikt).

Sykelighetsmål: Diagnose, «Positive and Negative Syndrome Scale», GAF, m.fl.

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, boforhold, utdanning, arbeidserfaring, økonomi, familieforhold, rusmisbruk, kriminell belastning, m.m.

Hovedfunn: 18,4 prosent av pasientene må ha et varig bo- og behandlingstilbud. Ca. 1/3 av de allmennpsykiatriske pasientene kan skrives hjem som neste trinn i behandlingen, resten må behandles videre i institusjon før de kan skrives ut. Svært få kan skrives ut av psykisk helsevern. Etterlyser et system for vurdering og behandling av unge, psykotiske pasienter.

✓ **Kornør, I. & Stene-Johansen, M. (1999).** Helhetlig psykiatriplanlegging (HPP). Sammendrag av resultater fra skjema B og C. Oslo kommune: Bydel Sagene -Torshov.

Materiale og metode: Kartlegging av 624 personer ved hjelp av ekspertvurdering, og 287 personer ved hjelp av intervju.

Sykelighetsmål: Diagnose

Bakgrunnsfaktorer: Boligforhold, uføretrygd, sosialhjelp

Hovedfunn: Et flertall av de som ble registrert av 1.- eller 2.-linjetjenesten bodde alene, 50 prosent hadde uføretrygd, 44 prosent bor i kommunal bolig og 26 prosent mottar sosialhjelp. Av de 624 personene som ble vurdert av fagpersonell, var det hele 243 som ikke hadde kontakt med det psykiske helsevern. Grad av psykisk problem er vurdert av fagperson (flere har rusproblemer, problemfylt forhold til andre). Når det gjelder behov for tiltak, er det 249 personer som vurderes å være i behov av en koordinator eller kontaktperson.

✓ **Pedersen, P. B. (1993).** Hvorfor er Oslo-psykiatrien så dyr? Foredrag på Gaustad sykehus, 17. juni 1993.

Materiale og metode: Orientering om SAMDATA Psykiatri.

Sykelighetsmål: Ikke sykkelighetsmål, men forbruk av tjenester (utskrivninger etter bosted), produktivitet.

Bakgrunnsfaktorer: Andel innbyggere i ulike aldersgrupper, andel innb. i spredtbygde strøk, andel enpersonhusholdning 67 år og over, andel areal.

Hovedfunn: Kostnadsnøkkel for sektortilskuddet til fylkeshelsetjenesten: Deretter tillegg på 10 prosent for Oslo, Troms 2,5 prosent og Finnmark 15 prosent. Mulige forklaringer: befolkningssammensetning, risikofaktorer, geografiske forhold, etc.

✓ **Lie, T. (1994).** Psykiatriske helsetjenester. Organisering, tilbud og behov. RF-rapport 145/94. Stavanger: Rogalandforskning.

Materiale og metode: Informantintervjuer, pasientregistreringer, litteraturgjennomgang. Data innsamlet i to bydeler i Bergen.

Sykkelighetsmål: Innlagte pasienters ulike psykiatriske diagnoser.

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, sivilstand, sosial integrasjon, sosioøkonomisk status.

Hovedfunn: Overvekt av menn blant de innlagte, men høyere «sann prevalens» blant kvinner. Høy andel ugifte og skilte/separerte. 34 prosent har liten/ingen kontakt med familie/venner. Lav sosioøkonomisk status.

✓ **Åm, T. & Riaunet, Å. (1997).** Psykiatriplan på tvers av forvaltningsnivåer. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 117(12): 1759–62.

Materiale og metode: Intervjuer med voksne med alvorlige psykiske lidelser med behov for tjenester fra flere forskjellige instanser (i tillegg til intervju, ga personalet som kjente pasientene en faglig vurdering).

Sykkelighetsmål: I tillegg til pasientenes psykiatriske diagnose, er GAF (Global Assessment Functioning Scale) inkludert.

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, tjenestetilbud.

Hovedfunn: Finner en prevalens på 5 per 1000 for alvorlige psykiske lidelser med behov for tjenester fra flere instanser. Særlig eldre pasienter som dominerer i gruppen uten et tilbud fra psykiatrien. Undersøkelsen gjør det ikke mulig å kartlegge personer som ikke har vært i kontakt med hjelpeapparatet. Påpekes at fastlegeordningen vil gi en bedre mulighet til å fange opp de som i dag ikke har kontakt med hjelpeapparatet. Erfaringene fra dette prosjektet har vært grunnlagsmateriale i utarbeidelsen av et system for helhetlig psykiatriplanlegging.

I tillegg til de konkrete undersøkelsene som er beskrevet over, har vi fått tilgang til statistikk for 1998 fra Psykiatrisk vaktjeneste i Oslo. Vakttjenesten hadde i 1998 totalt 4132 henvendelser, og viser kjønns-, alders- og diagnosefordeling for disse personene, i tillegg til deres bydelstilhørighet. De fleste klientene er i aldersgruppen 20–50 år, 60 prosent av henvendelsene er fra kvinner. Henvendelser fordelt på sektornivå gir dette resultatet: Akker:

22,8 prosent, Lovisenberg: 26,8 prosent, Ullevål: 24,8 prosent, og Diakonhjemmet: 14,2 prosent. Bydelene Grünerløkka-Sofienberg, Gamle Oslo og Sagene-Torshov står for flest henvendelser (til sammen 25,5 prosent av alle henvendelsene). I tillegg kommer en relativt stor gruppe (7,1 prosent) uten fast bopel.

Oppsummering

Når det gjelder undersøkelser som gir anslag over forekomsten av psykiatrisk sykkelighet basert på pasientpopulasjoner, er det viktig å være klar over muligheten for to beslektede typer utvalgsskjevhet (jf. Galbaud du Fort, Newman og Bland, 1993). Fra befolkningsundersøkelser vet vi at sammenfall av flere psykiatriske lidelser øker sannsynligheten for at man kommer i kontakt med hjelpeapparatet. Dette kan føre til feilaktige estimater av komorbiditet i kliniske utvalg. Den første kilden til skjevhet skyldes at en person med flere lidelser kan søke behandling for hvilken som helst av disse lidelsene. Den andre formen for skjevhet skyldes at sannsynligheten for å søke hjelp for en bestemt lidelse endres på grunn av at man også har en annen lidelse. Når det gjelder komorbiditet, påpeker Bjelland og Dahl (1999) at det særlig er kombinasjonen av angst- og depresjonssymptomer som er utbredt blant psykiatriske pasienter. Dette krever selvsagt spesielle hensyn i planleggingen av behandlingen, og også når det gjelder kartlegging av forekomsten av ulike lidelser.

For vårt formål, kartlegging av indirekte behovsindikatorer, er undersøkelser av pasientpopulasjoner de minst anvendelige studiene. Som vi kommer tilbake til flere ganger senere, utgjør innlagte pasienter en selektert gruppe, som i stor grad reflekterer behandlingsapparatets prioriteringer, og ikke nødvendigvis gjenspeiler befolkningens behov for psykiatriske tjenester. Med tverrsnittsstudier av pasientgrupper har vi ingen mulighet til å vite om de egenskapene vi observerer blant pasientene er en forløper til, eller en konsekvens av, sykdommen. Pasientkartlegginger danner et nødvendig grunnlagsmateriale for å tilpasse tjenestetilbudet til dem som allerede er brukere, men kan i liten grad si noe om personer som har behandlingsbehov, men som ikke har vært i kontakt med hjelpeapparatet. Det er innfallsvinkler til å nå disse personene vi søker etter i dette delprosjektet.

B. Undersøkelser av vanskeligstilte grupper

✓ Dalgard, O.S., Sandanger, I., Sørensen, T. & Ingebrigtsen, G. (1998). Mental health among immigrants in Oslo, Norway. In Varna et al. (Eds.) Social psychiatry. A global perspective. New Delhi.

Materiale og metode: Intervjuer med 1000 voksne i en bydel i Oslo.

Sykkelighetsmål: HSCL-25

Bakgrunnsfaktorer: Kulturell integrasjon, inntekt, livskvalitet.

Hovedfunn: Fødeland er relatert til psykiske symptomer (selv når man kontrollerer for inntekt) og livskvalitet. Grad av integrasjon er den variabelen som slår sterkest ut ved prediksjon av HSCL-25. Påpeker at offentlig statistikk mangler informasjon om mental helse

og psykososiale risikofaktorer, og at det er behov for egne undersøkelser for å kartlegge slike sammenhenger.

✓ **Elstad, J. I. (1998).** Funksjonshemmede og psykisk helse. NOVA-rapport nr. 3.

Materiale og metode: Data fra SSBs Helseundersøkelser i 1985 og 1995.

Sykkelighetsmål: Hopkins Symptom Checklist (HSCL)

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, yrkesaktivitet, organisasjonsdeltakelse, sosial omgang.

Hovedfunn: Funksjonshemmede har klart lavere psykisk livskvalitet enn funksjonsfriske. Kjønn, alder, funksjonshemmingens alvorlighetsgrad, utdanningsnivå, yrkesaktivitet, og kontakt med familier i nabolaget bidrar alle til prediksjon av psykiske lidelser. Yrkesaktivitet, organisasjonsdeltakelse og kontakt med familier i nabolaget forklarer like mye av variasjonen i psykiske lidelser som alder, kjønn og funksjonshemmingens alvorlighetsgrad til sammen. Særlig ser graden av sosial integrasjon ut til å være betydningsfull.

✓ **Halvorsen, K. (1994).** Arbeidsløshet og arbeidsmarginalisering – levekår og mestring. Oslo: Universitetsforlaget.

Materiale og metode: Litteraturgjennomgang + den norske levekårsundersøkelsen av langtidsarbeidsledige

Sykkelighetsmål: General Health Questionnaire (GHQ)

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, utdanning, yrkeshistorie, helsehistorie, antall negative livshendelser, finansielle ressurser og sosialt kontaktnett.

Hovedfunn: Sterk seleksjonseffekt med hensyn til mental helse: 2/3 av de langtidsledige med mentale problemer hadde det før de ble ledige, mens 1/3 fikk det etterpå. Følgende har økt risiko for psykisk sykkelighet ved arbeidsledighet: menn, lavt utdannede, alder 30–50 år, negativ endring i samlivsforhold, har stram økonomi, sosialt isolerte. Risikoen for depressive symptomer øker jo lengre ledigheten varer. Arbeidsløshet bidrar til å forsterke problemer dersom de allerede eksisterer.

✓ **Ulfrstad, L. M. (1997).** Bostedsløse i Norge – kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo.

Materiale og metode: Surveyundersøkelse av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet. Informasjonsinnhentingen er gjort blant hjelpearbeiderne, ikke blant de bostedsløse selv.

Sykkelighetsmål: «Psykiske lidelser med behov for behandling» definert som synlig psykisk sykdom, eller diagnostisert psykisk lidelse – i begge tilfeller med behov for behandling.

Bakgrunnsfaktorer: Alder, rusmisbruk.

Hovedfunn: Finner at ¼ har psykiske lidelser med behov for behandling. En stor del har rusproblemer (alkohol og narkotika mest framtreddende). Anslår at det er 6200 bostedsløse i Norge, av disse er det registrert 2523 i Oslo. Konklusjonene som trekkes om bakgrunn, oppvekst, og familieforhold blant de bostedsløse i Norge er i stor grad trukket på bakgrunn av internasjonale funn, fordi det mangler pålitelige norske data.

Oppsummering

Såvidt vi har kunnet bringe i erfaring, er det foretatt relativt få større undersøkelser av vanskeligstilte grupper, og svært få som har hatt forekomsten av psykiske lidelser som hovedtema. Det medfører at vi vanskelig kan trekke solide konklusjoner verken om psykiatrisk sykkelighet eller behandlingsbehov i disse gruppene. Dessuten er det viktig å være klar over at de sosiale indikatorene som kjennetegner det vi kaller «risiko»- eller vanskeligstilte grupper, representerer et *utvalg* av de viktigste karakteristika. Somatisk sykkelighet er en faktor vi ikke har inkludert i vår analyse, selv om vi vet at dette er en viktig innfallsport også til identifikasjon av psykiatriske pasienter. Heggstad (1994) har for eksempel vist at 48 prosent av innlagte ved somatiske avdelinger har en psykiatrisk hoveddiagnose.

C. Undersøkelser av utvalgte geografiske områder

✓ **Dalgard, O. S. & Tambs, K. (1997).** Urban environment and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 171, 530–536.

Materiale og metode: 10 års oppfølging av 502 personer fra ulike bydeler i Oslo. Spørreskjema.

Sykkelighetsmål: «Psykiatrisk case» definert som i Leighton et al. sine undersøkelser, ved hjelp av en forkortet utgave (=45 spørsmål) av deres spørreskjema (dekker i hovedsak angst, depresjon og somatisering).

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, sivilstand, utdanning, botid i området, mental helse på T₁

Hovedfunn: Mental helse på T₁ er den beste prediktor for psykiske plager på T₂, men bedret bomiljø henger også sammen med bedre psykisk helse for de som er bofaste i området. Øvrige bakgrunnsfaktorer er av liten betydning.

✓ **Dalgard, O. S. (1998).** Helseprofil for Sør-Varanger kommune med fokus på psykososiale forhold og psykisk helse. Rapport. Oslo: Statens institutt for folkehelse / Universitetet i Oslo, 1998.

Materiale og metode: Representativt utvalg av den voksne befolkningen i Sør-Varanger kommune.

Sykkelighetsmål: HSCL-23

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, sivilstand, utdanning, inntekt, etnisk bakgrunn.

Hovedfunn: 16,3 prosent blant kvinner og 11,4 prosent blant menn skårer over 1,75 på HSCL. Størst hyppighet av psykiske problemer blant enker/enkemenn, skilte/separerte, personer med lav inntekt, personer uten arbeid (dårligst ut kommer uførepensjonerte og arbeidsledige). Kontrollert for de andre variablene, er det kjønn, sivilstand, lav inntekt, usikkert arbeid, sosial støtte, relasjonsproblemer som har signifikant effekt på psykisk helse.

✓ **Olstad, R., Søgaard, A. J. & Sexton, H. (1998).** Mental helse i Kyst-Finnmark 1987–93. Tidsskrift for Den norske lægeförening, 118(9):1350–5.

Materiale og metode: Utvalg fra den generelle befolkningen i fem Finnmarkskommuner. Del av befolkningsbaserte helseundersøkelser i 1987, 1990 og 1993. Spørreskjema.

Sykelighetsmål: General Health Questionnaire (GHQ).

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, sivilstand, utdanning, yrke, somatisk helse, helseatferd, helsetjenestebruk, sosialt nettverk.

Hovedfunn: Bedret mental helse over tid. Utdanningslengde og sosialt nettverk har ikke sammenheng med mental helse over tid. Sykelighetsmålet som brukes gir en indikasjon på mentale plager, mer enn på psykiatrisk sykелighet. Mulige seleksjonsproblemer ved at bare de som har svart på nøkkelspørsmålene på alle tidspunkt er med i de longitudinelle analysene.

✓ **Sørensen, T. (1979).** Pendling, lokalmiljø og mental helse. En psykiatrisk befolkningsundersøkelse. Universitetet i Oslo: Psykiatrisk institutt.

Materiale og metode: Tre kretser i et område med nærhet til Oslo ble valgt ut. Fra disse ble annenhver person over 20 år valgt ut, nettoutvalg: 791 personer. Intervju og registerdata.

Sykelighetsmål: «Cases» defineres på bakgrunn av Leightons spørreskjema (norsk oversettelse ved Dalgard).

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, sivilstand, yrke, utdanning.

Hovedfunn: Høyere psykiatrisk sykелighet i områder med mange pendlere, også kontrollert for andre sosiale variabler.

✓ **Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M. & Locke, B. Z. (1993).** One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area. Acta Psychiatrica Scandinavia, 88(1): 35–47.

Materiale og metode: Undersøkelse av voksne personer i fem områder i USA. Intervju.

Sykkelighetsmål: National Institute of Mental Health (NIMH) Diagnostic Interview Schedule

Bakgrunnsfaktorer: Alder, kjønn, sosioøkonomisk status, sivilstand, etnisitet.

Hovedfunn: Sivilstand var en av de sterkeste prediktorer for psykisk sykkelighet: skilte og separerte hadde dobbelt så høy risiko for å utvikle sykkelighet som friske etter kontroll for alder, kjønn, etnisitet og sosioøkonomisk status. Odds for de laveste sosioøkonomiske gruppene for å utvikle sykdom var 2,5 ganger høyere enn for de høyere sosioøkonomiske gruppene. Etnisitet hadde liten betydning etter kontroll for de øvrige variablene for alle lidelser, bortsett fra kognitiv svekkelse (cognitive impairment).

Oppsummering

Hva kan vi si om utbredelsen av psykiatrisk sykkelighet og behandlingsbehov i ulike sektorer i Oslo fra undersøkelser av geografiske utvalg? Ettersom det er få (hittil publiserte) studier som har sett på situasjonen innad i Oslo, må vi utlede generelle tendenser fra undersøkelser som sammenlikner Oslo med for eksempel Finnmark, eller internasjonale studier av forholdet mellom by/land. Undersøkelser som har geografiske enheter som sitt utgangspunkt, dreier seg ofte om å sammenlikne den psykiatriske sykkeligheten i to områder med ulik urbaniseringsgrad. Grad av urbanisering er en hyppig brukt forklaringsfaktor på større sykkelighet i byer og større tettsteder enn i rurale strøk. En undersøkelse fra Nederland viste at innleggelsesratene for psykiatriske lidelser er høyere i urbane strøk enn i rurale strøk, og at også forekomsten av demografiske risikofaktorer øker med grad av urbanisering. Til sammen forklarte inntektsfordeling, urbaniseringsgrad og sykkelighet 22 prosent av variasjonen i innleggelsesratene (Dekker, Peen, Gardien, de Jonghe og Wijdenes, 1997). Det er imidlertid viktig å være klar over at en sammenheng mellom psykiatrisk sykkelighet og urbaniseringsgrad er avhengig av hvilken lidelse det er snakk om. Dessuten antyder flere av undersøkelsene vi har sett på her at det er manglende sosial organisering og integrasjon heller enn urbaniseringsgrad som har betydning for den psykiatriske sykkeligheten (jf. også NOU, 1996).

D. Generelle befolkningsundersøkelser

✓ Barstad, A. (1997). Fortrolighet forebygger? Samfunnsspeilet, 2, 22–31.

Materiale og metode: Helseundersøkelsen 1995.

Sykkelighetsmål: HSCL-25 (grenseverdi: >1,75).

Bakgrunnsfaktorer: Husholdstype, kjønn, sivilstand, alder, utdanning, sosial integrasjon, inntekt, etnisitet, fysisk helse.

Hovedfunn: 4,3 prosent av menn og 7,3 prosent av kvinner i alderen 16–79 år har psykiske lidelser. ¼ av sosialhjelpsmottakere har psykiske problemer, risikoen øker også med lav

yrkesmessig status og lav utdanning. 15 prosent blant ikke-vestlige innvandrere har dårlig psykisk helse, det samme (15 prosent) gjelder for dem med dårlig fysisk helse.

✓ Sandanger, I., Nygård, J.F., Ingebrigtsen, G., Sørensen, T. & Dalgard, O.S. (in press). Prevalence, incidence and age of onset of psychiatric disorders in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Materiale og metode: Prosjekt Kommunediagnostics: Tilfeldig utvalg fra Lofoten og bydel Søndre Nordstrand i Oslo. Fase I: Spørreskjema. Fase II: intervju.

Sykkelighetsmål: HSCL-25 (Fase I) og CIDI (Fase II). Grenseverdi: HSCL-25 >1.75

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder

Hovedfunn: Ingen forskjeller i sykkelighet mellom by og land. 15 prosent skårer høyere enn 1.75 på HSCL-25. Ingen økning i forekomst fra 1985 til 1990. Flest kvinnelige caser, og for begge kjønn høyest antall i de eldste aldersgruppene, målt ved HSCL-25. Høyest diagnose-insidens i aldersgruppen 20–39 år. Depresjon: høyest insidens blant kvinner, men lengre varighet blant menn.

✓ Bijl, R.V., Ravelli, A., van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(12): 587–95.

Materiale og metode: Prospektiv undersøkelse av den voksne befolkning (18–64 år) i Nederland. Personlig intervju (CIDI).

Sykkelighetsmål: DSM-III-R

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, utdanning, inntekt, urbaniseringsgrad, husholdssammensetning, yrkesstatus.

Hovedfunn: 41,2 prosent av befolkningen hadde i løpet av livet hatt en DSM-III-R-lidelse, av disse var det 23,3 prosent som hadde hatt det i løpet av foregående år. Ingen kjønnsforskjeller i sykkelighet. Depresjon, angst, alkoholmisbruk og -avhengighet mest vanlig, og høy grad av komorbiditet mellom disse. Sterk sammenheng mellom psykiatrisk sykkelighet og det å være enslig, enslig forsørger, arbeidsløs, ufør, eller ha en traumatisk bakgrunn (foreldre med psykiske problemer, eller mishandling/vanskjøtsel i barndommen).

✓ Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1): 8–19.

Materiale og metode: Nasjonalt sannsynlighetsutvalg av personer 15–54 år i USA. Diagnostisk intervju (CIDI).

Sykkelighetsmål: DSM-III-R

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, sosioøkonomisk status.

Hovedfunn: 50 prosent hadde hatt psykiatrisk lidelse i løpet av livet (halvparten av disse var blant de 14 prosent i befolkningen som hadde hatt tre eller flere «comorbid disorders»), og 30 prosent hadde hatt det i løpet av siste 12 måneder. Vanligst: depresjon, alkoholavhengighet, sosial fobi og «simple phobia». Mindre enn 40 prosent av de med «lifetime disorder» hadde fått profesjonell hjelp, og 20 prosent av de med nylig syketilfelle hadde fått behandling siste 12 mnd. Færre sykdommer med stigende alder, og med høyere sosioøkonomisk status. Antyder høyere utbredelse enn tidligere antatt og et større udekket behandlingsbehov. Dessuten at behovet er mer konsentrert, nemlig til den sjettedelen av befolkningen som har en historie av tre eller flere komorbide tilfeller.

✓ **Kendler, K. S., Gallagher, T. J., Abelson, J. M. & Kessler, R.C. (1996).** Lifetime prevalence of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(11): 1022–31.

Materiale og metode: Nasjonalt sannsynlighetsutvalg, 15–54 år. Screening v.h.a. spørreskjema og deretter diagnostisk intervju.

Sykkelighetsmål: DSM-III-R. Ikke-afektive psykoser (schizofreni, schizofreniforme lidelser, og alle ikke-afektive psykoser).

Bakgrunnsfaktorer: Inntekt, yrkesaktivitet, sivilstand, bosted.

Hovedfunn: 28 prosent av befolkningen svarte positivt på ett eller flere av screeningspørsmålene – dette ga en livstidsprevalens av ikke-afektive psykoser på 1,3 prosent (streng definisjon) og 2,2 prosent (mer omfattende definisjon). Diagnose knyttet til det å bo i by, arbeidsledighet, sivilstand ugift, skilt eller separert, og lav inntekt. Viser at prevalens-estimer er svært avhengig av hva slags sykkelighetsmål som brukes, og hvordan informasjonen samles inn: diagnoser bestemt ut fra surveydata stemmer dårlig overens med kliniske diagnoser.

✓ **Katz, S.J., Kessler, R.C., Frank, R.G., Leaf, P. & Lin, E. (1997).** Mental health care use, morbidity, and socioeconomic status in the United States and Ontario. *Inquiry*, 34(1): 38–49.

Materiale og metode: US National Comorbidity Survey (1990) og 1990 Mental Health Supplement til Helseundersøkelsen i Ontario.

Sykkelighetsmål: Ikke mål på sykkelighet, men om man har oppsøkt helsetjenesten på grunn av psykiske problemer.

Bakgrunnsfaktorer: Inntekt, allmenntilstand.

Hovedfunn: 8,8 prosent av amerikanerne og 6,9 prosent av kanadierne har oppsøkt helsetjenesten p.g.a. psykiske problemer. Forskjeller landene imellom når det gjelder hvem som får generell medisinsk behandling: amerikanere med høy inntekt og ingen psykisk sykkelighet har større sjanse for å få generell medisinsk behandling enn kanadiere i samme posisjon. Amerikanere med lav inntekt og høy generell sykkelighet har mindre sjanse for å få psykiatrisk behandling enn kanadiere i samme posisjon. Viser hvordan tilgjengelighet av psykiatrisk helsetjeneste også varierer etter hvordan ens allmenntilstand er. Kombinasjonen lav inntekt og dårlig allmenntilstand reduserer tilgangen også til psykiatriske tjenester.

✓ **Lehtinen, V., Veijola, J., Lindholm, T., Moring, J., Puukka, P. & Vaisanen, E. (1996).** Incidence of mental disorders in the Finnish UKKI Study. *British Journal of Psychiatry*, 168(6): 672–8.

Materiale og metode: UKKI-studien, en finsk prospektiv epidemiologisk oppfølgingsundersøkelse. 1000 personer i alderen 15–64 år. Baseline: 1969/71, oppfølging etter 5 og 16 år. Psykiatrisk intervju, sammenkoblet med registerdata fra ulike kilder.

Sykkelighetsmål: Diagnoser basert på ICD-8 klassifikasjon.

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder

Hovedfunn: For alle psykiske lidelser var årlig insidens 15 per 1000 mellom baseline og første oppfølging, og mellom første og andre oppfølging. I løpet av hele 16-års perioden var årlig insidens 14 per 1000 for menn og 17 per 1000 for kvinner. For nevrososer var årlig insidens 10 per 1000 blant menn og 14 per 1000 blant kvinner. For psykoser er totaltallet årlig 2 per 1000. Konkluderer med at litteraturen er svært sprikende når det gjelder forekomsten av psykiske lidelser, men at tallene i denne undersøkelsen ligger nokså nær de som framkom i den svenske Lundby-studien (se oppsummerende kommentar under dette punktet).

✓ **Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, E., Lahtela, K., Raitasalo, R., Maatela, J. & Aromaa, A. (1990).** Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 81(5): 426–31.

Materiale og metode: Surveydata fra et representativt utvalg av den voksne finske befolkningen, 30 år og over.

Sykkelighetsmål: Selvrapportert og klinisk vurdert behandlingsbehov.

Bakgrunnsfaktorer: Alder, kjønn, bosted, behandlingstilbud.

Hovedfunn: 6,4 prosent blant menn og 8,2 prosent blant kvinner vurderte selv å ha behandlingsbehov. Klinisk vurdering anslår tallene til å være 14,5 prosent blant menn og 19,6 prosent blant kvinner. Størst behandlingsbehov blant middelaldrende. 60 prosent av de som hadde behov for behandling mottok ikke noen form for behandling. Når det gjelder de som fikk behandling, ble behandlingen i halvparten av tilfellene vurdert som utilstrekkelig.

✓ Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R. & Meltzer, H. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*, 352(9128):605–9.

Materiale og metode: Representativt utvalg bestående av 9570 voksne (16–65 år) i den britiske befolkningen.

Sykkelighetsmål: Standardisert intervju (Clinical Interview Schedule, CIS-R) ble benyttet for å kategorisere nevrotiske lidelser.

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, sosioøkonomisk status, levestandard (målt ved boforhold og tilgang til bil).

Hovedfunn: Økt forekomst av nevrotiske lidelser blant personer uten tilgang til bil, og blant personer som leier bolig. Forfatterne anslår at 10 prosent av de nevrotiske lidelsene i Storbritannia kan tilskrives den økte prevalensen blant dem som leier bolig og ikke har bil. Levestandard har altså en uavhengig effekt på forekomsten av nevrotiske lidelser.

✓ Muntaner, C., Eaton, W.W., Diala, C., Kessler, R.C. & Sorlie, P.D. (1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science and Medicine*, 47(12): 2043–53.

Materiale og metode: US National Comorbidity Survey (1990) og The Epidemiologic Catchment Area Follow-up (1993–1996).

Sykkelighetsmål: DSM-III-R.

Bakgrunnsfaktorer: Sosial klasse, finansielle og fysiske eiendeler («assets»), «organizational control» (kontroll over egen arbeidssituasjon).

Hovedfunn: Negativ sammenheng mellom finansielle/økonomiske og fysiske eiendeler og psykiatrisk sykkelighet. Også negativ sammenheng mellom kontroll over egen arbeidssituasjon og psykiatrisk sykkelighet.

✓ Shapiro, S., Skinner, E.A., Kramer, M., Steinwachs, D.M. & Regier, D.A. (1985). Measuring need for mental health services in a general population. *Medical Care*, 23(9): 1033–1043.

Materiale og metode: Data fra Eastern Baltimore Mental Health Survey (1981), voksne (18 år og over).

Sykelighetsmål: Psykiatrisk lidelse definert v.h.a. DIS (Diagnostic Interview Schedule).

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, utdanning, husholdsstørrelse, fattigdomsindikatorer.

Hovedfunn: Behandlingsbehov defineres som bruk av psykiatrisk helsetjeneste i løpet av de siste 6 måneder, eller to eller flere manifestasjoner av psykiske problemer. 14 prosent tilfredsstilte kriteriene for behandlingsbehov. Andelen med behov og utilfredsstilte behov er svært lik i aldersgruppene opp til 65 år. Gruppen med behov bestod først og fremst av kvinner og aleneboende. Utilfredsstilt behov var størst blant eldre og fargede. Ingen sammenheng mellom utdanningsnivå og hjelpebehov generelt, men en sammenheng mellom utdanning og utilfredsstilt behov. Konkluderer med at det er et betydelig gap mellom de som har behov for behandling og de som faktisk får behandling.

✓ Wittchen, H.U., Essau, C.A., von Zerssen, D., Krieg, J.C., Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241(4): 247–58.

Materiale og metode: Utvalg av den voksne befolkningen i tidl. Vest-Tyskland.

Sykelighetsmål: DIS-DSM-III

Bakgrunnsfaktorer: Kjønn, alder, sivilstand

Hovedfunn: Livstidsprevalens av ulike sykdommer: angst (13,9 prosent), rusbruk (13,5 prosent), affektive lidelser (12,9 prosent). Overvekt av kvinner blant de med affektive lidelser, angst og somatisering. Overvekt av menn blant de med rusmisbruk. Skilt/separert og enke/enkemann knyttet til forekomst av alvorlig depresjon. Høy grad av komorbiditet (69 prosent av personer med en lidelse hadde minst to diagnoser).

Oppsummering

Vi beskrev innledningsvis (jf. pkt. 1.3) det ideelle design for vår problemstilling som en generell befolkningsundersøkelse av behov for psykiatrisk behandling. De generelle befolkningsundersøkelsene som er gjennomgått ovenfor, har valgt ulike tilnæringer til kartlegging av sykelighet og utleder derfra et estimat av behandlingsbehov. I Norge er det særlig miljøet rundt Senter for sosialt nettverk og helse (SSNH) som har gjort epidemiologiske kartlegginger av utbredelsen av psykiske lidelser i generelle befolkningsutvalg. SSNH bruker nesten utelukkende Hopkins Symptom Checklist til å kartlegge sykdomsforekomst, og karakteriserer en skåre på over 1.75 som tilstedeværelse av psykisk lidelse. Vi vet at denne tilnæringsmåten fører til flere definerte syketilfeller enn hva som framkommer for eksempel gjennom diagnostiske intervju. Generelt antas det at bare cirka 40 prosent av dem som skårer over den anvendte grenseverdien (>1.75) på HSCL har et behandlingsbehov, så det er mis-

visende for kartlegging av *behandlingsbehov* å se på hele den gruppen som ved hjelp av dette instrumentet karakteriseres som «personer med psykiske lidelser». Dette illustrerer det anvendte sykkelighetsmålets betydning for prevalens-estimerer.

Uansett sykkelighetsmål, gir de generelle befolkningsundersøkelsene viktig informasjon om indirekte behovsindikatorer, og både norske og internasjonale studier ser ut til å enes om at følgende grupper har forhøyet risiko for psykiatrisk sykkelighet: sosialhjelpsmottakere, uførepensjonister, enslige, arbeidsløse, personer som er dårlig integrert i lokalsamfunnet, personer med dårlig fysisk helse.

I tillegg til de undersøkelsene som er beskrevet ovenfor, er det også gjennomført longitudinelle studier for å følge endringer i forekomsten av psykiske lidelser i en befolkning. Et eksempel er den svenske Lundby-undersøkelsen, som har fulgt et utvalg av normalbefolkningen med gjentatte undersøkelser over et tidsrom på 25 år. Utvalget ble intervjuet av erfarne psykiatere og informasjonen de ga koblet sammen med andre relevante data. Hagnell, Ojesjo, Otterbeck og Rorsman (1994) oppsummerer viktige funn når det gjelder punktprevalensen av psykiske lidelser på to tidspunkt (med 15 års mellomrom) og finner blant annet en påfallende økning i nevrotiske lidelser, særlig depresjon. Også i Finland er det gjennomført longitudinelle undersøkelser for å følge utviklingen og prevalensen av psykiske lidelser. En av disse (den såkalte UKKI-studien) strakk seg over 16 år og viste en punktprevalens av alle psykiske lidelser på 30 prosent på alle de tre innsamlingstidspunktene. Bak denne stabiliteten skjuler det seg endringer i enkelt diagnoser og sykdomsgrupper, som for eksempel en økning i psykoseprevalensen fra 1,1 prosent til 3,5 prosent på de seksten årene undersøkelsen dekket (Lehtinen, Lindholm, Veijola, Vaisanen og Puukka, 1991).

Kort oppsummert kan vi si at litteraturgjennomgangen av fire typer undersøkelser har gitt følgende informasjon:

- A. Pasientpopulasjoner: Flertallet av pasientene er enslige, mange har somatiske lidelser i tillegg til sine psykiske plager. Eldre pasienter er en gruppe som ofte faller utenfor psykiatriens behandlingstilbud. Ettersom det er velkjent at det fins behovsgrupper som ikke får tilbud om psykiatrisk behandling, vil ikke informasjon om pasientpopulasjonen være et egnet planleggingsverktøy for dimensjonering av det framtidige behandlingstilbudet.
- B. Vanskeligstilte grupper: Grad av sosial integrasjon i lokalsamfunnet er en viktig prediktor for psykisk helse. Andre risikofaktorer er knyttet til hverandre på komplekse måter, og de vi har sett på, representerer bare et utvalg.
- C. Geografiske områder: Søkelyset settes på betydningen av lokalsamfunnets struktur. Ikke nødvendigvis skillet mellom by/land som det viktigste, men heller grad av sosial organisering og integrasjon som har betydning for psykisk helse. Få undersøkelser som har sett på situasjonen innad i Oslo.
- D. Generelle befolkningsundersøkelser: Både norske og internasjonale undersøkelser er enige om at sosialhjelpsmottakere, personer med lav sosioøkonomisk status, uføre, enslige, og arbeidsløse har forhøyet sannsynlighet for psykiske lidelser. Punktprevalensen varierer mellom land og diagnoser, men ligger i Norden på mellom 13 prosent og 17 prosent (for psykiske lidelser generelt).

Vedlegg 2⁶

3.3 Samtaleintervjuer med nøkkelinformanter

Litteraturgjennomgangen foran viste at det finnes lite kunnskap om Oslobefolkningens psykiatriske sykелighet, fordi det ikke finnes studier som eksplisitt har hatt kartlegging av forekomst og fordeling av psykiatrisk sykелighet i den generelle befolkningen som tema. Vi vet en del om de psykiatriske pasientene, men mindre om normalbefolkningens psykiske plager. Vi har også avdekket manglende kunnskap om utsatte gruppers psykiske lidelser, deres livssituasjon og behandlingsbehov, ofte fordi dette er grupper som behandlingssystemet ikke har behandlingstilbud til, eller som de prioriterer bort, som selv motsetter seg hjelp og behandling, eller som vi vet lite om fordi de aldri oppsøker behandlingstjenestene eller aldri får behandling fordi det aldri blir plass til dem.

Formålet med å gjennomføre samtaleintervjuer med praktikere og andre fagfolk i Oslo-psykiatrien, har vært å supplere denne oversikten og denne manglende viten i den vitenskapelig baserte forskningslitteraturen med erfaringsbasert kunnskap.⁷ Det vil si kunnskap som konsekvens av kliniske erfaringer med hva som er gode prediktorer for psykiatrisk sykелighet og for behandlingsbehov. Og ikke minst ville disse samtaleintervjuene gi oss informasjon om de (eventuelle) undersøkelser og studier som måtte være gjennomført i Oslo, men som av ulike grunner var blitt liggende i skuffer, men som ikke desto mindre inneholder sentral og viktig kunnskap for det psykiatriske fagfeltet. I den grad vi fant slike, og disse ble gjort tilgjengelige for oss, har vi integrert dem i litteraturgjennomgangen foran. Der resultatene ikke er offentlige/publiserte, har vi i noen tilfeller fått delresultater presentert muntlig, og gjengitt i dem i gjennomgangen under.

I tillegg har vi gjennom disse samtaleintervjuene villet fange opp klinikernes erfaringer med og kunnskap om hvilke grupper som eventuelt faller utenfor det etablerte behandlingssystemet og som dermed er underrepresentert i de kartlegginger av pasientpopulasjoner som er presentert i 3.2. Vi ønsket på denne måten å få innsikt i Osloklinikerens erfaringer med hva som påvirker behandlingsbehovene, og hva som påvirker den psykiatriske sykелigheten i Oslo, og derigjennom få testet ut noe av den internasjonale litteraturens funn med hensyn til sammenhenger mellom sykелighet, behandlingsbehov og etterspørsel etter tjenester. Som for eksempel praktikernes vurderinger av hvilke kjennetegn ved behandlingssystemets

⁶ Dette er et utdrag fra kapittel 3 i Fafp-notatet «Behovskartlegging i Oslo-psykiatrien» (Øverås, Friestad og Dahl 1999).

⁷ Samtaleintervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide, men hvert enkelt intervju ble like mye preget av den enkelte fagpersonens spesifikke erfaring og kompetanseområde. Samtaleintervjuene retter søkelys blant annet mot forhold i og ved Oslopsykiatrien, og målet har vært å gjengi informantens utsigelser som kunnskap om relasjonelle og prosessuelle egenskaper og kjennetegn ved henholdsvis behandlingstilbud og pasientgrupper, slik vi har fortolket deres utsagn.

organisering, virkemåte og prioriteringer som eventuelt selekterer pasientgrupper på ikke-intenderte og uhensiktsmessige måter.

Informasjonen som kom fram gjennom intervjuene, blir under presentert henholdsvis som

- kunnskap om gode prediktorer for psykiatrisk sykkelighet og behandlingsbehov,
- kunnskap om hva som i praksis predikerer forbruk av tjenester, og
- klinikernes erfaringer med hva og hvem som faller utenfor behandlingssystemet slik det fungerer i Oslo per dags dato.

Særskilte kostnadsforhold i Oslo- og Finnmarkspsykiatrien

Dette notatet er et resultat av et delprosjekt om psykiatri i inntektssystemet for fylkeskommunene, som kom i stand på initiativ fra Kommunal- og regionaldepartementet. Prosjektet er et samarbeid mellom Fafo og SINTEF/Unimed/NIS, og hovedformålet har i henhold til oppdraget totalt sett vært å utvikle (generelle) kriterier som kan forklare variasjoner i ressursinnsatsen mellom fylkeskommunene, slik at eventuelle kostnadsulemper eller fordeler ved å gi et likeverdig psykiatrisk tjenestetilbud fanges opp. Hensikten med Fafos del av prosjektet (som presenteres i dette notatet), er å komme nærmere en forståelse av særtrekk ved situasjonen i Oslo og Finnmark som eventuelt sannsynliggjør større sykelighet og større behandlingsbehov, og som dermed påkaller behov for ekstra ressurser til psykiatrien i de to fylkene. Resultatene fra SINTEF/Unimed/NIS sin del av prosjektet er publisert i eget notat.

