

Siv Øverås
Christine Friestad
Espen Dahl

Behovskartlegging i Oslopsykiatrien

**Kunnskapsstatus og utfordringer
for videre forskning**

Siv Øverås
Christine Friestad
Espen Dahl

Behovskartlegging i Oslopsykiatrien
Kunnskapsstatus og utfordringer
for videre forskning

© Forskningsstiftelsen Fafo 1999
ISSN 0804-5135

Innhold

Sammendrag	6
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Formål og problemstilling	9
1.3 Materiale og metode	10
1.4 Notatets organisering	13
2 Sykelighet, behandlingsbehov og tjenesteforbruk	14
2.1 Innledning	14
2.2 Behovsbegrepet	14
2.3 Behov, levekår og likhet	16
2.4 Mål-, behovs- og brukergrupper	17
2.5 Forskning, planlegging og klinikk	19
2.6 Fra psykiatrisk sykelighet til forbruk og kostnader	20
2.7 Oppsummering	24
3 Kartlegging av kunnskapsstatus	26
3.1 Innledning	26
3.2 Litteraturgjennomgang	27
3.3 Samtaleintervjuer med nøkkelinformanter	44
3.4 Behovsindikatorer fordelt på sektornivå i Oslo	49
3.5 Oppsummering	53
4 utfordringer til videre forskning	56
4.1 Innledning	56
4.2 Sosiale forskjeller i forbruk av psykiatriske helsetjenester – ulike forklaringer ..	56
4.3 Kombinasjoner av risikofaktorer	58
4.4 Hvordan foregår behandlingsapparatets prioriteringer?	59
4.5 Oppsummerende kommentarer	60
Litteratur og referanser	62

Forord

Dette notatet er resultatet av et forprosjekt om behov for psykiatriske helsetjenester i Oslo, som kom i stand på initiativ fra Aker sykehus. Målsettingen er å gi en oversikt over kunnskap om forekomst av psykiatrisk sykkelighet og behandlingsbehov i Oslo. Prosjektet har hatt en økonomisk ramme på 2,5 månedersverk. Arbeidet har i hovedsak bestått av innsamling, bearbeiding og kommentering av allerede foreliggende data, samt innhenting av nye data i form av en liten intervjuundersøkelse blant fagfolk i Oslopsykiatrien.

Vi har fått mange nyttige og konstruktive innspill fra referansegruppen som ble oppnevnt for prosjektet. Referansegruppen har bestått av: Odd Bakken, Aker sykehus, Ragnhild Husby, Diakonhjemmets sykehus, Lars Åge Møgster, Aker sykehus, Stig Grydeland, Lovisenberg sykehus, Lars Lindroth, Lovisenberg sykehus, Morten Herlofsen, Aker sykehus, Petter Ekern, Diakonhjemmets sykehus, Eva Næss, Ullevål sykehus og Lennart Jensen, Byrådsavdelingen for helse og sykehus. Vi har også høstet frukter av diskusjoner med 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.

Siv Øverås har vært prosjektleder og skrevet kapittel 1. Kapittel 2 har hun skrevet sammen med Espen Dahl, og kapittel 3 sammen med Christine Friestad. Christine Friestad har også skrevet kapittel 4.

Oslo, november 1999

Siv Øverås
Christine Friestad
Espen Dahl

Sammendrag

Formålet med prosjektet er en kartlegging av de data, dokumenter og annen informasjon om psykiatriske lidelser og behandlingsbehov som (eventuelt) foreligger for Oslo. Av særlig interesse er fordelingen av psykiatrisk sykелighet og behov mellom de fire sykehussektorene i Oslo, Aker, Ullevål, Lovisenberg og Diakonhjemmet. Prosjektet skal inneholde en vurdering av disse dataenes relevans og anvendbarhet i en samlende analyse av forskjeller i sykелighet og behovsnivå i de enkelte sykehussektorer i Oslo. Basert på en kritisk gjennomgang av foreliggende materiale, har dette forprosjektet munnet ut i forslag til nye forskningsprosjekter.

Det viktigste for vårt formål har vært å tilveiebringe undersøkelser som belyser psykiatrisk sykелighet og behandlingsbehov i Oslo. Kartleggingen omfatter fordelingen av direkte behovsindikatorer som psykiatrisk sykелighet, men også indirekte behovsindikatorer som sosiodemografiske og sosioøkonomiske forhold. Ut fra sosialpsykiatrisk kunnskap vil fordelingen av slike indirekte indikatorer fortelle noe om hvordan psykiske lidelser fordeler seg i ulike grupper i befolkningen, og mellom bydeler og regioner (Barstad 1997, Dalgard m.fl. (red) 1995, Dalgard og Døhlie 1995, Dalgard 1996, Dahl 1994, Huserbråten 1996, Øverås 1999). Om befolkningssammensetningen (sosiodemografiske parametre) i de enkelte sektorer varierer, kan det tilsa ulik sykелighet og dermed behovsnivå. En viktig oppgave har vært å identifisere undersøkelser som har fokusert på sykелighet og behov i spesielt utsatte grupper, og grupper med kombinasjoner av «uheldige» egenskaper. Med til en slik kartlegging hører også en kritisk vurdering av hvor robuste og konsistente påviste sammenhenger mellom utvalgte sosiale forhold og psykiatrisk sykелighet er.

Litteratursøket er ment å bringe på bordet den informasjon som er tilgjengelig gjennom faglig relevante og anerkjente kilder for informasjonsutveksling. I tillegg til dette er det gjennomført et sett med intervjuer av nøkkelinformanter for å nå fram til den kunnskapen om psykiatrisk behandlingsbehov i Oslo som ikke (ennå) er publisert og tilgjengelig for offentligheten. Dette kan for eksempel være undersøkelser og kartlegginger gjennomført i en bestemt bydel, på enkeltsykehus eller i enkeltavdelinger, som gir viktig informasjon om sykелighet og/eller behandlingsbehov, men som ikke er tilrettelagt for vitenskapelig publisering.

I kapittel 2 drøfter vi behovsbegrepet og relaterer det til sykелighet på den ene side og forbruk av helsetjenester på den annen. Vi identifiserer noen av de prosesser som transformerer sykелighet til forbruk og trekker fram en del av de faktorer som virker inn på disse prosessene. Vi trekker grenser mellom hva som er politikernes oppgaver, hva som er forskernes og hva som er tjenesteytneres.

Vi har gjort gjeldende det synspunkt at behandlingsbehov langt på vei er en sosial konstruksjon, og at definisjonen av behov dermed ikke kan løsrives fra en samfunnsmessig og kulturell kontekst. At behov er sosialt konstruert, betyr ikke nødvendigvis at hver og en av oss går rundt med hver vår unike personlige oppfatning. Det kan være konsensus om en sosial konstruksjon. I Norge er det antakelig stor enighet om at sykdommens alvorlighetsgrad

spiller, og bør spille, en avgjørende rolle for behovsvurderinger. Det vil si at pasienter med høy dødsrisiko, med høy risiko for nedsatt funksjonstilstand både fysisk og psykisk, og med invalidiserende smerter skal tilgodeses først. I tillegg kommer (kanskje) at en behandling skal føre til en tydelig bedring i overlevelse, forbedret funksjonsnivå, eller smertereduksjon som fører til høynet funksjonsnivå.

Vi har også resonnert omkring hvordan psykiatrisk sykелighet omdannes til behov og deretter til forbruk av tjenester; og drøftet hvilke faktorer som influerer på disse prosessene. Delvis har vi støttet opp om resonnementene med empiriske funn – i første rekke fra andre land. Et hovedpoeng er at forbruket ikke *samsvarer* fullt og helt med behov: Det finnes forholdsvis mange pasienter med behov som ikke behandles. Likevel *samvarierer* forbruket med sykелigheten, det vil si behov, og i tillegg også med sosiodemografiske og sosioøkonomiske forhold som alder, bosted, sosioøkonomisk status, og ekteskapeleg status. Det forekommer forskjellsbehandling som er i de bedrestiltes favør. Høyst sannsynlig bidrar det til å forsterke ulikheten i resultat, det vil si den sosiale ulikheten i psykiatrisk helse.

Utgangspunktet for gjennomgangen i kapittel 3 har vært et ønske om oversikt over Oslobefolkningens psykiatriske sykелighet og behov for psykiatriske behandlingstjenester. Gjennom litteratursøk og intervjuer med nøkkelinformanter er hovedinntrykket 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.

På bakgrunn av etablert sosialpsykiatrisk kunnskap om sosiodemografisk og sosioøkonomisk fordeling av psykiatriske lidelser, har vi plukket ut følgende behovsindikatorer (alle i prosentandel av sykehussektorens befolkning): enslige forsørgere, uførepensjonister, langtidssykemeldte, sosialhjelpstilfeller, arbeidsledige, skilte/separerte, lav utdanning, ikke-vestlige innvandrere, og tilflytting og fraflytting. Opplysninger om den sektorvise fordelingen av befolkningsgrupper etter sosiodemografiske og sosioøkonomiske kjennetegn gir en grov pekepinn på variasjoner i behandlingsbehov mellom sykehussektorene. I en matrise har vi presentert fordelingen av disse indikatorer på sektornivå, som andel av sektorens innbyggere. Vi har deretter rangert sektorene etter hvor store deres andeler på hver indikator er i forhold til de andre sektorene. Sektoren med høyest andel på en indikator har fått verdien 1, og den med lavest andel verdien 4. Dette er en måte å skille sektorene fra hverandre på og gi dem en rangorden for hver indikator. Det er flere svakheter ved denne framgangsmåten, blant annet at hver indikator veier like mye. Når vi oppgir hver sektors totaltall som summen av dens plassiffer, er det altså viktig å være klar over at dette *kun* gir en grovinndeling, men vi mener likevel at det gir en oppsummering av situasjonen sektorene imellom. Inndelingen viser at Lovisenberg sektor har høyest behov, mens Diakonhjemmet sektor har lavest behov for psykiatriske helsetjenester.

Vi understreker at denne rangeringen kun er ment som en illustrasjon på en framgangsmåte, og ikke et forslag til nytt indikatorsystem for fordeling av midler til psykiatrien

i Oslo. Imidlertid kan denne framgangsmåten tjene som et utgangspunkt for en diskusjon og en problematisering av hvordan et indikatorsystem for psykiatrien kan utformes.

I dette kapitlet har vi trukket ut tre temaområder (sosiale ulikheter, kombinasjon av risikofaktorer og prioriteringsmekanismer) som vi mener har pekt seg ut som viktige, men mangelfullt belyste i den forskningen vi har gjennomgått. De tre områdene er nært beslektet (slik særlig intervjuene framhevet), og påvirker hverandre gjensidig. Vi har skissert to prosjektforslag som vi mener er egnet til å belyse de manglene vi har påpekt. Det ene prosjektforslaget dreier seg om en kartlegging av behov for psykiatrisk behandling i et generelt befolkningsutvalg. Det andre prosjektforslaget fokuserer på behandlingsapparatets prioriteringsmekanismer og konsekvenser av disse for sammensetningen av pasientpopulasjonen.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I forbindelse med godkjenning av Helseplan for Oslo 1993 – 1996, er Oslo kommune pålagt å utdype planen når det gjelder vurderingen av behov for psykiatriske helsetjenester, og dimensjoneringen av de ulike tilbudene som inngår i planen. Byrådet har avgitt egen sak om Helseplan for Oslo 1997 – 2000 (byrådssak 230/97), hvor det er innarbeidet en slik plan for behovstilpasning av de psykiatriske helsetjenestene for voksne.

Bystyret la i 1998 fram en egen tiltaksplan for behovstilpasning av det psykiatriske behandlingstilbudet. I sammendraget fra bystyrets behandling av denne saken, ble det framhevet at store deler av psykiatriplanen er realisert på en tilfredsstillende måte, og at de delene som ikke er det, hovedsakelig er knyttet til flytting av funksjoner fra Dikemark til Oslo, samt erstatning av utenbys psykiatriske sykehjemstilbud med alternative tilbud i Oslo (Byrådssak 82/1998). Målet om behovstilpasning av det psykiatriske behandlingstilbudet i betydningen total kapasitet og en hensiktsmessig dimensjonering av de ulike delene av behandlingsskjeden, er ifølge denne oppsummeringen ikke nådd. I henhold til byrådets innstilling vedtok bystyret at det enkelte sektorsykehus har ansvaret for å bidra med nødvendig kartlegging av befolkningens behov for psykiatriske tjenester og foreta fortløpende vurderinger av behovet for endringer i tjenestetilbudet.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med prosjektet er en kartlegging av de data, dokumenter og annen informasjon om psykiatriske lidelser og behandlingsbehov som (eventuelt) foreligger for Oslo. Av særlig interesse er fordelingen av psykiatrisk sykелighet og behov mellom de fire sykehussektorene i Oslo, Aker, Ullevål, Lovisenberg og Diakonhjemmet. Prosjektet skal inneholde en vurdering av disse dataenes relevans og anvendbarhet i en samlende analyse av forskjeller i sykелighet og behovsnivå i de enkelte sykehussektorer i Oslo. Basert på en kritisk gjennomgang av foreliggende materiale, skal forprosjektet munne ut i et forslag til et design for et hovedprosjekt.

Kartleggingen omfatter fordelingen av direkte behovsindikatorer som psykiatrisk sykелighet, men også indirekte behovsindikatorer som sosiodemografiske og sosioøkonomiske forhold. Ut fra sosialpsykiatrisk kunnskap vil fordelingen av slike indirekte indikatorer fortelle noe om hvordan psykiske lidelser fordeler seg i ulike grupper i befolkningen, og mellom

bydeler og regioner (Barstad 1997, Dalgard m.fl. (red) 1995, Dalgard og Døhlie 1995, Dalgard 1996, Dahl 1994, Huserbråten 1996, Øverås 1999), og om befolkningssammensetningen (sosiodemografiske parametre) i de enkelte sektorer tilsier ulik sykелighet og dermed behovsnivå. En viktig oppgave har vært å identifisere undersøkelser som har fokusert på sykелighet og behov i spesielt utsatte grupper, og grupper med kombinasjoner av «uheldige» egenskaper. Med til en slik kartlegging hører også en kritisk vurdering av hvor robuste og konsistente påviste sammenhenger mellom utvalgte sosiale forhold og psykiatrisk sykелighet er.

1.3 Materiale og metode

Vår interesse er å utforme en systematisk oversikt over eksisterende kunnskap om forekomst av psykiatrisk sykелighet i Oslo, for på den måten å kunne si noe om behandlingsbehov, og variasjon i behandlingsbehov sektorer imellom. Til dette er det nødvendig med noe ulike typer data, fordi vi er ute etter kvalitativt sett ulik informasjon om befolkningens sykелighet og behov for psykiatriske behandlingstilbud. Vi har valgt ut tre metoder for datainnsamling: i) litteratursøk og analyse av kartleggings- og utvalgsundersøkelser, ii) samtaleintervjuer med kvalifiserte fagpersoner med klinisk og annen praksisbasert kunnskap som kan utdype, korrigere og supplere den andre informasjonen, samt iii) innhenting av registerbaserte data om demografiske og økonomiske kjennetegn ved befolkningen, kjennetegn som empirisk samvarierer med psykiske lidelser/psykiatrisk behandlingsbehov.

Det viktigste for vårt formål har vært å tilveiebringe undersøkelser som belyser psykiatrisk sykелighet og behandlingsbehov i Oslo. Den ideelle undersøkelsen ville med dette utgangspunktet være en kartleggingsundersøkelse av et representativt utvalg av den generelle befolkning i Oslo, der behandlingsbehov identifiseres gjennom instrumenter som er utformet nettopp for dette. Ettersom det i utgangspunktet var klart at det ville finnes få, om noen, slike undersøkelser av den aktuelle situasjonen i Oslo, er litteratursøket utvidet til å gjelde norske og internasjonale publikasjoner som dokumenterer direkte og indirekte behovsindikatorer.

Litteraturgjennomgang

Hensikten med litteraturgjennomgangen er å gi en oversikt over publisert materiale på området sosiale indikatorer for psykiatrisk sykелighet/behandlingsbehov. Nedenfor beskrives prosedyrene som ble benyttet for å gi en mest mulig systematisk oversikt over kunnskapsstatus på feltet.

Vi har utført databasesøk i MEDLINE, ISI, BIBSYS, ESOP (inneholder dokumenter fra storting og regjering fra sesjonen 1971/72), og dessuten i følgende instansers arkiver: Den norske lægeförening (tema- og forfattersøk), Norsk sykepleierforbund (inkl. tidsskriftet Sykepleien), Norsk psykiatrisk forening, Rådet for psykisk helse, Statens helsetilsyn. Dette søket omfatter de respektive institusjoners publikasjoner, samt pågående prosjekter i deres regi.

Det er flere måter å presentere funnene fra litteratursøk på. Innen det medisinske fagmiljøet benyttes i stadig større grad såkalte systematiske oversikter som et redskap for å skaffe seg oversikt over kunnskapsstatus på et felt. I utarbeidelsen av systematiske oversikter gjør man følgende:

- leter systematisk etter all mulig forskning på et bestemt område,
- vurderer kritisk kvaliteten av den forskning man finner, og
- stiller sammen resultatene (i dette ligger ofte en statistisk samleanalyse eller metaanalyse dersom det lar seg gjøre). Slike systematiske oversikter representerer det mest pålitelige bilde man kan gi p.t. om status på det aktuelle problemområdet.

Litteraturgjennomgangen i denne rapporten tilfredsstiller ikke kravene til en systematisk oversikt slik de så langt har vært praktisert i «evidence-based medicine». Dette skyldes først og fremst at relevante kartlegginger innenfor psykiatrisk epidemiologi ikke er utført som kontrollerte, randomiserte forsøk, som systematiske oversikter tradisjonelt er basert på. De tre punktene over danner likevel en ramme rundt vår tilnærming.

Litteraturgjennomgangen er basert på undersøkelser blant voksne, 18 år og eldre. Vi har inkludert undersøkelser som benytter direkte behovsindikatorer (psykiatrisk sykелighet) eller indirekte sosiale/sosiodemografiske behovsindikatorer (sivilstand, utdanning, arbeid, inntekt, sosialhjelpsmottak, forsørgeransvar, etnisk bakgrunn). Vi har gruppert litteraturgjennomgangen i fire grupper ut fra hvilken undersøkelsespopulasjon som er belyst: pasientundersøkelser, undersøkelser av bestemte geografiske områder, undersøkelser av vanskeligstilte grupper, samt generelle befolkningsundersøkelser. Vi har sett det som viktig å inkludere flest mulig av de norske undersøkelsene, og dessuten presentere et representativt utvalg av europeiske og amerikanske studier på området. De internasjonale studiene er representanter for undersøkelsesrekker fra større longitudinelle, epidemiologiske prosjekter (som Netherland's Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), The National Comorbidity Survey (USA), The Epidemiological Catchment Area Program (USA)).

Litteraturgjennomgangen i dette prosjektet er ikke utformet for å gi et fullstendig innblikk i psykiatrisk epidemiologi. Litteratursøket er ment å bringe på bordet den informasjon som er tilgjengelig gjennom faglig relevante og anerkjente kilder for informasjonsutveksling. I tillegg til dette er det gjennomført et sett med intervjuer av nøkkelinformanter for å nå fram til den kunnskapen om psykiatrisk behandlingsbehov i Oslo som ikke (ennå) er publisert og tilgjengelig for offentligheten. Dette kan for eksempel være undersøkelser og kartlegginger gjennomført i en bestemt bydel, på enkeltsykehus eller i enkeltavdelinger, som gir viktig informasjon om sykелighet og/eller behandlingsbehov, men som ikke er tilrettelagt for vitenskapelig publisering.

Telefonintervjuer

På møte på Aker sykehus 19.04.99 kom det fram at det finnes en del sosialpsykiatriske undersøkelser gjort i Oslo, men at resultatene fra disse er lite kjent utover en engere krets av fagfolk, fordi de ennå ikke er gjort offentlig tilgjengelig. En oppgave for dette prosjektet har derfor vært å søke å hente fram disse undersøkelsene, og vurdere deres relevans for

problemstillingen i prosjektet. Fafo har derfor hatt samtaleintervjuer med fagpersoner i Oslopsykatrien, for på denne måten å avdekke det som måtte finnes av empirisk dokumentasjon og forskning på området, innhente opplysninger om innholdet i disse samt få klinikere og andre fagfolks vurderinger av ulike behandlingstilbud og behandlingsbehov slik de erfarer det.

Utvalget av nøkkelinformanter er gjort på bakgrunn av råd fra medlemmer i prosjektets referansegruppe samt eget faglig nettverk. Vi har snakket med forskere, klinikere, allmennpraktikere og sentralt plasserte fagfolk i ledende posisjoner ved behandlingsinstitusjoner og administrative organ i Oslo, totalt om lag 20 personer. Disse nøkkelinformantene har vi intervjuet på telefon, med utgangspunkt i et felles sett av spørsmål. Spørsmålene er formulert for å fungere som en sjekklister som skal supplere den resterende datainnhenting i prosjektet. Selv om utgangspunktet for telefonintervjuene var et sett av spørsmål, er de mer å regne som samtaleintervjuer enn som strukturerte intervjuer, og er i så måte rent metodisk å betrakte som kvalitative intervjuer. Ambisjonen er at resultatene og refleksjonen rundt funnene kan uttrykkes slik at fenomenene er gjenkjennbare i den generaliserte framstillingen. Meningene og definisjonene i de konkrete enkeltintervjuer forstås som produsert gjennom den kommunikasjonsprosessen informant og intervjuer var i.

Intervjuene retter søkelyset mot å fange relasjonelle og prosessuelle forhold ved Oslopsykatrien heller enn statiske bilder og prediksjoner, hvor formålet har vært å gjengi informantenes utsigelser som kunnskap om viktige relasjoner og situasjoner og de psykiatriske behandlingsinstitusjoner (Album 1996, Haavind 1994). De ulike nøkkelinformantene er hver for seg bærere av subjektiv og situert kunnskap, og nettopp derfor representerer dette viktige supplement som genuin kunnskap om hvilke grupper som filtreres bort gjennom behandlingssystemets ulike tilgjengelighetskriterier, om hvilke grupper som har behov behandlingsapparatet ikke er tilpasset, har kompetanse eller ressurser til, og hvilke psykiatriske lidelser som henvises til private løsninger. Dessuten var vi opptatt av å få klinikernes vurderinger av de sosiale indikatorers styrke og nytte som prediktorer for sykelighet og behandlingsbehov. Basert på samtaleintervjuene vil vi gi en kritisk vurdering av hvor robuste og konsistente de påviste sammenhenger mellom utvalgte sosiale forhold og psykiatrisk sykelighet antas å være.

Innhenting av nøkkeltall på sektornivå

Det ideelle utgangspunktet for en behovskartlegging for Oslopsykatrien ville være en oversikt over fordelingen av den psykiatriske sykeligheten i Oslos befolkning. Ettersom en sådan ikke finnes, har vi i dette prosjektet valgt å kartlegge den sosiodemografiske og sosioøkonomiske sammensetningen av befolkningen i Oslo, fordelt på sykehussektorer. Kartleggingen er forankret i sosialpsykiatrisk kunnskap om hvordan psykiske lidelser fordeler seg i ulike deler av befolkningen. Tall som viser sosiodemografisk sammensetning i et område, blir her brukt som grunnlag for å vurdere hvorvidt den psykiatriske sykeligheten i ett område med rimelighet kan forventes å være høyere eller lavere enn i et annet. Slike tall vurderes i dette prosjektet i utgangspunktet å være relevante mål på behov, selv om de er indirekte. Som proxy for sykelighet og behandlingsbehov er disse langt fra perfekte, men kanskje bedre enn ingen ting for planleggingsformål?

De sosiale kjennetegnene ved Oslos befolkning er innhentet fra flere kilder:

- Statistisk sentralbyrås publikasjon Hjulet (Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene), der nøkkeltall for Oslos befolkning er presentert på bydelsnivå. Følgende informasjon i dette notatet er hentet fra Hjulet: folketall, uførepensjonister, langtidssykemeldte, sosialhjelpstilfeller, arbeidsledige. Tallene er oppgitt per 31.12.98.
- Fra Statistisk årbok for Oslo 1998 har vi hentet informasjon om antall enslige forsørgere, ikke-vestlige innvandrere (definert som alle som ikke er fra Norden, Vest-Europa, USA/Canada, og Australia/New Zealand), lavt utdannede, aleneboende, og inn- og utflyttinger. Når det gjelder aleneboende, er disse tallene fra folke- og boligtellingsen i 1990, ellers er tallene oppdatert per 1.1.98. Tall på sektornivå er oppgitt i prosent (av antall innbyggere i sektoren)

1.4 Notatets organisering

Notatet er organisert i fire kapitler. Kapittel 2 ser nærmere på begrepene behov og sykелighet, og diskuterer forholdet mellom disse. I kapittel 3 presenterer vi resultatene fra henholdsvis litteraturgjennomgang, intervjuer, og sektorvis fordeling av risikogrupper. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av den innsamlede informasjonen. Vår vurdering av mangler ved foreliggende forskning på feltet (kapittel 4) danner utgangspunkt for kapittel 5, Forslag til oppfølgingsprosjekter, der vi avslutter med å skissere konkrete prosjekter som kan belyse noen av de manglene vi tidligere har påpekt.

2 Sykelighet, behandlingsbehov og tjenesteforbruk

2.1 Innledning

I dette kapitlet drøfter vi behovsbegrepet, og relaterer det til sykelighet på den ene side og forbruk av helsetjenester på den annen. Vi identifiserer noen av de prosesser som transformerer sykelighet til forbruk og trekker fram en del av de faktorer som virker inn på disse prosessene. Vi trekker grenser mellom hva som er politikernes oppgaver, hva som er forskernes og hva som er tjenesteytterne. I diskusjonen trekker vi veksler på tradisjonell velferdsteori, levekårsforskning, sosialepidemiologi og helsetjenesteforskning.

2.2 Behovsbegrepet

Begrepet «behov» spiller en dominerende rolle i politisk og faglig debatt om offentlige velferdstjenester generelt og helsetjenester spesielt. Behovsbegrepet benyttes i (minst) tre ulike betydninger: 1) som kjennetegn ved mennesker. Behov er «noe» vi har, og som kan tilfredsstilles ved å bli tilført noe som allment kalles for goder: Behov kan dermed beskrives som noe en person trenger eller mangler, 2) som begrunnelse bak politiske prioriteringer: gjennom de offentlige helsetjenester tilfører vi individer med behov de goder de trenger, og de som har størst behov får mest, og 3) som praktisk tildelingskriterium for knappe offentlige goder og tjenester: behovsprøving.

Antakelig, og som et minimum, vil det i den norske kulturkretsen være enighet om at behov og sykelighet er knyttet sammen på en eller annen måte. Helsetjenesten er til for de syke enten det gjelder å behandle sykdom, lindre smerte eller yte omsorg. Det kan være oppklarende å si noe om hva behov ikke er: Behov er ikke det samme som ønske, lyst eller preferanse. Behov er heller ikke ensbetydende med etterspørsel. Mennesker som etterspør en helsetjeneste, kan oppleve et behov, men vil ikke nødvendigvis ha det vurdert etter andre kriterier. Hvem som definerer behov kommer vi tilbake til. Motsatt kan det tenkes at manglende etterspørsel etter tjenester ikke indikerer at behov ikke finnes. Av ulike grunner vil behov ofte ikke artikuleres og manifesteres som etterspørsel. Også dette kommer vi tilbake til i vår drøfting av omdanningen av behov til bruk og kostnader.

En sentral verdi i offentlig helsepolitikk er således at helsetjenester skal fordeles etter behov. Praktisk talt alle kommunale og fylkeskommunale helsetjenester tildeles etter en eller

annen form for faglig-administrativ behovsprøving. Det er som tildeling av knappe goder at behovsbegrepet blir koplet sammen med oppfatninger av hva som er en rettferdig fordeling av et gode mellom samfunnsmedlemmene.

At pasientgrupper med alvorlige sykdommer skal gis førsteprioritet, betyr ikke at pasienter med mindre alvorlige tilstander skal prioriteres bort, men at de må vente; de kommer i annen rekke. Å prioritere mellom pasienter er en oppgave for profesjonelle helsearbeidere og bygger på klinisk kunnskap og skjønn. Det er ikke en forskningsoppgave. Det er derimot en forskningsoppgave å kartlegge, analysere og vurdere om alle potensielle pasienter er kjent og vurdert av hjelpeapparatet slik at en forsvarlig prioritering kan gjøres med grupper og individer. Se nedenfor om behovsgruppe og brukergruppe.

I Prioriteringsutvalget av 1987 heter det at likhet i helsetjenester innebærer at helsetjenestene bør tilbys «alle» slik at de kan bli så friske som de etter sine forutsetninger har mulighet for (NOU 1987:76). Dette likhetsprinsippet tar høyde for at folks individuelle helsepotensial er forskjellig, og at mange sykdommer er kroniske. Et likeverdig helsetjenestetilbud uansett hvor du bor og hvem du er, er et grunnleggende prinsipp i norsk helsetjeneste. Det betyr at et gjennomsnitt kan danne en norm for hva som er akseptabelt (selv om det kan argumenteres for at en slik tilnærming ikke rører ved rammene, og det er defensivt). Likevel er en slik gjennomsnittsløsning demokratisk, fordi den er et resultat av de rammer demokratisk valgte politikere har vedtatt.

Selv om det kan oppnås enighet om hva behov er, hvem skal definere behov i det enkelte tilfellet? I prinsippet er det mange muligheter: Pasienten selv, pasientens pårørende, klinikerens, helsebyråkraten, forskeren, politikeren, eller folk flest gjennom meningsmålinger. Som regel er det to aktører som framheves som spesielt meningsberettigede: pasienten og klinikerens. Argumenter for at klinikerens vurdering er den mest pålitelige er at hun besitter sakkunnskapen og kompetansen. Hun vet hva sykdom er og er trent i å stille diagnose og forordne behandling. Dette synet er kritisert for å være paternalistisk særlig når det gjelder psykiatrisk sykkelighet, der grensen mellom det sunne og det friske er flytende. Klinikerens oppfatning er ikke (bare) basert på objektiv saklig kunnskap, hevdes det, men like mye på idiosynkrasier, fordommer, «tidsånden», antipatier/sympatier, moteluner og skiftende ideologier. Argumenter for at pasientens egen oppfatning skal telle tungt, er kravet om (utvidet) demokrati og pasientrettigheter. Medinnflytelse, medbestemmelse, autonomi, selvstendighet og vektlegging av personlig ansvar er tungtveiende hensyn i moderne helsetjeneste som tilsier at pasientens syn skal ha innflytelse. Kronisk syke pasienter har unik og uvurderlig kunnskap: Ingen kjenner en sykdom bedre enn dem som sliter med den. Bare den som har skoen på, vet hvor den trykker. Mot dette kan det innvendes at mange psykiatriske pasienter ikke vet sitt eget beste. Kognitiv svikt og virkelighetsforstyrrelser svekker deres egenskaper som rasjonelle, fullt ut bevisste og sosialt kompetente aktører. Det vil derfor være nødvendig å opptre paternalistisk og til og med bruke tvang i særlige tilfeller.

Det er gjort bemerkelsesverdig lite forskning på forholdet mellom pasienters og profesjonelles behovsvurderinger (Slade m.fl. 1996). De få studier som er gjort, viser at pasientens og den profesjonelle behovsoppfatninger til dels er svært forskjellige, og at det ikke nødvendigvis er slik at klinikerens vurdering er riktigere enn pasientens (Slade m.fl. 1996). Heller ikke er det slik at pasienten overrapporterer behov sammenliknet med klinikerens. Denne diskusjonen gjelder for behovsvurderinger i individuelle tilfeller, det vil

si i lege/pasientforholdet. Som vi snart skal komme tilbake til, kan det argumenteres for at for å kartlegge behandlingsbehovets omfang i befolkningen, det vil si identifisere behovsgrupper for planleggingsformål, er en forskningstilnærming mer hensiktsmessig.

2.3 Behov, levekår og likhet

Levekårsforskningen tar sitt utgangspunkt i at alle mennesker har et felles sett av nødvendige, men langt fra tilstrekkelige, forutsetninger for å ha et godt liv: helse, utdanning, arbeid og anstendige arbeidsforhold, meningsfull fritid, inntekt til å skaffe seg varer og tjenester, politiske rettigheter, bolig, personlig trygghet, sosiale nettverk og rent fysisk miljø. Disse forutsetningene kalles gjerne for levekårskomponenter eller levekårsressurser. Dårlige levekår kjennetegnes ved at et individ har små eller ingen ressurser på en eller flere av disse levekårskomponentene (Djuve m.fl. 1996). Et viktig begrep innen denne forsknings-tradisjonen er ideen om kompensasjon mellom levekårskomponenter. Med dette menes at en person, helt eller delvis, kan oppheve virkningen av ressursvakhethet på én levekårs-komponent om han eller hun har gode ressurser på en annen. Levekårskonsekvensene av en funksjonshemning kan dempes eller oppveies (kompenseres) både gjennom forbruk av offentlige tjenester, gjennom god hjelp fra slekt og venner, og ved å kjøpe tjenester i et marked.

Generelt gjelder følgende likning for sammenhengen mellom levekår og behov for offentlige ytelser og tjenester:

$$\text{Levekår} = \text{ressursmangel} - \text{evne til kompensasjon} = \text{behov for offentlige tjenester}$$

Et klassisk eksempel er at det offentlige yter inntektskompensasjon, for eksempel dagpenger når arbeidsinntekten faller bort og personen ikke klarer å skaffe seg annet arbeid.

For psykiatrien kan vi gjøre gjeldende følgende formel:

$$\text{Helse} = \text{helsesvikt} - \text{evne til egenomsorg} = \text{behov for offentlige helsetjenester}$$

Helsesvikt kan for eksempel beskrives ved grad av alvorlighet. Evne til egenomsorg innbefatter individuell mestringsevne (coping/self-efficacy), og sosiale ressurser som hjelp, støtte og omsorg fra familie, naboer og venner. Dette synet på forholdet mellom alvor og egne ressurser har en parallell i prioriteringsutvalget (Lønning II), der det heter at lavt prioriterte helsetjenester blant annet angår tilstander som pasienten kan ta ansvar for selv (NOU 1997). Likningen innebærer også at samme helsesvikt i medisinsk forstand vil virke forskjellig på hjelpebehovet når evnen til egenomsorg varierer. For eksempel vil enslige kunne ha større offentlig hjelpebehov enn gifte, selv om sykdommens alvorlighetsgrad er den samme. At det offentlige tar hensyn til og kompenserer for denne typen ressursvikt, er antakelig ikke så kontroversielt. Et annet eksempel er at personer med lav mestringsevne vil ha større offentlig hjelpebehov enn personer med stor mestringsevne.

I begge tilfeller har vi å gjøre med en forskjellsbehandling fordi ikke-medisinske kriterier inngår, med den konsekvens at det blir større resultatlikhet (under den forutsetning at hjelpen

er nyttig). Hvor langt kan vi trekke prinsippet om at det offentlige bør kompensere for manglende sosiale, økonomiske eller individuelle ressurser? I en rapport fra Finansdirektøren i Oslo om det kriteriebaserte ressursfordelingssystemet heter det: «I prinsippet er det tatt hensyn til i hvilken grad folks problemer kan løses gjennom ubetalte tjenester fra personer i deres eget nærmiljø... Det er derimot ikke tatt hensyn til den ulikheten folks økonomi skaper i muligheten til å kjøpe private tjenester som erstatter de kommunale, eller det forhold at tilbudet av private tjenester er ujevnt fordelt i byen» (sitert etter Djuve m.fl. 1996:29). Oslo kommune har således bestemt at sosialt nettverk er en relevant kompensasjonsressurs, mens inntekt ikke er det. Det betyr for eksempel at dekningen av offentlig ansatte psykiatere skal være like god i rike bydeler som i fattige, selv om innbyggerne i rike bydeler har bedre tilgang til private psykiatere og har råd til å betale.

I norsk (og nordisk) velferdspolitik har det i etterkrigstiden vært et overordnet mål å benytte minst mulig individuell behovs- og inntektsprøving ved tildeling av velferdsytelser og tjenester, nettopp for å understreke velferdsstatens vekt på likeverd og likebehandling, og for å redusere etterspørselen etter markedsbaserte alternativer til offentlige goder. Dette dreier seg dypest sett om en ideologisk avveining av hvorvidt målet er resultatlikhet i helse/ levekår eller formallikhet i adgangen til de offentlige godene. Når utgangspunktet er forskjellig, gir ulik (dvs. kompensatorisk) behandling større likhet i resultat. Lik behandling gir mindre likhet i resultat.

Tilbudslighet innebærer at sannsynligheten for at personer med samme psykiske lidelse (og samme behandlingsbehov) skal få behandling, skal være tilnærmet den samme i bydeler og sektorer i Oslo. Sannsynligvis forekommer systematiske avvik fra dette idealet (jf. våre intervjuer med klinikere). Men for å si noe sikkert om dette trenger vi data fra alle trinn i prosessen. Slike finnes som nevnt ikke i dag.

2.4 Mål-, behovs- og brukergrupper

For vårt formål kan vi identifisere tre grupper:

- En målgruppe er en avgrenset del av befolkningen som tjenesten er tiltenkt. For psykiatritjenesten i Oslo er Oslos befolkning målgruppe. Utpekingen av målgrupper, og fordelingen av ressurser mellom målgrupper, er et politisk valg som ikke kan begrunnes eller etterprøves vitenskapelig.
- En behovsgruppe er den delen av befolkningen som har behov for den aktuelle tjenesten. Å bestemme hvem som tilhører behovsgruppen er i første rekke et empirisk spørsmål som krever kunnskap om omfang av behov i en befolkning (målgruppe).
- En brukergruppe er den delen av befolkningen som faktisk konsumerer godet. I en tenkt situasjon med full informasjon om alle individers behov for ytelsen, er brukergruppen framkommet ved at alle personene av de profesjonelle som produserer tjenesten er blitt rangert etter grad av behov, og så tildelt.

Det skillet som her er introdusert, tilsvarer delingen mellom politikk, positiv vitenskap og profesjonelt skjønn. Dette skillet svarer også til ulike nivåer: henholdsvis det overordnede samfunnspolitiske nivået, gruppe-, og planleggingsnivået, og det individuelle, kliniske nivået. Skillet mellom målgruppe og behovsgruppe er nødvendig for å klargjøre arbeidsdelingen mellom politikk og vitenskap: målgrupper utpekes gjennom politiske prosesser og må begrunnes med normative valg. Behovsgrupper dannes som nevnt ved sosiale prosesser, og antallet personer som kan anslås å ha det aktuelle behovet, kan bare bestemmes gjennom empiriske undersøkelser, med utgangspunkt i en politisk definert oppfatning av hvilke behov de kommunale tjenestene skal løse. Forskningen på sin side bør være forsiktig med å slutte fra identifisering av en behovsgruppe til at denne gruppen dermed også bør bli tilgodesett i ressursprioriteringen. Forskeren kan klarlegge hvilke behov som foreligger for ulike grupper av befolkningen, men skal ikke veilede i hvilke, og hvem sine, behov som bør prioriteres. Forskeren kan ikke definere en målgruppe uten å sette seg ut over sine «fullmakter». Derimot kan hun identifisere en behovsgruppe ved hjelp av vitenskapelige metoder. Når en gruppe med behov er identifisert, er det opp til profesjonelle å bestemme hva slags hjelp den «trengende» skal få, på hvilket nivå hjelpen skal ytes, hvor lenge, hvor mye, og hvor kostbar den skal være. Dette illustrerer at forskeren kan anslå behovsomfanget, men ikke behovsintensiteten i befolkningen. Det siste er en oppgave for klinikerne.

Skillet mellom målgruppe og behovsgruppe kan også bidra til å tydeliggjøre vurderingen av kostnadene til tjenesten. Dersom kostnader beregnes per capita, det vil si per målgruppedlem, vil det gi et upresist og usikkert estimat på hvor godt behovene i en populasjon er dekket. I et behovsbasert fordelingsystem er det det siste som er interessant, og behovene i en populasjon vil variere med hvordan den er sammensatt. Et mer presist og et «riktigere» estimat er derfor kostnader per individ i behovsgruppene. Det praktiske problemet for psykiatrien er at disse gruppernes omfang og sammensetning for en stor del er ukjent. Ikke desto mindre er det ønskelig å frambringe denne typen kunnskap.

Inndelingen gir også et inntak til å reflektere over hvordan behovsgruppen transformeres til brukergruppe. Noen vil falle ut ved en behovssjekk, de trenger ikke tjenesten. Andre faller ut etter en ressursjekk; de har for såvidt behov, men løser dette på andre måter. Og atter andre vil allerede være brukere av tjenestene.

Den politiske angivelsen av hvilke behov hos befolkningen som skal tilfredsstilles gjennom offentlige helsetjenester, innbefatter også de praktiske retningslinjene for det profesjonelle apparatets utvelgelse av hvem som skal bli brukere av tjenestene. Det konkrete antall brukere i en bydel er imidlertid også influert av de lokale prioriteringer som bydelens administrasjon selv velger å gjøre, det vil si hvor store midler som stilles til rådighet innenfor den enkelte bydel for å løse et behov. Dessuten kan det være store forskjeller både i behovsintensitet og i forekomsten av kompensasjonsressurser hos befolkningen i de ulike bydelene. Til sist kan det også tenkes å være forskjeller i den profesjonelle skjønnutøvelsen i de ulike bydelene. Dette illustrerer et av våre hovedpoenger, nemlig at tallanslag over antall brukere ikke er noe godt uttrykk for omfanget av behov i bydelen.

Skillene mellom målgruppe, behovsgruppe og brukere kan sammenfattes som følger, og på en slik måte at skillene mellom henholdsvis politikerrollen, forskerrollen og de profesjonelles rolle blir tydeligere:

Tabell 1 Målgrupper, aktører og kunnskapsforståelse

	Aktører	Beslutningsgrunnlag	Premiss for konklusjon
Målgruppe	Politikere	Verdinormer	Rettferdig fordeling
Behovsgruppe	Forskere	Levekårsdata	Empirisk belagte sammenhenger
Brukere	Profesjoner	Fagkunnskap	Tildeling etter grad av behov

Kilde: Djuve m.fl. (1996)

En godt politisk styrt og effektiv anvendelse av offentlige ressurser for å frambringe en velferdstjeneste vil som nevnt kjennetegnes av at alle brukere tilhører behovsgruppen (og at alle innen behovsgruppen er innenfor målgruppen). Dette krever at:

- målgruppeangivelsen er klar og omfatter hele behovsgruppen,
- at kunnskapen om befolkningens levekår og psykiske helsesituasjon (behov) er god nok til å tallfeste behovsgruppens størrelse,
- at fagkunnskapen om individene i behovsgruppen er god nok til å rangere dem etter behovsintensitet, og sist
- at pasienter med størst behov for ytelsen mottar ytelsen først, og at brukere med mindre behov inkluderes inntil ressursene ikke rekker lenger, eller til dekningsgraden er 100 prosent.

En fordeling av de samlede ressurser i forhold til behovsomfanget er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig, betingelse for at en treffsikker fordeling av godene mellom innbyggerne kan framkomme. Om en bydel får for mye, og en annen for lite, er dette samlet sett sløsing. En «rettferdig» fordeling mellom bydeler og sektorer innebærer at ressursene fordeles etter behov.

2.5 Forskning, planlegging og klinikk

For å kartlegge omfang av behov i en befolkning, må behov operasjonaliseres: Vi må formulere empiriske indikatorer som måles. I forskningen er det utviklet instrumenter som måler behov (f.eks. Brewer m.fl. 1987, Slade m.fl. 1996). Et er det såkalte CAN-instrumentet (Camberwell Assessment of Need) som tapper informasjon om psykiatriske pasienters behov på 22 områder, som boforhold, mat, behandling, fysisk helse, osv. For hvert område angis hvorvidt pasienten har problemer eller ei. Hvis problemer foreligger, angis hvor mye hjelp pasienten har mottatt fra uformelle og formelle hjelpere, og hvor mye hjelp respondenten mener trengs. Endelig spørres det om eventuelt mottatt hjelp vurderes som «riktig». Både pasienten selv og profesjonelle hjelpere kan fylle ut instrumentet.

En annen mye brukt tilnærming er å likestille behandlingsbehov med manifest sykdom, som for eksempel hos Shapiro m.fl. (1985). En person har et behandlingsbehov dersom vedkommende har (minst en) psykiatrisk lidelse fastslått ved hjelp av DIS eller

GHQ.¹ Respondenter med psykiatrisk lidelse og som ikke har brukt noen psykiatriske helsetjenester siste halvår, antas å ha udekkede hjelpebehov. Behovsgruppen er således identisk med personer som er psykiatrisk syke målt med anerkjente spørrebatterier. Dette er en forholdsvis presis måte å avdekke behov på, og en måte som er nyttig i planleggings-sammenheng.

Det stilles andre og nødvendigvis mer pragmatiske krav til data for planleggingsformål. For planleggingsformål er vi avhengig av tilgang til administrative data som kan oppdateres med jevne mellomrom. Slike data finnes ikke om forekomst og utbredelse av psykiatrisk sykkelighet i normalbefolkningen – bare om registrerte pasienter. Det betyr i praksis at «avstanden» mellom teoretisk begrep og empiriske indikatorer er større i planleggings-sammenheng enn i forskning. Vi er i større grad henvist til å bruke de empiriske korrelatene som er tilgjengelige som en tilnærming – proxy – til sykkelighet og behov. Vi taper således i presisjon, noe som medvirker til at behovsanslagene blir mer omtrentlige. En slik indirekte tilnærming til behovsgrupper vil likevel være mer treffsikker enn en framgangsmåte som ikke tar utgangspunkt i befolkningsdata overhodet, eller som kun tar utgangspunkt i målgruppen.

Vi kjenner sjelden eller aldri til det nøyaktige antall personer i en behovsgruppe, ikke minst fordi individer skiftes ut hele tiden, nye kommer til, og lengden på behovet for tjenester er avhengig av mange ukontrollerbare størrelser. Anslag over behovsomsfang eller udekkede behov vil dessuten være basert på representative undersøkelser/utvalg av befolkningen. Derfor er det i praksis snakk om sannsynligheten for at en person med et sett gitte kjennetegn har det aktuelle behovet. Med andre ord vil statistiske survey-resultater og anslag over behov og udekkede behov antakelig være nyttig, men utilstrekkelig for klinikerer som arbeider på personnivå og med behandling av enkeltpasienter. Det er fullt mulig at en person som er klassifisert som psykiatrisk syk på grunnlag av et instrument ikke bekreftes etter en grundig klinisk undersøkelse. Det er velkjent at overensstemmelsen mellom psykiatrisk sykdom i klinisk forstand og i surveyundersøkelser ikke er overveldende høy. Link og Dohrenwend (1980:116) har sammenliknet psykiatriske tilfeller som ble klassifisert etter kliniske undersøkelser med tilfeller klassifisert etter tre forskjellige screeninginstrumenter. Full enighet om hvem som var syke, varierte med mellom 9 og 17 prosent. Statistisk kunnskap om sykdom på gruppenivå vil være anvendelig først og fremst på planleggings- og styringsnivå, og ressursfordelingsnivå. Nyten for helsetjenesten av denne typen statistisk kunnskap er at oppmerksomheten og sensitiviten om fordelingen av behovsgrupper blir større.

2.6 Fra psykiatrisk sykkelighet til forbruk og kostnader

Sentralt i dette arbeidet er forholdet mellom behov og forbruk. Vi tenker oss at forbruket (og kostnadene) er relatert til sykkelighet og behovstilfredsstillelse. Dette forholdet kan framstilles i en firefeltstabell. La oss for argumentets skyld anta at behov enten foreligger eller

¹ DIS står for Diagnostic Interview Schedule. GHQ står for General Health Questionnaire. Begge er instrumenter som er mye brukt i sosialepidemiologiske undersøkelser.

ikke foreligger, og at det samme gjelder for forbruket. Kombinasjonen av disse to variablene gir fire mulige utfall, som vist i figur 2.1:

Figur 2.1 Forholdet mellom behov og tjenestebruk

		Tjenestebruk	
		Ja	Nei
Behov	Ja	1	2
	Nei	3	4

Individer som befinner seg i rubrikk 1 og 4 representerer ingen problemer for helsetjenesten. Men, dersom det er mange mennesker i rubrikk 2 og 3, har helsetjenesten et problem. I rubrikk 2 er problemet underforbruk og manglende treffsikkerhet: personer med behov bruker ikke tjenestene. I rubrikk 3 er problemet overforbruk og sløsing med ressursene: personer uten behov bruker tjenestene. Her har vi en parallell til de medisinske uttrykkene spesifisitet og sensitivitet. Sensitivitet refererer til andelen av syke mennesker som har en positiv test, det vil si som befinner seg i rubrikk 1. Spesifisitet viser til andelen av friske mennesker som har en negativ test, det vil si som gjenfinnes i rubrikk 4. Har tjenesteapparatet høy (nok) sensitivitet og spesifisitet? Som vi skal komme tilbake til, er det mange av våre informanter som hevder at det ikke er tilfellet; det er en del mennesker i kategori 2 og 3.

Det kan innvendes mot tabell 1 at den representerer en utillatelig forenkling av en komplisert virkelighet; kjedene er mer innfløkte og påvirkningsfaktorene er mange. La oss illustrere en modell av en handlingskjede som binder sammen ytterpunktene psykiatrisk sykdom og kostnader til psykiatriske tjenester. Etter vårt syn er det ikke nødvendig at et kriteriesystem for psykiatriplanlegging/ressursallokering må ta inn over seg alle ledd i kjeden eller den multifaktorielle tenkning som ligger til grunn.

Figur 2.2 En sekvensiell modell for transformasjon av psykiatrisk sykdom til kostnader

Psykiatrisk sykdom(1) → behandlingsbehov(2) →
 etterspørsel etter psykiatriske tjenester(3) →
 bruk av psykiatriske tjenester(4) → kostnader(5)

Med støtte blant annet i internasjonale empiriske undersøkelser skal vi bygge en dynamisk modell som inneholder de ledd og sekvenser som angitt ovenfor og viktige påvirkningsfaktorer. Ved hver overgang fra en tilstand (som er nummerert) til en annen, som er indikert med piler, er det en rekke faktorer som influerer på utfallet eller tilstandsrommet. En slik eksersis vil også klargjøre tydeligere hvilke forenklinger og snarveier vi nødvendigvis må ta i vårt prosjekt på grunn av manglende data.

- Hva påvirker den psykiatriske sykkeligheten? Vi vil være forsiktig med å bruke kausale termer, og begrense oss til å si at psykiatrisk sykdom samvarierer konsistent med sosiale, demografiske og sosioøkonomiske egenskaper som: utdanning, ekteskapelig status,

grad av sosial integrasjon, inntekt, familieforhold, sosialhjelp. I tillegg kommer antakelig arvelige faktorer, i hvert fall for enkelte spesifikke psykiatriske diagnoser som alvorlig manisk-depressiv sykdom (Ånestad 1993:47). Når det gjelder å bygge opp og dimensjonere psykiatriske helsetjenester for et område, er det antakelig ikke viktig å rydde opp i etiologiske spørsmål. La oss ta ett eksempel: Hjelpeapparatet behøver ikke kjenne til den relative betydning av gener, sosiale forhold og sosial seleksjon med henblikk på ekteskapelig status og psykiatrisk sykkelighet for å kunne tilby hjelp og behandling.

- Hva påvirker behandlingsbehovene? Eller formulert på en annen måte: Hva fører til at en person med en psykiatrisk sykdom har et behandlingsbehov? Vi vil anta at den viktigste faktoren er den psykiatriske sykkeligheten. Det er således ikke urimelig at enkelte setter likhetstegn mellom psykiatrisk sykkelighet og behandlingsbehov (Shapiro m.fl. 1985). En slik forenkling kan nok være tjenlig for mange formål. Men, som vi allerede har sagt, er behov langt på vei en sosial konstruksjon. Behov og artikulering av behov påvirkes av samfunnsmessig og kulturell kontekst, lokal, sosial, kulturell og økonomisk kontekst, samhandling med andre (både legpersoner og profesjonelle), egen sosial og økonomisk situasjon, og individuelle ferdigheter som opplevd mestringskontroll (self-efficacy). Sosialpsykiatrisk forskning underbygger at behandlingsbehov er relative og kontekststøtthengige (Slade m.fl. 1996:109). De prosesser som leder fram til manifestering av behov, er således svært komplekse. Dette gjelder imidlertid ikke eksklusivt for psykiatriske problemer. Nøyaktig det samme kan sies om behov for andre typer offentlige tjenester, som for eksempel hjemmehjelp, barnevern, somatiske helsetjenester og sosialhjelp. At virkeligheten er kompleks, er ikke til hinder for at det offentlige har en ambisjon om å fordele tjenestene etter behov og har utviklet systemer for å gjøre det. Det som trengs er sterkt forenklede redskaper som politikerne og planleggerne kan bruke for å organisere og dimensjonere tjenestetilbudet. Med redskaper tenker vi på indikatorer på behov, det vil si variabler som kan måles empirisk og som henger sammen med behov. En opplagt kandidat er psykiatrisk sykkelighet for eksempel målt med et anerkjent screening-instrument. Dersom slik kunnskap mangler, noe den gjør i dette tilfellet, er forskjellige sosiodemografiske og sosioøkonomiske variabler som er korrelert med psykiatrisk sykkelighet et mulig alternativ, selv om det langt fra er perfekt.
- Hva påvirker etterspørselen? Etterspørselen av psykiatriske helsetjenester påvirkes av de faktorene vi nå har omtalt, det vil si både sykkelighet og behov og hvordan disse oppfattes og oppleves. Det finnes en rekke generelle modeller for sykdomsatferd og legesøkingsatferd (Barstad 1989). Mechanic (1978) har formulert en modell som er mye sitert. Den inneholder ti faktorer som antas å ha betydning for hvorvidt lege søkes eller ei når en person erfarer symptomer på sykdom. Disse er: symptomenes tydelighet, opplevde alvorlighet, frekvens, graden av aktivitetsforstyrrelse, egen og andres toleranseterskel, informasjon, og kunnskap og kulturelle forståelser, behov som leder til fornektning, eller som konkurrerer med sykdomsatferden, konkurrerende fortolkninger av symptomer, vurdering av tilgjengelighet av behandlingsressurser. Selv om denne modellen og andre modeller retter søkelyset mot legesøkingsatferd generelt,

har de formodentlig relevans for psykiatri. Om ikke annet illustrerer Mechanics modell at etterspørsel etter legetjenester er en sammensatt affære. Ikke bare vurdering av tilgjengeligheten vil ha betydning. Den faktiske tilgjengeligheten vil også spille en rolle, for eksempel hvordan tilbudet er dimensjonert, det vil si dekningsgraden, og organisert, det vil si terskler (formelle hindringer og pris), køer (ventetid) og skranker (samhandlingsproblemer). Etterspørselen etter psykiatriske tjenester påvirkes også av nivåinndelingen i tjenesteapparatet og den kompetanse førstelinjetjenesten har. Som vi viser til nedenfor har Goldberg og Huxley (1992) konstruert en modell som illustrerer at av 230 personer som oppsøker primærhelsetjenesten på grunn av psykiske lidelser, er det godt under halvparten (101) som blir identifisert. Fordi det er mulig å henvende seg direkte til andrelinjetjenesten i Oslo, vil dette tallet neppe være gyldig her, men det gir en pekepinn på at treffsikkerheten er lav og at behov vil forbli udekket.

- Hva påvirker forbruket? Som antydnet i figur 1 er den ideelle situasjonen at det er en perfekt sammenheng mellom behov og forbruk: alle med behov får hjelp; alle uten behov får ikke hjelp. Hjelpeapparatets sensitivitet og spesifisitet er perfekt. Mange undersøkelser viser at det ikke er tilfellet i praksis. Sammenhengen er langt fra perfekt. Den nevnte sosialepidemiologiske studien til Shapiro m.fl. (1985) viser at det ikke er et en-til-en forhold mellom sykkelighet og bruk av psykiatriske tjenester. Undersøkelsen ble utført i Baltimore i USA. Sosiodemografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ble også registrert. Studien fant at 14 prosent av populasjonen hadde behov, det vil si de var definert som psykiatrisk syke. Halvparten av disse hadde ikke vært i kontakt med det psykiatriske hjelpeapparatet siste halvår. Deres helsetjenestebehov var således ikke dekket. En omfattende meta-analyse av 13 studier fra USA av behandlede versus ubehandlede psykiatriske tilfeller, oppsummerer: «Large proportions, perhaps 75 per cent, of individuals suffering from either a clinical psychological disorder or a significant degree of psychological distress have never been in treatment» (Link og Dohrenwend 1980:147). Link og Dohrenwend viser til at en stor andel av personer med alvorlige lidelser som schizofreni, så mye som 20 prosent, aldri har vært i kontakt med hjelpeapparatet. Disse funnene indikerer altså et markant underforbruk. Med samme sykkelighet er det en tendens til at kvinner oftere er i kontakt med helsetjenesten enn menn, folk i byer oftere enn folk på landet, og separerte og skilte oftere enn gifte. Endelig har folk med lavere sosial status oftere en psykiatrisk lidelse, men er sjeldnere i kontakt med det profesjonelle hjelpeapparatet enn folk med høyere sosioøkonomisk status. Tall fra NIS viser at det er et ikke ubetydelig antall som etterspør psykiatriske tjenester som avvises ved «døra» (Hagen, personlig kommunikasjon). I tillegg kommer studier som viser at folk ikke slipper gjennom filteret av leger i førstelinjetjenesten (Goldberg og Huxley 1992). Studier fra USA har vist at hvorvidt folk slipper gjennom og mottar tjenester, varierer med sosiodemografiske og sosioøkonomiske egenskaper, utover den psykiatriske sykkeligheten. For noen slike bakgrunnsvariabler har prevalensrater og forbruksrater samme fortegn, men er av ulik størrelse, for eksempel for kjønn og ekteskapeleg status (Link og Dohrenwend 1980:148). For andre variabler er de to ratene av motsatt fortegn, for eksempel urban/rural og klassesilhørighet. Det innebærer at sammenliknet med høystatusindivider, har personer med lavere sosioøkonomisk status høyere sykdomsprevalens, men lavere forbruk av tjenester. Sett

i lys av likhetsdiskusjonen foran, innebærer dette det motsatte av kompensasjon av levekårsressurser, og en forskjellsbehandling som vil forsterke ulikheten i resultat. Funnene fra USA er fra 1970-tallet og kan ikke gjøres gjeldende uten mange kvalifikasjoner for Oslo på slutten av 1990-tallet. Vil de samme tendenser gjøre seg gjeldende i Oslo i dag, selv om de er mindre outrerte? I tillegg til «behov» i form av psykiatrisk sykkelighet, innvirker sosioøkonomiske faktorer på forbruket av psykiatriske helsetjenester? En engelsk «small-area» analyse viser at forbruket av tjenester (admission rates) forutsies av sosioøkonomiske egenskaper ved bomiljøet og individuelle egenskaper kartlagt i folketellingen (Thornicroft 1991). Han finner at forbruket er høyere blant sosialt «depriverte» målt som for eksempel trangboddhet, mangel på forbruksgoder, ikke bil, å være enslig forelder. En tilsvarende sammenheng finnes på områdenivå når de er rangert etter relativ deprivasjon (Jarman-indeksen). Siden Thornicroft ikke har informasjon om sykkelighet på individnivå, kan analysen ikke kaste lys over hvorvidt effekten av sosioøkonomiske variabler kommer i tillegg til effekten av psykiatrisk sykkelighet.

- Hva påvirker kostnadene? Dette spørsmålet faller strengt tatt utenfor vårt «mandat». Vi vil nøye oss med å postulere at et viktig sett av faktorer som inngår er de etterspørselsfaktorer vi nettopp har gjennomgått. I tillegg kommer egenskaper ved tilbudssiden som i stikkords form kan være organisering, kompetanse og ferdigheter hos personalet, ledelse og ressursanvendelse.

2.7 Oppsummering

Vi har gjort gjeldende det synspunkt at behandlingsbehov langt på vei er en sosial konstruksjon, og at definisjonen av behov dermed ikke kan løsrives fra en samfunnsmessig og kulturell kontekst. At behov er sosialt konstruert, betyr ikke nødvendigvis at hver og en av oss går rundt med hver vår unike personlige oppfatning. Det kan være konsensus om en sosial konstruksjon. I Norge er det antakelig stor enighet om at sykdommens alvorlighetsgrad spiller, og bør spille, en avgjørende rolle for behovsvurderinger. Det vil si at pasienter med høy dødsrisiko, med høy risiko for nedsatt funksjonstilstand både fysisk og psykisk, og med invalidiserende smerter skal tilgodeses først. I tillegg kommer (kanskje) at en behandling skal føre til en tydelig bedring i overlevelse, forbedret funksjonsnivå, eller smertereduksjon som fører til høynet funksjonsnivå.

Vi har argumentert for at det er politikerens oppgave å definere en målgruppe for offentlige tjenester. Forskerens oppgave er å identifisere en behovsgruppe ved hjelp av vitenskapelige metoder. Når en gruppe med behov er identifisert, er det opp til profesjonelle å avgjøre hva slags hjelp de «trengende» skal få, på hvilket nivå hjelpen skal ytes, hvor lenge, hvor mye, og hvor kostbar den skal være. Forskeren kan således hjelpe til med å anslå behovsomfanget, men ikke behovsintensiteten i befolkningen. Det siste er en oppgave for klinikerne.

Vi har også resonnet omkring hvordan psykiatrisk sykkelighet omdannes til behov og deretter til forbruk av tjenester; og drøftet hvilke faktorer som influerer på disse prosessene. Delvis har vi støttet opp om resonnementene med empiriske funn – i første rekke fra andre land. Et hovedpoeng er at forbruket ikke *samsvarer* fullt og helt med behov: Det finnes forholdsvis mange pasienter med behov som ikke behandles. Likevel *samvarierer* forbruket med sykkeligheten, det vil si behov, og i tillegg også med sosiodemografiske og sosioøkonomiske forhold som alder, bosted, sosioøkonomisk status, og ekteskapelig status. Det forekommer forskjellsbehandling som er i de bedrestiltes favør. Høyst sannsynlig bidrar det til å forsterke ulikheten i resultat, det vil si den sosiale ulikheten i psykiatrisk helse.

3 Kartlegging av kunnskapsstatus

3.1 Innledning

Hva vet vi om Oslobefolkningens psykiatriske sykелighet og behov for psykiatriske behandlingstjenester? Vi søker å svare på dette spørsmålet gjennom en systematisk kartlegging og sammenfatning av foreliggende data, dokumentasjon, registreringer og resultater fra forskning og utredninger om psykiatriske lidelser og behandlingsbehov generelt og i Oslo spesielt. Kartleggingen omfatter fordelinger både av direkte behovsindikatorer som psykiatrisk sykелighet, men også indirekte behovsindikatorer som sosiodemografiske og sosioøkonomiske forhold. Vi presenterer en gjennomgang av foreliggende litteratur på området, resultatene av samtaleintervjuer med nøkkelinformanter i Oslopsykiatrien, og viser en oversikt over Oslobefolkningens sosiodemografiske og sosioøkonomiske kjennetegn fordelt på sektornivå. Til slutt i kapitlet vil vi vurdere relevansen og anvendbarheten av disse dataene i en samlende analyse av forskjeller i sykелighet og behandlingsbehov i de enkelte sykehussektorer i Oslo. Til dette hører også en kritisk vurdering av hvor robuste og konsistente de påviste sammenhengene mellom utvalgte sosiale forhold og psykiatrisk sykелighet er.

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. Basert på flere enkeltarbeider er det ved Senter for sosialt nettverk og helse (1990–1995) utviklet en modell som forsøker å forklare noen sentrale prinsipper i samspillet mellom sosiale faktorer og psykisk helse (Dalgard m.fl. 1995).

Utgangspunktet for modellen er at ulike påkjenninger som negative livshendelser og mer varige livsbelastninger øker risikoen for psykiske helseproblemer, først og fremst ved å bidra til stress, men at virkningene er avhengige av sosiale og individuelle faktorer (i henhold til Dalgard m.fl. (1995):

Innenfor rammene av store individuelle variasjoner der både grunnleggende mestringsstrategier og biologiske forhold er aktive, kan en knytte risiko for lidelse til:

- manglende mulighet til å kontrollere egen livssituasjon
- manglende forutsigbarhet
- manglende mulighet til å bruke egne evner og ressurser

Slike forhold virker særlig i forbindelse med:

- negative livshendelser
- livsbelastninger

som utsetter individet for betydelig stress. I motsatt retning, som beskyttelse virker:

- sosial støtte
- sosial deltakelse
- sosial integrasjon

Modellen integrerer tidligere forsknings påpeking av samspillet mellom sosialt nettverk, negative livshendelser og psykisk helse. Vi kjenner til samspillet, men det er vanskelig å si noe sikkert om årsakssammenhengene her. Dette fordi disse forholdene kan påvirke hverandre på ulike måter, slik at det i det enkelte tilfellet kan være vanskelig å si i hvilken retning årsakspilen går. Like så vel som et dårlig sosialt nettverk kan være en årsaksfaktor ved utviklingen av psykiske lidelser, kan et dårlig sosialt nettverk være en konsekvens av lidelsen. Og en korrelasjon mellom negative livshendelser og psykiske helseproblemer trenger ikke å være uttrykk for at livshendelsene er risikofaktorene. For eksempel viser studier at folk med psykiske helseproblemer i større grad enn andre er utsatt for negative livshendelser.

Denne modellens relevans ble bekreftet av sosialdepartementet på Rådet for Psykisk helses Rådslag99 (Sissel Lybeck Beckmann, 16.november 1999). Hun henviste til at departementets egen ekspertgruppe, og at vi, på tross av faglige uenigheter og ulike måter å måle forekomst og fordeling av psykiske lidelser på, kan si at vi har pålitelig kunnskap nok til å si at det er en sterk sammenheng mellom følgende kjennetegn og psykisk helse:

- evne til å se mening og sammenheng i tilværelsen (sense of coherence)
- grad av opplevd indre og ytre kontroll over det som skjer (locus of control)
- evne til mestring (self-efficacy)
- selvfølelse

3.2 Litteraturgjennomgang

Vi tar sikte på å gi en oversikt over hva som er kunnskapsstatus når det gjelder befolkningssammensetning 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.

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 psykiaritjenester enn resten av landet (jf. Bergsland & Pedersen 1994). Fire mulige forklaringer på høyere behov i Oslo ble testet ved hjelp av tall fra SAMDATA 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 datamaterialet.

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 «symptombeskrivende» mål på psykiske plager, snarere enn mål på faktisk psykiatrisk sykkelighet.

Nedenfor presenteres funnene fra litteraturgjennomgangen i henhold til den beskrevne inndelingen. 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 undersøkelsenes hovedfunn.

A. Undersøkelser av pasientpopulasjoner

✓ Dahl, A. A. & Refsnes, U. (1995). Riktig omsorgsnivå for langtidspasienter – en gjennomgang 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

Sykelighetsmål: 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 nærmeste, 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 hjemmehørende 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). Pasientene er belastet med omfattende somatisk sykkelighet i tillegg. Påpeker behov for flere psykosomatiske 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/rehabilitering. 70 prosent er enslige. Også her er det et flertall av pasientene som er hjemmehørende 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 mnd. 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: Tverrsnittsundersøkelse 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: befolknings sammensetning, risikofaktorer, geografiske forhold, etc.

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

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

Sykelighetsmål: 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).

Sykelighetsmål: 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: Aker: 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.

Sykelighetsmål: 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

Sykelighetsmål: 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 byggforskningssinstitutt, Oslo.

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

Sykelighetsmål: «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 lægeforening, 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.

Sykelighetsmål: 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 sykelighet: skilte og separerte hadde dobbelt så høy risiko for å utvikle sykelighet 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 sykelighet og behandlingsbehov i ulike sektorer 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 sykeligheten i to områder med ulik urbaniseringsgrad. Grad av urbanisering er en hyppig brukt forklaringsfaktor på større sykelighet 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 sykelighet 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 sykelighet 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 sykeligheten (jf. også NOU, 1996).

D. Generelle befolkningsundersøkelser

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

Materiale og metode: Helseundersøkelsen 1995.

Sykelighetsmål: 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 Kommunediagnose: 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 diagnoseinsidens 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, alkohol-avhengighet, 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 syktilfelle 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 screening-spørsmålene – 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 nevroser 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).

Sykkelighetsmål: 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.

Sykkelighetsmål: 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 tilnærminger til kartlegging av sykkelighet 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 tilnærmingsmåten 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 misvisende 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-estimer.

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 ble 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 enkeltdiagnoser 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).

3.3 Samtaleintervjuer med nøkkelinformanter

Litteraturgjennomgangen foran viste at det finnes lite kunnskap om Oslobefolkningens psykiatriske sykkelighet, fordi det ikke finnes studier som eksplisitt har hatt kartlegging av forekomst og fordeling av psykiatrisk sykkelighet 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 Oslopsykiatrien, har vært å supplere denne oversikten og denne manglende viten i den vitenskapelig baserte forskningslitteraturen med erfaringsbasert kunnskap.² Det vil si kunnskap som konsekvens av kliniske erfaringer med hva som er gode prediktorer for psykiatrisk sykkelighet og for behandlingsbehov. Og ikke minst ville disse samtalene 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 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 Osloklinikeres erfaringer med hva som påvirker behandlingsbehovene, og hva som påvirker den psykiatriske sykkeligheten i Oslo, og derigjennom få testet ut noe av den internasjonale litteraturens funn med hensyn til sammenhenger mellom sykkelighet, behandlingsbehov og etterspørsel etter tjenester. Som for eksempel praktikernes vurderinger av hvilke kjennetegn ved behandlingssystemets 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.

² Samtaleintervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide, men hvert enkelt intervju ble like mye preget av den enkelte fagpersons spesifikke erfaring og kompetanseområde. Samtaleintervjuene retter søkelys blant annet mot forhold i og ved Oslopsykiatrien, og målet har vært å gjengi informantenes utsigelser som kunnskap om relasjonelle og prosessuelle egenskaper og kjennetegn ved henholdsvis behandlingstilbud og pasientgrupper, slik vi har fortolket deres utsagn.

A. Kunnskap om gode prediktorer for psykiatrisk sykkelighet og behandlingsbehov

Gjennomgangen av nasjonal og internasjonal forskningslitteratur på området viser at psykiatrisk sykkelighet samvarierer med sosiodemografiske og sosioøkonomiske egenskaper som utdanning, ekteskapeleg status, grad av sosial integrasjon, familieforhold, somatisk sykkelighet, inntekt og arbeidstilknytning. Vi ønsket gjennom våre samtaleintervjuer å teste disse indikatorenes treffsikkerhet og nytteverdi som prediktorer for psykiatrisk sykkelighet, og dermed (her i denne sammenheng) for behandlingsbehov?

Grovt sagt vurderte klinikerne de fleste av disse som gode indikatorer på sykkelighet. Deres møte med pasienter er i stor grad møter med mennesker som kan plasseres i en eller annen «risikogruppe», ved at de er bærere av flere av de sosiale kjennetegnene over. Hva er det så som etter deres mening fører til at en person med en psykiatrisk sykdom har et behandlingsbehov?

Når det gjelder behandlingsbehov, ble det sagt at det nesten «alltid» er en livshendelse som utløser etterspørsel etter behandling, og at denne livshendelsen for svært manges del er kjærlighetsbrudd (selvmordsforsøk spesielt) eller andre relasjonelle tap. Felles for mange er kombinasjoner av individuelle kjennetegn og tap av nettverk. At mange med individuelle risikokjennetegn greier seg så fremt de har tilstrekkelige buffere i sine lokale nettverk, men når betydningsfulle sådanne går i oppløsning, forsvinner, utløser dette for mange et behov for behandling og omsorg.

Ellers var det flere av våre nøkkelinformanter som var opptatt av at vi i dag mangler adekvat og tilstrekkelig kunnskap om generell psykiatrisk sykkelighet, og at slik kunnskap er nødvendig dersom behandlingstilbudet skal kunne tilpasses behandlingsbehovet. For eksempel ble det påpekt at vi i dag mangler systematisk kunnskap om hva som skjer med mennesker med psykiske lidelser fra den dagen de føler sin sykdom, når de henvender seg til hjelpeapparatet og etterspør hjelp, hvordan de opplever behandlingen de får og oppfølgingen etterpå. Fordi det i de senere årene, ikke minst i Oslo, har skjedd store endringer i organiseringen av og innretningen på de ulike tjenestetilbudene på de ulike forvaltningsnivå, vet vi for lite om hvor og hvorfor behandlingssystemet i alt for liten grad greier å samordne seg til en sammenhengende behandlingsskjede. Klinikerne hevder at dette ikke ene og alene kan forklares med generell ressursmangel, men også den enkelte behandlingssinstitusjons prioriteringer og interne fagkultur.

B. Kunnskap om hva som predikerer forbruk av tjenester

Hva er det som påvirker etterspørselen etter psykiatrisk behandling, slik (et utvalg) klinikerne 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 en sykehussektor til en annen. Oppfatningen var 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 en spesialist. Dette kan dermed innebære at det gir et nokså skjevt bilde av utbredelse og fordeling av psykiske problemer og lidelser 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»-diagnose.

En av våre informanter understreket at å etterspørre behandling innebærer for den enkelte «pasient» å stå i 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.

Et annet sentralt spørsmål er hvordan tjenestesystemet fungerer for pasientene, det vil si de som har fått en type behandling på ett nivå og som skal gå over til annen type behandling på et annet nivå – mangler det noe i overgangene mellom de ulike tjeneste(type)ne?

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 man før kalte 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 våre (offentlige) psykiatriske behandlingstilbud, ikke er friske nok til å greie utfordringene ute på egen hånd.

Her er punktvis noen synspunkter fra samtalen med våre informanter:

Er det grupper som forfordes slik behandlingstilbudet i dag er organisert og dimensjonert?

Hvordan fanger vi opp de behov, lidelser og grupper som behandlingsapparatet (av ulike grunner) ikke prioriterer, eller de som søker hjelp for andre plager enn de psykiatriske?

Egenskaper ved (behandlings)stedene: for eksempel prosedyrer for inntak til de ulike behandlingstilbudene. Tiden som brukes, hva brukes den til? Hvor mye tid brukes på de ulike faser i den prosessen det er å møte, diagnostisere, behandle og avslutte behandling av en pasient?

Fordelingen av de private tilbudene og hjemlene for å opprette og drive privatpraksis, burde vært sosialpolitisk begrunnet. Nå er det ikke noe system for hvem som kan henvises dit, bør henvises dit, skal henvises dit. Kartlegging av sykkelighet i de ulike områdene ville gi grunnlag for tildeling av sektorvise hjemler med derpå tilpassede retningslinjer for og prioriteringer av hvem som skal få tilgang på tjenestene.

Egenskaper ved pasientene: tvangssymptomer, langtidspasienter samt aleneforsørgere med depressive plager er i dag «underdags» i forhold til hvordan behandlingssystemene prioriterer og fungerer! De ikke veldig syke blir regelmessig/systematisk avvist ved DPS-ene. De litt syke med jobb blir henvist til de private. De litt mer syke med jobb blir også henvist dit, men svært mange av dem er ikke innehavere av tilstrekkelige individuelle og/eller nettverksressurser til at de greier å ta seg fram til og gjøre seg nytte av disse behandlingsmulighetene.

De med alvorlige og sammensatte lidelser er de som av allmennpraktikerne (på Tøyen) blir henvist til DPS. Sykehusene: psykose eller akutt.

Tilbudet mer enn pasientenes diagnoser og lidelse definerer om personen får behandling og hvilken type behandling, hvor man får behandling og lengden på behandlingen. Ofte er det egenskaper ved tjenestene mer enn pasientenes lidelser som bestemmer hvem som blir pasienter! Men slår dette ulikt ut for ulike typer pasienter/individer? «Brukes» det/finnes det filter som ekskluderer noen grupper/kjennetegn systematisk mer enn andre grupper/kjennetegn? Dette er spørsmål og problemstillinger våre informanter mente vi trenger mer kunnskap om.

C. 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, 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, med selv å definere dem som psykiske problemer, og som sagt ikke minst med å oppsøke behandlingsapparatet for å få hjelp.

Fafos flyktningundersøkelse 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 bor i Oslo (1995).
- Innvandrerbefolkningen har konsentrert seg i bestemte bydeler, og med et klart mønster: jo mer ikke-vestlig eninnvandrergruppe er, desto sterkere er dens bokonsentrasjon.
- Innvandrerbefolkningens geografiske bomønster sammenfaller med sosiale skiller i den norske befolkningen, slik at levekårsforskjellene forsterkes av en etnisk dimensjon.

- Flyktningene kommer gjennomgående fra økonomisk velstående, høyt utdannede og urbane lag av hjemlandets befolkning.
- Flyktningene fordeler sin bosetting innen Oslo helt likt med andre innvandrergupper, med de store konsentrasjonene i indre by øst og i nye drabantbyer.
- 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 streke 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 faller utenfor det etablerte hjelpeapparatet, fordi mange av dem har sterke fordommer mot psykiatrisk behandling, de psykiatriske syke er ofte i sine 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.

Flere av våre informanter hevdet bestemt at det i dag er populasjoner i befolkningen med til dels store problemer som ikke blir tatt hånd om. Påstand fra Tøyen: Vår befolkning kan i mindre grad nyttiggjøre seg de private tilbudene fordi disse ligger i Vest, de finner ikke fram eller har ikke råd. I en survey om depresjon i Oslobefolkningen, var det kun 25 prosent av de med vurdert behandlingsbehov som faktisk mottok eller hadde mottatt behandling. Det ville vært interessant å vite hvem disse er. Og ikke minst: hvem er de 75 prosent som er syke, men som ikke får behandling?

Hovedinntrykk etter intervjuene

Vi vet for lite om befolkningens psykiatriske sykелighet og mentale helsetilstand, dette gjelder for Oslo spesielt og for landet generelt.

Å si noe om sykелighet og behandlingsbehov kun basert på pasientregistreringer og mål på deres pleie og behandlingsbehov, er ikke tilstrekkelig dersom man ønsker en behandlingsskjede som står i stil med befolkningens behov for psykiatriske behandlingstjenester. Slik situasjonen er i Oslo psykiatrien per i dag, antar fagfolk et betydelig underforbruk grunnet lav behandlingsskapasitet og til dels urasjonell bruk av de sengeplasser og behandlingstilbud som finnes.

Det ble 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 (kan benytte de private tilbudene), de «milde» lidelsene, de som ikke har kroniske psykiatriske lidelser, og de som er så dårlige eller av andre grunner ikke er i stand til å møte opp, eller følge opp et avtalt behandlingsopplegg.

Hovedmangelen ved Oslopsykiatrien er, slik vi har tolket våre informanters utsagn, helheten i behandlingstilbudet, at tilbudene ikke fungerer som sammenhengende kjeder. Ressursmangel fører til dysfunksjonelle og svært ineffektive prioriteringer. Mange grupper har behov for, men får ikke tilbud om, behandling, mange av de som får behandling, får enten ikke tilstrekkelig behandling eller feil behandling og på et altfor seint tidspunkt i sykdomsforløpet. Dessuten: det er svært ulike måter å anvende ressursene på, samt organisere de tjenester som finnes/gis.

Noe av problemet kan illustreres med følgende to ulike måter å forholde seg til pasienter på:

- Vi har 6 timer til rådighet: hvordan skal vi bruke tiden best mulig?
- Her har vi en pasient med et problem, hvordan løser vi dette på beste måte?

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 fram 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 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 kompromisse på behandlingstilbudet til den enkelte. 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?

3.4 Behovsindikatorer fordelt på sektornivå i Oslo

Som vi har påvist foran, finnes ingen oversikt over fordelingen av psykiatrisk sykkelighet mellom sykehussektorene i Oslo. Dermed har vi ingen direkte mulighet for å vurdere hvordan behandlingsbehovene varierer mellom sektorene. Vi er derfor tvunget til å foreta en indirekte behovsvurdering basert på befolkningens sammensetning etter sosiodemografiske og sosioøkonomiske kjennetegn i de fire sektorene. Rasjonalet som ligger til grunn for de indikatorene som er valgt, er at det er veldokumentert at de henger sammen med – korrelerer med – psykiatrisk sykkelighet, som vi har gjort rede for i kapittel 3.2 og 3.3.

Tankegangen er at en sektor som har en stor andel av en befolkningsgruppe som vanligvis framviser en overhyppighet av psykiatriske lidelser, har større behandlingsbehov enn en sektor 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.

På bakgrunn av den sosialpsykiatriske kunnskapen om sosiodemografisk og sosioøkonomisk fordeling av psykiatriske lidelser som vi har presentert foran, har vi plukket ut følgende behovsindikatorer (alle i prosentandel): enslige forsørgere, uførepensjonister, langtidssykemeldte, sosialhjelpstilfeller, arbeidsledige, skilte/separerte, lav utdanning, ikke-vestlige innvandrere, og tilflytting og fraflytting. Tabell 3.1 gir en oversikt over hvordan befolkningen i hver sykehussektor fordeler seg på disse variablene. Prosentandelene er beregnet på basis av antallet innbyggere i hver sektor.

Tabell 3.1 Andelen av befolkningen i Oslo med spesielle kjennetegn, fordelt på sykehussektorer. Prosent av antall innbyggere i sektoren (plassiffer i parentes).1998.

	<i>Aker</i>	<i>Lovisenberg</i>	<i>Ullevål</i>	<i>Diakonhjemmet</i>
Enslige forsørgere	2,9 (1)	2,9 (1)	2,4 (3)	1,7 (4)
Uførepensjonister 16–49 år	3,6 (1)	3,3 (2)	3,2 (3)	1,9 (4)
Uførepensjonister 50–66 år	24,4 (2)	27,5 (1)	22,3 (3)	11,9 (4)
Langtidssykemeldte	7,1 (1)	5,6 (3)	6 (2)	4,3 (4)
Sosialhjelpstilf., 16 år og over	5,2 (2)	10,2 (1)	5,2 (2)	2,4 (4)
Arbeidsledige 25–66 år	3,5 (2)	5,7 (1)	3 (3)	2 (4)
Skilte/separerte				
Aleneboende ¹	21,5 (4)	36,5 (1)	24,7 (2)	23,3 (3)
Lav utdanning (gr.skolenivå)	18,4 (1)	13,8 (3)	14,6 (2)	6,4 (4)
Ikke-vestlige innvandrere	15,2 (2)	19,7 (1)	11,3 (3)	4,4 (4)
Tilflytting	13,8 (3)	21,7 (1)	13 (4)	15 (2)
Fraflytting	13 (4)	21 (1)	13,3 (3)	14,4 (2)

¹ Fra folke- og boligtellingsen, 1990

Bydeler i Oslo fordelt på de 4 sykehussektorer, folketall per 1/1-1998

<i>Aker sektor</i>	133959,0
Linderud-Stovner	20781,0
Furuset	29094,0
Helsfyr/Sinsen	20636,0
Bjerke	22426,0
Grefsen/Kjelsås	17465,0
Romsås	6768,0
Grorud	16789,0
<i>Lovisenberg sektor</i>	79831,0
St.Hanshaugen/Ullevål	27496,0
Grünerløkka/Sofienberg	26472,0
Gamle Oslo	24730,0
Sentrum	1133,0

<i>Ullevål</i>	193466,0
Søndre Nordstrand	30258,0
Bygdøy/Frogner	20043,0
Bøler	13101,0
Manglerud	12327,0
Hellerud	15528,0
Sagene/Torshov	27096,0
Ekeberg/Bekkelaget	16189,0
Nordstrand	17191,0
Lambertseter	10362,0
Østensjø	15244,0
Sogn	16127,0
<i>Diakonhjemmet sektor</i>	89925,0
Uraniensborg/Majorstua	23100,0
Ullern	26392,0
Vinderen	19107,0
Røa	21326,0

Ser vi på enkeltindikatorerne, er det særlig for sosialhjelpstilfeller, aleneboende, ikke-vestlige innvandrere og til- og fraflytting at Lovisenberg sektor har høyere andeler enn de andre sektorene. Diakonhjemmet sektor har på sin side lavest andel av befolkningen på alle indikatorer med unntak av aleneboende og til- og fraflytting. For øvrig gir tabell 3.1 mye informasjon som ikke uten videre lar seg sammenfatte. For å lette en helhetlig forståelse, har vi for hver sektor gitt et plassifiseringsnummer fra 1 til 4 for hver enkelt indikator. Plassifiseringsnumrene befinner seg inne i parentesene i tabellen. 1 betyr at sektoren har den høyeste andelen av den befolkningsgruppen som har forhøyet psykiatrisk sykkelighet. 4 betyr at sektoren har den laveste andelen av den befolkningsgruppen som har forhøyet psykiatrisk sykkelighet. Det betyr at et lavt plassifiseringsnummer gjenspeiler forholdsvis store behandlingsbehov, mens et høyt plassifiseringsnummer symboliserer forholdsvis mindre behandlingsbehov. Hvis vi summerer plassifiseringsnumrene for hver sektor over alle indikatorerne, får vi en sum som gjenspeiler sektorens samlede plassifisering på alle indikatorerne. Med utgangspunkt i denne summen kan vi så rangere sektorene etter «samlet behov». Denne prosedyren gir følgende rangering av sektorene.

Tabell 3.2 Rangering av sykehussektorene i Oslo etter samlet «behov» for psykiatriske tjenester

Lovisenberg:	1 Høyest behov
Aker:	2
Ullevål:	3
Diakonhjemmet:	4 Lavest behov

Tabell 3.2 viser at i en helhetlig behovsvurdering, har Lovisenberg sektor høyest behov, mens Diakonhjemmet sektor har lavest behov for psykiatriske helsetjenester.

Vi understreker at denne rangeringen kun er ment som en illustrasjon på en framgangsmåte, og ikke et ferdig forslag til nytt indikatorsystem for fordeling av midler til psykiatrien i Oslo. Imidlertid kan denne framgangsmåten tjene som et utgangspunkt for en

diskusjon og en problematisering av hvordan et indikatorsystem for psykiatrien kan utformes. For å starte en slik diskusjon vil vi framheve seks viktige momenter.

For det første, vi har forutsatt at hver indikator teller like mye. Dette innebærer for eksempel at å komme høyest på andel 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 en prosent flere enslige forsørgere telle, enn en 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 hver sektor i seg selv representerer et «basisbehov». Dette «basisbehovet» er størst i Ullevål sektor med sine 193 466 innbyggere, og lavest i Lovisenberg sektor med 78 000 innbyggere.

For det tredje: Som vi har vært inne på foran er «tommefingerregelen» at ti prosent av en befolkning er behandlingstrengende.

For det fjerde har vi ignorert det vi kan kalle samspillseffekter. Vi har ikke vurdert om behovet for tjenester for en enslig forsørger varierer med alder, utdanning, eller bydel/sektor. Det kan for eksempel tenkes at behovet for tjenester er større for en enslig forsørger i Aker sektor enn i Ullevål, fordi det sosiale nettverket er svakere i Aker. Data over slike interessante samspill er imidlertid mangelfulle.

For det femte har vi ikke vurdert betydningen av sosiale eller økonomiske kompensasjonsressurser. Det kan for eksempel tenkes at behovet for offentlige psykiatriske tjenester er mindre i enkelte vestlige bydeler, fordi det finnes private alternativer og publikum der har råd til å betale for dem, selv om den psykiatriske sykkeligheten er den samme i vest som andre steder. Vi tar her ikke stilling til hvorvidt det er politisk legitimt å trekke inn slike kompensatoriske ressurser (jf. diskusjonen i kapittel 2).

For det sjette er rangeringen i tabell 3.2 kun på det som kalles ordinalt målenivå. Det betyr at vi kun kan uttale oss om hvorvidt et behov for tjenester i en bydel er større eller mindre enn i en annen, men ikke hvor mye større eller mindre behovet er. Derfor vil det også være misvisende å tallfeste forskjellene mer presist enn det vi har gjort her.

For å sammenfatte: opplysninger om den sektorvise fordelingen av befolkningsgrupper etter sosiodemografiske og sosioøkonomiske kjennetegn gir en grov pekepinn på variasjoner i behandlingsbehov mellom sykehussektorene. Denne tilnærmingen er imidlertid høyst indirekte og langt fra perfekt. Den må eventuelt utvikles. Som vi skal komme tilbake til i siste kapittel, vil en systematisk kartlegging av psykiatrisk sykkelighet i befolkningene i de fire sykehussektorene gi langt sikrere kunnskap om behandlingsbehov.

Under dette punktet har vi presentert vår tredje innfallsvinkel til kartlegging av psykiatrisk sykkelighet og behandlingsbehov i Oslos befolkning, i form av hva vi kan kalle en «befolkningsprofil», hvor hensikten har vært å identifisere sosiale risikofaktorer og helsemessig særlig utsatte grupper som utgangspunkt for planlegging av forebyggende tiltak. Kartleggingen omfatter fordelinger både av direkte behovsindikatorer som psykiatrisk sykkelighet, men også indirekte behovsindikatorer som sosiodemografiske og sosioøkonomiske forhold. Ut fra sosialpsykiatrisk kunnskap vil fordelingen av slike indirekte indikatorer fortelle noe om hvordan psykiske lidelser fordeler seg i ulike grupper i en befolkning, og mellom bydeler og regioner (Barstad 1997, Dalgard m.fl. 1995, Huserbråten 1996, Dalgard 1996). Under har vi gitt en oversikt over Oslobefolkningens sosiodemografiske og sosioøkonomiske

kjennetegn fordelt på sektornivå. Vi har ikke sammenliknet behov mellom individer, men kartlagt forekomst av egenskaper ved grupper av individer. Vi har heller ikke dratt slutninger om hvilke implikasjoner dette har for behandlingsbehov.

Matrisen over gir en beskrivelse av befolkningens livsbetingelser og helsebelastninger ved hjelp av mål for enkeltpersoners situasjon langs tradisjonelle levekårsmål og registerbaserte opplysninger om uførhet, arbeidstilknytning med mer. 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, som potensielt mål på behov for psykiatriske behandlingstjenester (Sosialt utsyn 1993).

Hva skaper dårlig eller god psykisk helse? Dette er det ingen faglig konsensus om, men for oss ligger det noen betraktninger i bunnen som har vært avgjørende for utformingen av resonnementer. 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 bydelen/sykehussektorene 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. Denne tilnæringsmåten 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. Som en generell modell av vekselvirkningen mellom ytre og indre påvirkningsfaktorer, kan man tenke seg (mental) helse som en funksjon av intra- og ekstrapersonlige faktorer. Intrapersonlige faktorer er for eksempel personlighetstrekk, evner og ferdigheter, mens ekstrapersonlige egenskaper er økonomiske ressurser, sosial støtte, osv. (jf. f.eks. Stroebe og Stroebe 1995). En slik modell reflekteres i dette delprosjektet ved at vi supplerer «objektiv» informasjon om sektorenes innbyggere, fordelt på utvalgte levekårsarenaer, med klinikers vurdering av egenskaper ved personer med behandlingsbehov og vekselvirkningen mellom ytre og indre faktorer.

3.5 Oppsummering

Utgangspunktet for gjennomgangen i dette kapittelet har vært et ønske om oversikt over Oslobefolkningens psykiatriske sykелighet og behov for psykiatriske behandlingstjenester. Gjennom litteratursøk og intervjuer med nøkkelinformanter er hovedinntrykket 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 grupper 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.

Det vi vet en del om, og mer etter hvert som bydelene i Oslo skal lage sine helhetlige psykiatriplaner (HPP) basert på utvalgte pasienters registrerte behandlings- og pleiebehov, er nettopp pasienters behandlingsbehov. Men for vårt formål i denne studien er undersøkelser av pasientpopulasjoner lite anvendelige som leverandør av kunnskap om psykiatrisk behandlingsbehov. Som vist i kapittel 3.2 og 3.3, 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.

Når det gjelder kunnskap om hvem som blir pasienter og hvem som ikke blir det, viste våre intervjuer at å være i systemet er en viktig betingelse for å få behandling, at kjennetegn ved tjenestenes virkemåte likeså mye som sykelighet, predikerer behandling, og at type diagnose mer enn sykelighet bestemmer om personen får behandling og hvilken type behandling som gis.

Som sagt innledningsvis har psykiatrisk sykelighet og behandlingsbehov sammensatte årsaker. Generelt kan man si at psykisk helse har nær sammenheng med levekår og sosiale kvaliteter i samfunn og nærmiljø. Som en oppsummering av flere av undersøkelsene ved Senter for sosialt nettverk og helse, organiserer Dalgard (1991) faktorer av betydning for utvikling av psykiske lidelser etter følgende fem arenaer: familie, skole, arbeidsliv, bomiljø, lokalsamfunn. Innenfor disse områdene angis følgende karakteristika som risikofaktorer for dårlig psykisk helse: sivilstand enslig (først og fremst: skilt, separert, enke/-mann), lav utdanning/yrkesmessig status, problemer i skolesituasjonen, arbeidsledighet, usikkert arbeid, drabantbybeboer, leier bolig, økonomiske problemer, konfliktforhold til andre mennesker, negative livshendelser (dødsfall i familien, uønsket flytting), mobbing i skolen/på arbeidsplassen, og også flyttehyppighet. Hovedtendensene etter vår gjennomgang er at vi finner igjen flere av disse faktorene i våre undersøkelser av indirekte behovsindikatorer.

I Norge foreligger, som vist i dette kapitlet, lite data om psykiske lidelser og psykososiale problemer – dette er lidelser som i liten grad blir registrert/diagnostisert av helsetjenesten, og sentrale registre finnes ikke (Dalgard, Brevik og Hjemmen 1995). Man er derfor avhengig av egne kartleggingsundersøkelser, og som Høstmark Nielsen (1996) påpeker, er en stor del av disse typisk mindre studier av begrensede geografiske områder eller befolkningsgrupper. Resultater fra slike undersøkelser gir viktig informasjon, men er i liten grad egnet som redskap for helseplanlegging. Behovet for bedre epidemiologisk grunnlagsmateriale er påpekt i den nye folkehelse rapporten, der opprettelsen av et bedre epidemiologisk overvåkningssystem for psykiatriske lidelser framheves som en særlig prioritet i Norge (Folkehelse rapporten 1999).

Våre konklusjoner om hvilke variabler/sosiale indikatorer som synes å være godt dokumentert som prediktorer for psykiatrisk sykkelighet, stemmer også godt overens med de Thornicroft (1991) trakk etter en liknende gjennomgang av litteraturen på dette området. Han oppsummerer med at litteraturen viser mange sosiale og demografiske variabler som hver for seg og sammen er knyttet til forbruk av psykiatriske helsetjenester, og rangerer dem etter sammenhengenes styrke. Dette viser at sosial klasse, kjønn, ekteskapeleg status, etnisk tilhørighet og boforhold er godt dokumenterte korrelater til tjenesteforbruk. Mindre sikre, men likevel betydelige, relasjoner er påvist for det å bo i indre byområder, og i områder preget av høy mobilitet. Den siste og minst sikre kategorien sosiale indikatorer er ifølge Thornicroft (1991) variabler knyttet til geografisk avstand til tjenestetilbudet, befolkningstetthet og nivået på sosiale ytelser (s. 478).

4 utfordringer til videre forskning

4.1 Innledning

Fordeling av knappe goder mellom personer og bydeler er en konfliktfylt prosess. Det er ikke bare et mål at godene skal tilfalle dem som har størst behov for hjelp, men også at det ikke skal sløses med ressursene. Mens kravet til effektivitet er ukontroversielt, er det ikke like stor enighet om hva som er folks behov og hvem som har størst behov. Og i den politiske debatten blandes ofte normative prioriteringer av hvem sine behov som bør løses sammen med de problemene helse- og levekårsundersøkelser identifiserer. Dette gjelder ikke minst innenfor det psykiatriske fagfeltet, i vurderingen av fordelingskriterier mellom pasientgrupper og mellom forvaltningsnivåer, mellom spesialisttjenester og tjenester på bydelsnivå. Hva menes med å ha behov for psykiatriske spesialisttjenester, og hvordan kan slike behov kartlegges?

På bakgrunn av diskusjonen og vurderingene gjort så langt, vil vi i det følgende framheve de viktigste manglene vår gjennomgang har avdekket, og presentere mulige tilnærminger til å belyse disse i form av ideer til oppfølgingsprosjekter. Vi har organisert dette slik at gjenstående utfordringer er presentert i tre hovedpunkter (4.1–4.3), med våre forslag til oppfølgingsprosjekter skilt ut under disse.

4.2 Sosiale forskjeller i forbruk av psykiatriske helsetjenester – ulike forklaringer

Kartleggingen av sosiale bakgrunns karakteristika blant personer som har forhøyet sannsynlighet for psykiatrisk sykdom, illustrerer et velkjent funn innen epidemiologi generelt og sosialpsykiatri spesielt: helse og sykdom er ulikt sosialt fordelt. Under overskriften «sosiale forskjeller» skjuler det seg ulikheter av flere typer. På veien fra behov til behandling er det flere barrierer eller filtre som på forskjellig vis sluser noen videre i tjenestesystemet, mens andre sluses ut av det. Det er et selvsagt faktum at bare de personene som har lidelser det tilbys behandling for, kan sluses videre i systemet. Men hvordan skjer prioritering av hvilke lidelser som skal behandles? Vi går nærmere inn på behandlingsapparatets prioriteringer under punkt 4.3. I denne omgang er det et viktig utgangspunkt for vår diskusjon av sosiale forskjeller på ulike nivå, å konstatere at behandlingstilbudet oppstår i en vekselvirkning mellom behandlingsapparat og brukerne. Dette illustreres blant annet ved at det er en invers sammenheng mellom sosial klasse og faktiske *sykelighetsrater* (altså mer sykdom i lavere klasser), mens det er en positiv sammenheng mellom *behandlede* tilfeller og sosial klasse (jf.

Thornicroft 1991). Når det er sosiale ulikheter i hvem som når fram til behandlingsapparatet, skaper det en ulikhet som forplanter seg nedover i systemet. En annen form for sosiale forskjeller finnes når det gjelder hva slags plager folk søker behandling for. I bunn og grunn dreier dette seg om kulturelle og/eller sosiale ulikheter i sykdomsopplevelse og hjelpsøkingssatferd. Å belyse og beskrive slike ulikheter er en viktig utfordring, og vil kunne ha stor betydning for en bedre forståelse av vekselvirkningen mellom behandlingsapparat og brukere.

Prosjektforslag I: Kartlegging av behandlingsbehov i et generelt befolkningsutvalg

Det epidemiologiske grunnlaget er, som påpekt tidligere, mangelfullt når det gjelder utbredelsen av psykiatrisk sykelighet i befolkningen, og de offisielle anslagene er derfor i stor utstrekning basert på funn fra andre land. For å få et faglig solid fundament for planlegging og dimensjonering av psykiatriske helsetjenester, er det derfor nødvendig med en egen kartlegging i Norge. Vi skisserer nedenfor hvordan dette kan gjennomføres i praksis og hvilken informasjon som kan utledes fra et slikt prosjekt.

Litteraturgjennomgangen og intervjuene med fagpersoner på feltet har vist at sykelighet og behandlingsbehov kan være til dels ulike størrelser, og at begge kan måles på ulike måter. Vi argumenterer for at det er behandlingsbehov slik befolkningen selv og fagfolk vurderer det som bør kartlegges. Dette fordi det har vist seg, blant annet i foreliggende prosjekt, at sykelighetsvurderinger i stor grad er avhengig av hvilke lidelser det for øyeblikket gis behandling for, og at det dessuten er uklart hva slags sykelighetsmål som er mest anvendelig når det er en i utgangspunktet udiagnostisert befolkningsgruppe som undersøkes. Som vist tidligere (jf. pkt. 3.2), gir for eksempel symptombeskrivende instrumenter som HSCL en overvurdering av syketilfeller i forhold til diagnostisk intervju. Denne typen problemer er ikke i samme grad til stede når vi velger å fokusere på selvopplevd behandlingsbehov. Et eksempel på at dette har vist seg å fungere godt i en generell befolkningskartlegging, ser vi i den finske undersøkelsen «The Mini Finland Health Survey». Dette er en epidemiologisk undersøkelse av den voksne finske befolkningen, der selvopplevd «sikkert» (definite) eller «sannsynlig» (probable) behandlingsbehov ble kartlagt. Fra dette kan vi utlede tre hovedproblemstillinger som er svært aktuelle å belyse sett fra en norsk virkelighet:

- Hva er prevalensen av psykiatrisk behandlingsbehov i henhold til selvrapportert og klinisk vurdert behandlingsbehov?
- Hva er behandlingssituasjonen for de som har et behandlingsbehov (særlig: prevalensen av utilfredsstilte og dårlig tilfredsstilte behov)?
- Hva er sammenhengen mellom disse vurderingene og sosiodemografiske kjennetegn på den ene siden, og forekomsten av psykiske lidelser på den andre siden?

Presisering og utdypende kommentarer til hovedproblemstillingene:

Et viktig aspekt ved dimensjonering av det psykiatriske tjenestetilbudet er å gjøre behovs- og brukergruppe (jf. punkt 2.4) til én størrelse. En nødvendig forutsetning for dette, er at befolkningens behov for psykiatrisk behandling er kartlagt og gitt etterprøvbare uttrykk. For

norske forhold foreslår vi derfor å gjøre en surveyundersøkelse i den generelle befolkningen med et anerkjent screeninginstrument, etter mønster fra den finske undersøkelsen (Mini Finland Health Survey). I screeningfasen er det fra et komparativt perspektiv viktig å bruke instrumenter som gjør en sammenlikning med andre land (også de utenfor Norden) mulig. Ved å bruke The General Health Questionnaire som screeninginstrument, vil vi få et godt utgangspunkt for en slik sammenlikning. Både for planleggings- og forskningsformål vil det være ønskelig med en sammenlikning av selvopplevd og klinisk vurdert behandlingsbehov. En slik sammenlikning gjøres ved å trekke et underutvalg av personer (som har gjennomgått screeningen) for kliniske/diagnostiske intervjuer. I den nevnte finske undersøkelsen ble dette gjort ved hjelp av Present State Examination (PSE). Vi mener den samme tilnæringsmåten vil gi meget verdifull informasjon om situasjonen i Norge, og om forskjeller mellom opplevd behov og klinisk vurdert behov. Til en slik behovsanalyse som vi har skissert her, hører med nødvendighet også en kartlegging av bruk av helsetjenesten slik den utnyttes per i dag, for derigjennom å belyse grupper med eventuelle utilfredsstilte behov. Dersom resultatene fra Finland er gyldige også for norske forhold, vil det vise seg at det er for behandlingstilbud i primærhelsetjenesten at faglige vurderinger avviker sterkest fra selvopplevd behandlingsbehov. I den finske undersøkelsen var det både slik at faglige vurderinger *anbefalte* behandling i primærhelsetjenesten for personer som ikke selv opplevde noe behandlingsbehov, og *undervurderte* behovet for slik behandling blant personer som ønsket behandling fra primærhelsetjenesten. For planleggingsformål er det av helt sentral betydning å avdekke eventuelle avvik i behovsvurderinger i dette leddet, som for de aller fleste utgjør selve hovedporten inn i behandlingssystemet. Sammen med informasjonen vi har skissert under punkt tre over (problemstillingen knyttet til sammenhengen mellom behovsvurderinger, sosiale kjennetegn og sykелighet), vil dette gi et langt bedre grunnlag for å forstå den sosiale fordelingen av behandlingsbehov i den generelle befolkningen.

4.3 Kombinasjoner av risikofaktorer

Risikofaktorene som vi har omtalt i denne rapporten virker ikke bare enkeltvis, men også additivt, eller multiplikativt. 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. Det er en viktig oppgave for framtidig forskning på dette feltet å benytte statistiske framgangsmåter som kan håndtere begge disse situasjonene, slik at resultatene viser både unike bidrag og felleeffekter.

Den nasjonale ekspertkonferansen om alvorlige psykiske lidelser (jf. Norges forskningsråd 1993) tok også stilling til hva som er de største udekkede hjelpebehovene for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Ett av de områdene hvor behovet er stort, er nettopp grupper med flere risikofaktorer. Særlig framheves tungpsykiatriske pasienter med samtidig rusmiddelbruk som en gruppe som faller mellom flere stoler. Beregninger framlagt på konferansen, viser at av 20 nydiagnostiserte schizofrene i én bydel i Oslo, hadde så mange som 40 prosent et rusmiddelproblem. Konferansen oppfordrer til økt innsats på epidemio-

logisk forskning, særlig med henblikk på å utvikle nyansert kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer for alvorlige psykiske lidelser.

Problemet med håndtering av kombinasjoner av risikofaktorer, inngår som del av vårt prosjektforslag II (jf. punkt 4.4).

4.4 Hvordan foregår behandlingsapparatets prioriteringer?

At antallet personer i en befolkning som trenger psykiatrisk behandling langt overstiger antallet som faktisk får tilbud om dette, er et faktum som er solid dokumentert både i norsk og internasjonal litteratur. Vi beskrev under punkt 4.2 noen av de sosiale forskjellene som kan gjøre seg gjeldende på ulike nivåer på veien fra behov til behandling. Resultatet av disse prosessene er at man sitter igjen med et lite antall pasienter fra et opprinnelig stort utvalg personer med behandlingsbehov. Goldberg og Huxley har utarbeidet en modell som viser hvordan individer defineres som psykisk syke og til slutt rekker fram til det psykiatriske behandlingsapparatet (vår beskrivelse er basert på Ånestads (1993) gjengivelse av Goldbergs og Huxleys modell). Modellen oppgir prevalensrater (tilfeller per 1000 innbyggere) basert på internasjonal konsensus om fordelingen av psykiske lidelser i befolkningen («tilfeller» defineres som minimum to ukers sykdomsperiode i løpet av et år), og viser hvordan personer med behandlingsbehov filtreres gjennom helsetjenestens formelle system (alle andeler er altså beregnet per 1000 innbyggere):

- **Nivå 1:** Andel som har psykiske forstyrrelser: 260–315 personer
- **Nivå 2:** Andel som oppsøker primærhelsetjeneste og har psykiske problemer: 230 personer
- **Nivå 3:** Andel med psykiske forstyrrelser som blir identifisert av primærhelsetjenesten: 101 personer
- **Nivå 4:** Andel som undersøkes eller behandles ved psykiatrisk helsetjeneste: 23 personer
- **Nivå 5:** Andel som innlegges i psykiatrisk institusjon grunnet psykiske forstyrrelser: 5–6 personer

Filtrene som Goldberg og Huxley omtaler, befinner seg mellom hvert av disse nivåene. Filtrene representerer ikke enkle utstøtingsmekanismer eller effektiviseringsverktøy, men utgjøres av en blanding av kompliserte individuelle beslutninger (mange ulike faktorer påvirker et individs beslutning om å søke hjelp) og helsetjenestens prioriteringer.

Prosjektforslag II: Fra behov til behandling – en studie av behandlingsapparatets prioriteringsmekanismer

Et av de momentene som særlig ble vektlagt i intervjuene, var behandlingssystemets virkemåte som silingsmekanisme. Et hovedspørsmål er hvordan systemet sluser noen pasienter gjennom, mens andre støtes ut. Allmennlegene er den første silingsstasjonen, og resultatene fra Finland viste altså at det er dette leddet i behovsvurderingen hvor vurderingene i størst grad varierer mellom eksperter og legfolk. Hvilke konsekvenser har dette? Hvilke behov er det de opplever å ha som ønsker seg behandling fra primærhelsetjenesten, men som ekspertene vurderer som ikke behandlingstrengende? Hva kan dette si om hvilke pasientgrupper som prioriteres i systemet? Er det symptomene som ligger til grunn for at ekspertene avviser behandling, eller kan avvisningen heller forklares av andre faktorer, for eksempel «pasientens» sosiodemografiske bakgrunn? Man kan tenke seg to hypoteser:

- «Ressurssterke» personer med «lettere» symptomer, det vil si personer med ordnet økonomi, godt nettverk, og som er i jobb og har familie, blir avvist fordi man antar at deres symptomer håndteres andre steder, eller
- «ressurssvake» pasienter avvises fordi man anser at psykiatrisk behandling ikke vil kunne bedre deres totale livssituasjon og dermed bare vil være symptombehandling.

Hvis det er symptomene som forklarer mest av avvisningen, hva kan det si om udekket behandlingsbehov (hvilke pasientgrupper er dette lokalisert til?). Hvis det er andre faktorer som forklarer mest av avvisningen – hvilke befolkningsgrupper kan vi da peke ut som de(n) med størst sannsynlighet for å bli forbigått i behandlingssystemet? Er det i det hele tatt noen underliggende hovedtendenser i dette, eller får vi resultater som illustrerer konsekvensene av manglende standardisering av psykiatrisk behandling, og manglende konsensus om definisjon av behov?

I tillegg til den betydning det har for videreutvikling av tjenestetilbudets kvalitet, kan belysning av slike spørsmål også spille en viktig rolle i fagutviklingsarbeidet som for tiden pågår i psykiatrien i Norge. Vi tenker da særlig på systematisering av evidensbasert medisin og videreutvikling og kvalitetssikring av faglige standarder i psykiatri. At det også foregår en bevegelse i retning systematisering av kunnskap og behandlingsrutiner av allmennpraktikers tilbud til pasienter med psykiske lidelser, illustreres for eksempel av at det i høst ble avholdt en konsensuskonferanse om behandling av depresjon i allmennpraksis (i regi av Norges forskningsråd). Fokuseringen på allmennpraksisleddet er viktig, fordi det er her både forskjellene i oppfatning av behandlingsbehov og forebyggingspotensialet er størst.

4.5 Oppsummerende kommentarer

I dette kapitlet har vi trukket ut tre temaområder (sosiale ulikheter, kombinasjon av risikofaktorer, og prioriteringsmekanismer) som vi mener har pekt seg ut som svært viktige, men mangelfullt belyste i den forskningen vi har gjennomgått. De tre områdene er nært beslektet (slik særlig intervjuene framhevet), og påvirker hverandre gjensidig.

Vi har skissert to prosjektforslag som vi mener er egnet til å belyse de manglene vi har påpekt. Vårt søkelys har vært på behandlingsapparatet og dets mekanismer, og ikke først og fremst egenskaper ved de enkeltindivider og grupper som tilbys behandling. Dette gjenspeiler det faktum at brukergruppen i stor grad er et resultat av tjenestetilbudet. At det ikke nødvendigvis er omvendt, tok vi opp blant annet i kapittel 2, der vi diskuterte forholdet mellom sykелighet og behandlingsbehov, og mellom mål-, behovs- og brukergrupper.

Litteratur og referanser

- Album, D. (1996) *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano
- Barstad, A. (1989) *Legesøkning og sosiokulturelle forhold. Teorier, modeller og empiriske analyser*. INAS-rapport 89:6. Oslo: INAS (NOVA)
- 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
- Bjelland, I. og A.A. Dahl (1999) «Angst og depresjon – en vanlig blanding.» *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 119, 3277–80
- Brewin, C.R. m.fl. (1987) «Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment.» *Psychological Medicine*, 17:971–981
- Dahl, A.A. og U. Refsnes (1995) *Riktig omsorgsnivå for langtidspasienter – en gjennomgang av pasienter innlagt ved Gaustad sykehus, delrapport I–IV*. Oslo: Gaustad sykehus
- Dalgard, O.S. (1991) «Psykisk helse relatert til sosialt miljø». I: Moum, T., red., *Helse i Norge*. Oslo: Gyldendal.
- 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*. Universitetsforlaget. Oslo
- Dalgard, O.S., S. Bjørk og K. Tambs (1995) «Social support, negative life events and mental health.» *British Journal of Psychiatry*, 166, 29–34
- Dalgard, O.S. og K. Tambs (1997) «Urban environment and mental health. A longitudinal study.» *British Journal of Psychiatry*, 171, 530–536
- 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

- Djuve, A.B., T. Bjørnskau og K. Hagen (1996) *Fra behov til budsjett. En evaluering av Oslo kommunes kriteriebaserte budsjettfordeling mellombydelene*. Fafo-rapport 210. Oslo: Fafo
- Ekern, P. (1996) *Evaluering av samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og Psykiatrien i Oslo. Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse*. Oslo: Statens Helsetilsyn
- Elstad, J.I. (1998) *Funksjonshemmede og psykisk helse*. NOVA-rapport nr. 3
- Galbaud du Fort, G., S.C. Newman og R.C. Bland (1993) «Psychiatric comorbidity and treatment seeking. Sources of selection bias in the study of clinical populations.» *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 181(8): 467–74
- Goldberg, D. og P. Huxley (1992) *Common mental disorders. A bio-social model*. London: Tavistock/Routledge
- Hagen, K., A.B. Djuve og P. Vogt (1994) *Oslo: den delte byen?* Fafo-rapport 161. Oslo: Fafo
- Hagnell, O. m.fl. (1994) Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study. A point prevalence study of the 1957 Lundby cohort of 2612 inhabitants of a geographically defined area who were re-examined in 1972 regardless of domicile.» *Scandinavian Journal of Social Medicine Supplement*, 50(1): 1–77
- Hatling, T. (1998) *Rapport fra pilotprosjektet: Evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved poliklinikker innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien*. SINTEF/NIS-Rapport
- Heggstad, T. (1994) Det psykiatriske Norgeskartet. Foredrag ved Norsk forening for helsetjenesten, 24. november 1994
- Huserbråten, K. (1996) «Enslige har oftere helseproblemer enn andre.» *Samfunnsspeilet*, 1
- Hurlen, P. og R. Nordhagen, red. (1996) *Folkehelse i forandring*. Oslo: Statens Institutt for Folkehelse
- 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
- Haavind, H. (1994) Upublisert seminarnotat om kvalitativ metode. Senter for kvinneforskning
- Kendler, K.S. m.fl. (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
- Kessler, R.C. (1999) «The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions – the NAPE Lecture 1998.» Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 99(1): 2–9

- Kessler, R.C. m.fl. (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
- Lehtinen, V. m.fl. (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
- Lehtinen, V. m.fl. (1991) «Stability of prevalences of mental disorders in a normal population cohort followed for 16 years.» *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26(1): 40–46
- Lehtinen, V. m.fl. (1996) «Incidence of mental disorders in the Finnish UKKI Study.» *British Journal of Psychiatry*, 168(6): 672–8
- Lewis, G. m.fl. (1998) «Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder.» *Lancet*, 352(9128):605–9
- Link, B. og B.P. Dohrenwend (1980) «Formulation of hypotheses about the ratio of untreated to treated cases in the true prevalence studies of functional psychiatric disorders in adults in the United States. I: Dohrenwend B.P. m.fl., *Mental illness in the United States*. New York: Praeger
- Link, B. og B.P. Dohrenwend (1980) «Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States». I: Dohrenwend B.P. m.fl.
- Mechanic, D. (1978) *Medical sociology*. Second edition. New York: The Free Press
- Muntaner, C. m.fl. (1998) «Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders.» *Social Science and Medicine*, 47(12): 2043–53
- Norges forskningsråd (1993) *Alvorlige psykiske lidelser*. Rapport fra Nasjonal ekspertkonferanse Soria Moria, Oslo, 15.–16. juni 1993
- Norges forskningsråd (1998) *Ny viten om behandling av psykiske lidelser – resultater fra norsk behandlingforskning*. Rapport fra formidlingskonferansen, Oslo, 17.03.1998
- NOU 1987:23, *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1996:1, *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*
- NOU 1997:18, *Prioritering på ny*. Oslo: Statens trykning. («Lønning II»)
- Olstad, R., A.J. Sjøgaard og H. Sexton (1998) «Mental helse i Kyst-Finnmark 1987–93.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 118, 1350–5
- Olstad, R., H. Sexton og A.J. Sjøgaard (1999) «The Finnmark study. Social support, social network and mental distress in a prospective population study.» *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, in press.
- Oslo Kommune (1997) *Oslo-psykiatrien fra 1988 – 1993*

- Regier, D.A. m.fl. (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
- Robert, S.A. (1999) «Socioeconomic position and health: The independent contribution of community socioeconomic context.» *Annual Review of Sociology*, 25:489–516
- Rud, F. (1964) *Betenkning vedrørende den psykiatriske service for Bergen fylke, dens nåværende status, den fremtidige utvikling og behovsdekning, med tillegg*. Bergen: Universitetet i Bergen
- Rådet for psykisk helse (1995) *Velferdsstatens forsømte gruppe I*
- Sandanger, I. m.fl. (in press) «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
- Slade, M. m.fl. (1996) «The Camberwell assessment of need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill.» *Social Psychiatry Epidemiology* 31:109–113
- Sosial- og helsedepartementet (1999) *Folkehelse rapporten. Om folkehelsen*
- Sosial- og helsedepartementet (1999) *Om folkehelsen*. Faktarapport fra Statens institutt for folkehelse.
- Statistisk sentralbyrå (1993) *Sosialt Utsyn 1993*
- St meld nr 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial og helsedepartementet.
- Stroebe, W. og M.S. Stroebe (1995) *Social psychology and health*. Buckingham, UK: Open University Press
- Syttema, 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
- Ulfrstad, L.M. (1997) *Bostedsløse i Norge – kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet*. Oslo: Norges byggforskingsinstitutt
- Wittchen, H.U. m.fl. (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

Øverås, S. (1996) *Helseboka 1995*. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Ånestad, G. (1993) *Psykiatrien i forandring. Hvordan evaluere resultatene?* Helsedirektoratets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester: Delutredning 1.

Behovskartlegging i Oslopsykiatrien

Dette notatet er resultatet av et forprosjekt om behov for psykiatriske helsetjenester i Oslo, som kom i stand på initiativ fra Aker sykehus. Formålet med prosjektet er en kartlegging av de data, dokumenter og annen informasjon om psykiatriske lidelser og behandlingsbehov som (eventuelt) foreligger for Oslo. Av særlig interesse er fordelingen av psykiatrisk sykелighet og behov mellom de fire sykehussektorene i Oslo, Aker, Ullevål, Lovisenberg og Diakonhjemmet. Arbeidet har i hovedsak bestått av innsamling, bearbeiding og kommentering av allerede foreliggende data, samt innhenting av nye data i form av samtaleintervjuer med fagfolk i Oslopsykiatrien. Notatet inneholder en vurdering av disse dataenes relevans og anvendbarhet i en analyse av forskjeller i sykелighet og behovsnivå i de enkelte sykehussektorer i Oslo. Basert på en kritisk gjennomgang av foreliggende materiale, har dette forprosjektet munnet ut i forslag til nye forskningsprosjekter.

