



Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker



HÅNDBOK I DRIFT AV PSYKIATRISKE POLIKLINIKKER

**ØKT TILGJENGELIGHET FOR BRUKERNE, BEDRE STYRING AV
RESSURSENE OG MER FOKUS PÅ RESULTATENE**



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo
Tlf.sentralbord: 22 24 88 88
Faks: 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.no
Internett: www.helsetilsynet.no

Forord

På bakgrunn av anbefalingene i St.meld. nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene", har Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, gjennomført et omfattende utredningsarbeid. Stortingsmeldingen påpekte at produktiviteten ved de psykiatriske poliklinikkene synes lav, og det ble antydning om forventning om mulig 50% økning i antall pasienter per behandler.

SINTEF Unimed NIS gjennomførte på oppdrag fra Statens helsetilsyn en evaluering som foreligger i Statens helsetilsyns utredningsserie nr. 4-2000: "Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien" (poliklinikkrapporten). Rapporten konkluderte blant annet med en mulig produksjonsgevinst på i gjennomsnitt 25-30%. På bakgrunn av anbefalinger i denne utredningen ga så Sosial- og helsedepartementet Helsetilsynet i oppdrag å utarbeide denne håndboken.

Helsetilsynet ga oppgaven til en arbeidsgruppe med representanter for voksenpsykiatrien, barne- og ungdomspsykiatrien og SINTEF Unimed NIS. Statens helsetilsyn vil takke arbeidsgruppens medlemmer for innsats og engasjement i utarbeidelsen av håndboken.

Poliklinikkrapporten viste at poliklinikker med tydelig ledelse og ledelsesstrukturer var mest produktive. Fordi ressursene ved en poliklinikk alltid vil være begrenset må aktiviteten på alle områder og nivåer styres gjennom bevisste valg og prioriteringer. Håndboken er et forsøk på å fokusere på noen sentrale valg og dilemmaer for derved å tydeliggjøre ledelsesansvaret. Anbefalinger og forslag representerer ikke selvstendige statlige føringer av juridisk bindende karakter. Håndboken er kun tenkt å være et hjelpemiddel som særlig kan ses i sammenheng med gjennomføring av organisasjonens internkontroll- og kvalitetssikringssystem.

Håndboken er primært skrevet for ledere av poliklinikker, men den kan med fordel også leses av andre som arbeider ved poliklinikkene og av ledere på sykehusnivå og i fylkeskommunen.

Tre utredninger har resultert i tre parallelle publikasjoner som må ses i sammenheng:

- *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder*
- *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*
- *Kompetansebehov innen psykisk helsevern*

Statens helsetilsyn ønsker med dette å bidra til en god prosess i utviklingen av de psykiatriske poliklinikkene slik at psykisk helsevern kan utvikles i tråd med de intensjoner som ligger i opptrappingsplanen for psykisk helse. I tillegg ønsker man å bidra til en styrking av kvaliteten på tjenestene og på den behandling som gis pasientene.

Oslo, juni 2001



Lars Hanssen
Helsedirektør

Innhold

1 Innledning	7
1.1 Sentrale føringer – opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006	7
1.2 Oppsummering av poliklinikkrapporten	8
1.3 Håndbokens hensikt og målgruppe	8
1.4 Arbeidsgruppe og referansegruppe	9
2 Rammer for den psykiatriske poliklinikk	10
2.1 Poliklinikkens oppgaver.....	10
2.1.1 Befolkningsansvaret versus behandlernes autonomi	11
2.1.2 Poliklinikkens plass innen spesialisthelsetjenesten	12
2.2 Økonomiske rammer og finansieringsordninger	12
2.3 Myndighetskrav	12
3 Poliklinikkens kliniske oppgaver	14
3.1 Inntak	14
3.1.1 Inntaksvurderingen.....	14
3.1.2 Behandlingsvurderingen	14
3.1.3 Kontorfaglige oppgaver	15
3.1.4 Akutt hjelp.....	15
3.1.5 Pasienter som ikke møter.....	16
3.2 Utredning	17
3.2.1 Diagnostikk og målingsinstrumenter	18
3.3 Behandling	19
3.3.1 Individuelle planer	19
3.3.2 Behandlingsmøter	20
3.3.3 Praksisprofil	21
3.3.4 Konsultasjonslengde	22
3.3.5 Gruppebehandling	23
3.3.6 Hjemmebesøk.....	23
3.3.7 Journaldokumentasjon	23
3.4 Avslutning	25
3.4.1 Hvilke kriterier skal legges til grunn for avslutningen?	25
3.4.2 Epikriser	25
4 Samarbeid	27
4.1 Møter	27
4.2 Tverrfaglighet	28
4.3 Brukermedvirkning	29
4.4 Kontakt med pårørende	30
4.5 Samarbeid med førstelinjetjenesten	30
4.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	31
5 Ledelse og administrasjon	34
5.1 Faglig ledelse	35
5.1.1 Fagutvikling	35
5.1.2 Forskning og evaluering	36
5.2 Personalledelse.....	36
5.2.1 Rekruttere og beholde medarbeidere	37
5.2.2 Begrense sykefravær	37
5.3 Administrativ ledelse	38
5.3.1 Bruk av kontorfaglig personale	38
5.3.2 Bruk av edb	39
6 Kompetanseutvikling	40
6.1 Undervisning	40
6.2 Veiledning	41

7 Organisasjonsutvikling	43
7.1 Evaluering av poliklinikkens virksomhet	43
7.2 Balansert resultatmåling.....	44
7.3 Fra årsmelding til virksomhetsbeskrivelse	44
7.4 Årsseminar	45
7.5 Forbedringsarbeid	45
8 Oversikt over datakilder for ulike virksomhetsdata som er foreslått	47
Referanser	48
Anbefalt Litteratur	49
Metodebøker utformet og i bruk ved poliklinikker	50
Vedlegg 1: Forslag til maler for primærjournalnotater og epikrise ved voksenpsykiatrisk poliklinikker	51
Vedlegg 2: Forslag til maler for primærjournal, journalnotater og epikrise ved barn- og ungdomspsykiatriske poliklinikker	53

I Innledning

I.1 Sentrale føringer – opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006

På bakgrunn av anbefalingene i St.meld. nr. 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”(1), har Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, gjennomført et omfattende utredningsarbeid. Stortingsmeldingen påpekte befolkningens behov for en styrket, mer helhetlig utformet og brukernær psykiatrisk helsetjeneste. Den tok sikte på å tilby brukerne tjenester bedre tilpasset deres behov gjennom en rekke virkemidler; juridiske (nye lover), økonomiske (tilskudd), utdanningspolitiske (kapasitet og kvalitet) og gjennom faglig veiledning fra tilsynsmyndighetene (denne håndboka som et av mange tiltak). For voksenpsykiatriens del ble det påpekt et behov for større omstruktureringer av tjenesten mens det for barne- og ungdomspsykiatriens del særlig ble understreket behovet for kapasitetsøkning.

Tre utredninger Helsetilsynet har gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet har resultert i tre parallelle publikasjoner (hvorav håndboken er en) som skal ses i sammenheng:

Stortingsmeldingen anbefalte og St.prp. nr. 63 (1997-98) ”Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006” (2) fastslår, at de voksenpsykiatriske poliklinikkene i landet vanligvis skal være en del av et Distriktspsykiatrisk senter (DPS). De barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene vil imidlertid fortsatt i overveiende grad være autonome enheter med et direkte ansvar for befolkningen i et gitt opptaksområde. Innen voksenpsykiatrien utgjør imidlertid DPS-ledelsen poliklinikkens overordnede organisasjonsnivå som legger premisser for driften med de muligheter og begrensninger disse gir lederrollen. Dette kommenteres bare sparsomt i teksten.

Det har vært gjennomført en egen DPS- utredning som har resultert i at Statens helsetilsyn gir ut en egen veileder for drift av DPS: ”Distriktspsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder” (IK- 2738). Denne må ses i sammenheng med håndboken og vil ivareta de særlige organisatoriske og ledelsesmessige utfordringene knyttet til drift av DPS som ikke dekkes her.

Statens helsetilsyn har også gjennomført utredningen ”Kompetansebehov i psykisk helsevern” (IK - 2740), for å kunne møte de utfordringer som følger av utviklingslinjene skissert i St.meld. nr. 25. Utredningen er relevant som grunnlagsdokument for det forsknings-, fagutviklings- og kompetansehevingsarbeidet som må drives i tilknytning til og av de psykiatriske poliklinikkene i årene foran oss.

Endelig påpekte Stortingsmeldingen at produktiviteten ved de psykiatriske poliklinikkene synes lav, og det ble foreslått en evaluering av arbeidsformene med sikte på å øke antallet behandlede pasienter. Sosial- og helsedepartementet antydte i Stortingsmeldingen en forventning om mulig 50% økning i antall pasienter per behandler. Denne evalueringen ble gjennomført av SINTEF Uni-med NIS på oppdrag fra Statens helsetilsyn, og foreligger i Statens helsetilsyns utredningsserie nr. 4-2000: ”Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien” (3).

På bakgrunn av anbefalinger i denne utredningen ga Sosial- og helsedepartementet Helsetilsynet i oppdrag å utarbeide denne håndboken.

1.2 Oppsummering av poliklinikkrapporten

Rapporten bygger på en detaljert studie av tidsbruk og arbeidsformer ved 12 utvalgte poliklinikker, seks barne- og ungdomspsykiatriske og seks voksenpsykiatriske.

Resultatene indikerer et potensiale for aktivitetsøkning på 25-30% for gjennomsnittspoliklinikken i forhold til dagens nivå dersom beste praksis følges.

Tre hovedkategorier av poliklinisk aktivitet ble registrert. Aktiviteten ble inndelt i direkte pasientrelatert arbeid, indirekte pasientrelatert arbeid, og ikke-pasientrelatert arbeid.

- Henholdsvis 32% og 22% av arbeidstiden i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri gikk til direkte pasientrelatert arbeid.
- Hver behandler innen voksenpsykiatri har gjennomsnittlig kontakt med 9 ulike pasienter i løpet av en uke, eller 1,8 pasienter hver dag. De tilsvarende tall for BUP er 5 og 1.
- Henholdsvis 42% og 45% gikk til indirekte pasientrelatert arbeid, og journalføring og intern møtevirksomhet var de mest tidkrevende aktivitetene innen denne kategorien.
- Henholdsvis 26% og 32% gikk til ikke-pasientrelatert arbeid. Det gjelder særlig interne møter, administrasjon, kurs og studier av faglitteratur.
- 17% av tiden brukes til kompetanseutviklende aktiviteter, som veiledning, undervisning, kurs etc.
- Det er stor variasjon i tidsbruken mellom de enkelte behandlere innen samme poliklinikk, uavhengig av profesjon .
- Leger under utdanning bruker mindre tid til direkte pasientrelatert arbeid enn andre profesjoner i en voksenpsykiatrisk poliklinikk.
- En av fem pasienter møter ikke til avtalt time ved voksenpsykiatriske poliklinikker og en av ti ved BUP.

1.3 Håndbokens hensikt og målgruppe

Poliklinikkrapporten viste at poliklinikker med tydelig ledelse og ledelsesstrukturer var mest produktive. Hovedintensjonen med denne håndboken er å gi klare og enkle anbefalinger om

- god faglig ledelse ved å sørge for at tjenestene holder tilstrekkelig god kvalitet
- god personalledelse slik at rekrutteringen er tilfredsstillende, sykefraværet og personalgjennomtrekken akseptabel og arbeidsmiljøet godt
- god administrativ ledelse og derved øke produktiviteten

Håndboken er primært skrevet for ledere av poliklinikker, men den kan med fordel også leses av andre som arbeider ved poliklinikkene og av ledere på sykehusnivå og i fylkeskommunen. Statens helsetilsyn har ikke hatt som ambisjon å gi ut en ny bok om ledelse, men håper at håndboken kan være et praktisk verktøy til nytte for ledelsen og organisasjonen i det kontinuerlige daglige arbeidet med kvalitetsutvikling og effektivisering.

Fordi ressursene ved en poliklinikk alltid vil være begrenset må aktiviteten på alle områder og nivåer styres gjennom bevisste valg og prioriteringer. Håndboken er et forsøk på å fokusere på noen sentrale valg og dilemmaer for derved å tydeliggjøre ledelsesansvaret. Anbefalinger og forslag representerer ikke selvstendige statlige føringer av juridisk bindende karakter. Håndboken er kun tenkt å være et hjelpemiddel som særlig kan ses i sammenheng med gjennomføring av organisasjonens internkontroll- og kvalitetssikringssystem. Kapitlene er strukturert slik at det først gis en saksfremstilling av et område med påfølgende beskrivelse av mulige tiltak for utvikling av administrasjon og ledelse knyttet

til avgrensede funksjoner og driftsområder hvor poliklinikkrapporten påpekte forbedringspotensialer.

Det foreslås en rekke virksomhetsdata i forhold til ulike driftsområder. Dette betyr ikke at alle disse bør innføres i den enkelte poliklinikk. Det ville bli alt for omfattende og arbeidskrevende. Meningen er å gi poliklinikkene et tilfang av mulige variabler for virksomhetsdata, slik at det kan gjøres begrunnede valg av hvilke variabler det vil være nyttig å måle for den enkelte poliklinikk i den situasjon og fase den befinner seg.

1.4 Arbeidsgruppe og referansegruppe

Arbeidet har blitt utført av en arbeidsgruppe som har vært tverrfaglig sammensatt fra voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien, supplert med en forsker fra SINTEF Unimed NIS, som også var medforfatter til poliklinikkrapporten:

Avdelingsoverlege Torleif Ruud (prosjektleder)
Kst. sjeflege Ewa Ness (prosjektsekretær)
Universitetslektor Ole-Audun Rostad
Overlege Ketil Hanssen-Bauer
Oversykepleier Mette Kalve
Forsker Trond Hatling

Arbeidsgruppen har hatt åtte ordinære møter, to telefonmøter og de fleste har deltatt på referansegruppemøtene. Flere av arbeidsgruppens medlemmer har levert skriftlige bidrag mens prosjektsekretær har hatt hovedansvaret for sammenfatning og utskrivning og prosjektleder for kvalitetssikring.

En referansegruppe har gitt verdifulle innspill og korrektiver i to møter og skriftlig før og mellom møtene. Referansegruppens medlemmer har vært: Vivi Reinert (Landsforeningen for pårørende i psykiatrien), Erling Jahn (Mental helse), Inger Sandanger (Norges forskningsråd), Håkon Ruud (Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner), Astrid Rødseth (Norsk sykepleierforbund), Anne-Lise Mengshoel (Fellesorganisasjonen FO), Ola Marstein (Norsk psykiatrisk forening), Axel Ødegaard (Norsk barnepsykiatrisk forening), Wenche Ellefsen (Kliniske pedagogers forening), Anders Skuterud (Norsk psykologforening).

Fra Statens helsetilsyn har fagsjef Ellen Hagemo og seniorrådgiver Torgeir Lømo deltatt i arbeidsgruppe- og referansegruppemøter. Håndboken har vært lagt frem for fagrådet for psykiatri som anbefalte den publisert.

2 Rammer for den psykiatriske poliklinikk

2.1 Poliklinikkens oppgaver

Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 sier at sykehus særlig skal ivareta følgende oppgaver: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenester pålegger alle som yter helsetjenester å etablere internkontroll for virksomheten. Det innebærer at poliklinikken etablerer et system for å sikre at virksomheten drives i samsvar med regelverket. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i prosedyrer. Det er både fylkeskommunens og poliklinikklederens ansvar å sørge for at poliklinikkens arbeidsoppgaver er så klart definert at dette kan være til hjelp i de vanskelige prioriteringene som ofte må gjøres.

Psykiatriske poliklinikker skal først og fremst utføre psykiatrisk utredning og behandling, men også tilby utdanning og opplæring av helsepersonell. Veiledning og samarbeid overfor førstelinjetjenesten og andre samarbeidspartnere, som primærhelsetjenesten, barnehage, skole, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) og barnevern er også viktige oppgaver, som nå blir hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten § 7-4: Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten (4). Noen voksenpsykiatriske poliklinikker har også utrednings-, behandlings- og veiledningsoppgaver i lokale dag- eller døgnavdelinger, som for eksempel psykiatriske sykehjem. De færreste poliklinikker har ressurser til å dekke alle disse behovene fyllestgjørende, og et gjennomgående tema i denne veiledningen er aktiv prioritering.

I voksenpsykiatri skal de psykiatriske poliklinikker utenfor sykehus utrede og gi poliklinisk behandling for de fleste psykiatriske lidelser (nærmere beskrevet i DPS-veilederen). Dette gjelder blant annet kriser, depresjoner, angstlidelser, tvangslidelser, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og psykoser (5, 6, 7, 8). Sentrale behandlingsformer er kriseintervensjon, rådgivning, korttidsterapi, langtidsterapi, familieterapi, gruppeterapi og medikamentell behandling.

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker utreder og behandler i tillegg til tilstandsbildene nevnt foran, blant annet utviklingsforstyrrelser (spesifikke og gjennomgripende), hyperkinetiske forstyrrelser (hyperaktivitet), atferdsforstyrrelser, forstyrrelse i sosial fungering og tics/Tourettes syndrom, samt tidlige forstyrrelser og samspillsvansker. Ved noen poliklinikker er det spesialiserte team som psykoseteam eller rehabiliteringsteam, nevroteam og anoreksiteam som arbeider med nærmere definerte pasientgrupper eller spesialiserte utrednings- og/eller behandlingsformer. Det foreligger ennå lite systematiserte erfaringer med slike organisasjonsformers konsekvenser for behandlingens kvalitet og produktivitet.

Det bør være størst mulig bredde i det behandlingstilbudet poliklinikken gir. Kompetansebygging bør først og fremst skje ut i fra hva slags kompetanse poliklinikken trenger, og ikke hva den enkelte behandler er interessert i. Små poliklinikker vil ikke kunne ha like stor bredde i behandlingstilbudet og må gjøre realistiske prioriteringer i forhold til hvilken behandling de vil tilby. Større poliklinikker kan være organisert i flere team. Da må man ta stilling til om disse skal organiseres som allmennpsykiatriske team for hvert sitt geografiske område eller som spesialiserte team med ulike målgrupper. Disse organisasjonsformene legger vekt på ulike sider ved spesialisering: Kunnskap om det nærområde man virker i eller kunnskap om behandling. Store geografiske avstander innen poliklinikkens opptaksområde taler for å organisere det som allmennpsykiatriske team for å sikre tilgjengelighet for flest mulig.

Ved større voksenpsykiatriske poliklinikker og distriktpsykiatriske sentre bør det være et psykoseteam eller et mobilt team som kan arbeide med pasien-

ter med alvorlige og langvarige psykiske lidelser og behov for mer omfattende behandling og oppfølging. Ut ifra lokale forhold bør det vurderes om slike team skal være en del av poliklinikken eller primært være knyttet til andre enheter innen det distriktspsykiatriske senteret. Mobile team må få opplæring i de arbeidsformer som brukes av slike team. Ved mindre poliklinikker kan noen få behandlere utgjøre en liten arbeidsgruppe som kan rykke ut som et mobilt team ved behov for hjemmebesøk eller tidlig intervensjon i pasientens nærmiljø. Både innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien representerer også gruppen pasienter med psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelmissbruk, en særlig faglig utfordring som må sikres god ivaretagelse ved utpekte behandlere med særskilt kompetanse/ansvar eller teamorganisering (9).

I BUP er det spesielle utfordringer knyttet til organiseringen av det utstrakte tverrfaglige arbeidet som behandlingen krever både internt og eksternt. Det er i praksis ofte at flere utrednings- og behandlingsmetoder iverksettes i forhold til samme sak. Eksempler på dette er individualterapi, foreldresamtaler, familieterapi, tilpassede miljøterapeutiske metoder, samspillsbehandling, nevropsykologisk utredning, veiledning til skole, samarbeid med barnevernet ved f.eks. innleggelse i barnevernsinstitusjon, samarbeid med habiliteringstjeneste og somatisk barneavdeling osv. Flere av tiltakene kan foregå samtidig, eller til ulik tid i samme saksforløp.

I tillegg er det nødvendig med et samarbeid mellom voksenpsykiatrien og BUP i ulike typer saker, som når ungdommer etter behandling i BUP skal overføres til videre behandling i voksenpsykiatrien etter fylte 18 år, og når barnas foreldre trenger eller allerede mottar behandling i voksenpsykiatrien.

2.1.1 Befolkningsansvaret versus behandlerens autonomi

I Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. står det at lovens formål blant annet er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig, bidra til et likeverdig tjenestetilbud, bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene og å sikre tjenestetilbudets kvalitet.

Tilgjengelighet til poliklinikkens tjenester er et sentralt konflikteam. Poliklinikkene lever i krysspresset mellom etterspørsel fra dem som ikke har et tilbud, og egne krav til behandlingskvalitet overfor dem som allerede har et tilbud. Begge deler kan ikke tilfredsstilles fullt ut samtidig. Befolkningsansvaret er i følge poliklinikkrapporten et ansvar som ledelsen forholder seg til på ulike måter: Noen ved å prioritere bevisst og drive en form for kollektiv bevisstgjøring innad i poliklinikken, andre ved ikke å ha noen uttalt holdning i forhold til dette dilemmaet.

De fleste poliklinikker praktiserer en utstrakt autonomi for den enkelte behandler og har ingen uttalt konsensus om hva som skal være behandlingsmålsettingen for den enkelte pasient, eller for når det er faglig riktig å avslutte en behandling. Den gamle forskriften om ventetidsgaranti med vurderingsgaranti og behandlingsgaranti har bidratt til å fokusere mer på etterspørselspresset og dermed befolkningsansvaret. Denne er erstattet av Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp (10).

Tilgjengelighet til polikliniske tjenester betyr kort ventetid eller ingen ventelister for brukerne, det vil si både pasienter og henvisende samarbeidspartnere. En av poliklinikkene i rapporten hadde før etablering gått ut til primærhelsetjenesten og spurt dem hva de ønsket av poliklinikken, og fått til svar blant annet "tilgjengelighet". Bevisst prioritering av pasientinntaket sett i forhold til befolkningsansvaret innebærer at ledelsen har satt opp måltall for hvor mange konsultasjoner behandlerne i gjennomsnitt gir per uke og i en konsultasjonsserielengde, for ulike pasientkategorier. Dette er en strategi for å bedre tilgjengeligheten av spesialisthelsetjenestene. Samtidig har man en løpende diskusjon om hvor-

dan man unngår ventelister, samt rutiner for å sikre målsettingen om en relativt høy pasientgjennomstrømning. Noen pasientadministrative systemer har mulighet for å gi den enkelte behandler tilbakemelding på antall behandlede pasienter, konsultasjonsserielengde og eventuelt tidsbruk per konsultasjon.

2.1.2 Poliklinikkens plass innen spesialisthelsetjenesten

Psykiatriske poliklinikker har ulik plassering i de psykiatriske spesialisthelsetjenestene. Det kan ha betydning for hvilke arbeidsoppgaver poliklinikken har og hvilket ansvar poliklinikkledere har. En leder ved en liten frittstående poliklinikk har andre utfordringer enn en leder ved en stor poliklinikk med flere team, eller ved en poliklinikk innen et distriktpsykiatrisk senter eller en psykiatrisk klinikk. Håndboken må derfor leses i forhold til den fordeling av oppgaver og ansvar som finnes i den organisasjonen der man arbeider.

Innenfor voksenpsykiatrien er etablering av DPS et satsningsområde. De fleste psykiatriske poliklinikker er en del av et distriktpsykiatrisk senter. En del lederoppgaver vil derfor ivaretas helt eller delvis av en leder som er overordnet poliklinikkens leder.

Som nevnt innledningsvis vil utformingen av lederrollen for de aller fleste barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, fortsatt måtte ivareta alle de krav og utfordringer som stilles til ledelse av en autonom enhet.

2.2 Økonomiske rammer og finansieringsordninger

Økonomiske rammer i form av stillinger og driftsmidler er avgjørende for gjennomføring av de oppgaver poliklinikken har fått. Lederens oppgave er å bruke ressursene hensiktsmessig i forhold til oppgavene og rapportere til neste ledelsesnivå om hvilke konsekvenser rammene gir.

Siden psykiatriske poliklinikker delfinansieres gjennom takster knyttet til henvisninger og bestemte typer arbeidsoppgaver, vil utformingen av dette takstsystemet ha en sterk innflytelse på poliklinikkens arbeid og prioriteringer. Det kan være vanskelig å prioritere oppgaver som helsemyndighetene sier bør prioriteres, dersom oppgavene ikke belønnes gjennom takstsystemet. Eksempler på dette er samarbeid med andre instanser og gruppeterapi. Det er en lederoppgave å sørge for at prioriteringer likevel gjøres ut ifra de behov en kjenner til og ikke primært ut ifra de takster som til en hver tid gjelder.

Ved utarbeidelse av denne håndboken har det ikke vært en del av mandatet å vurdere takstsystemet og andre finansieringsordninger. Sosial- og helsedepartementet gjennomfører en egen utredning og vurdering av dette systemet som skal slutføres i 2002.

2.3 Myndighetskrav

Håndboken gir ikke fortløpende referanser i teksten til alle relevante myndighetskrav. Boken representerer et forsøk på å bruke et språk nær den kliniske virkelighet. Statens helsetilsyn har også ønsket håndboken utformet på et så generelt nivå at den i størst mulig grad kan gi beskrivelser som oppleves like relevante for både voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien. Med de faglige og kulturelle forskjellene som vi vet eksisterer mellom de to psykiatriske spesialitetene, kan dette sies å være en krevende øvelse. Behovet for å markere et helhetlig syn på det psykiske helsevern framover, har imidlertid vært tilagt vekt. Der hvor forskjellene er av prinsipiell karakter, gir teksten separate henvisninger og redegjørelser.

Innledningsvis vil vi her påpeke de myndighetskrav som vurderes å være av størst betydning som overordnede referanser relatert til håndbokens tema. Ellers

forutsettes den nødvendige kjennskap til lov, forskrift, rundskriv og retningslinjer som er bindende for drift av psykiatriske poliklinikker, uten at alt refereres til her:

Myndighetskrav

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3: *Internkontroll*

” Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomheten og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allmenn aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.”

Minstekrav til et internkontrollsystem:

Det skal foreligge målsetting for virksomheten.

Det skal foreligge et organisasjonskart som viser ansvar og myndighet.

Det skal foreligge prosedyrer for etterlevelse av lover og forskrifter.

Det skal foreligge prosedyrer for vedlikehold av systemet.

Det skal foreligge prosedyrer for registrering og håndtering av avvik.

Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr. 61, § 1-1: *Lovens formål*

Lovens formål er særlig å:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-3: *Plikt til forsvarlighet*

”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige”.

Lov om spesialisthelsetjenesten §3-4: *Kvalitetsutvalg*

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll som institusjonen er pliktig til å føre.

Lov om spesialisthelsetjeneste § 7-4: *Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten*

Helsepersonell som er ansatt i offentlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra fylkeskommunen til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62

Forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet av 1. desember 2000

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63, kap 2: *Rett til helsehjelp*

Lov om pasientrettigheter kap 3: *Rett til medvirkning og informasjon*

Lov om pasientrettigheter kap 4: *Samtykke til helsehjelp*

Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64, kap 3: *Krav til organisering av virksomhet*

3 Poliklinikkens kliniske oppgaver

3.1 Inntak

Pasientrettighetsloven pålegger spesialisthelsetjenesten der fylkeskommunen dekker driftsutgifter, å sikre at alle pasienter som henvises har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Vurderingen kan skje på grunnlag av henvisningen. Loven skal sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten. Rett til nødvendig helsehjelp er hjemlet i § 2.1 og utdypet i Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp, som erstatter Forskrift om ventetidsgaranti. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening i samarbeid med Norsk Psykologforening har utarbeidet kriterier for hvilke pasienter i den barne- og ungdomspsykiatriske pasientgruppen som faller innenfor kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp. Disse er av Sosial- og helsedepartementet anbefalt som retningsgivende for praktisering av klinisk skjønn (11).

Målsettingen vedrørende inntak er et ansvar for lederen av poliklinikken. Målet med inntaksprosedyren er å prioritere de pasientene som skal tilbys behandling ved en psykiatrisk poliklinikk (inntaksvurdering), og deretter å legge grunnlaget for en målrettet vurdering, diagnostikk og eventuelt behandling (behandlingsvurdering).

Forenkling av inntaksprosedyren kan frigjøre tid. De ulike poliklinikkene i poliklinikkrapporten skilte seg fra hverandre ved at noen brukte mye mens andre brukte lite møtetid for å gjennomføre inntaket. Behandlerne bør først og fremst bruke tid på behandlingsvurderingen.

Poliklinikkrapporten viste at henvisninger i stor grad ble fordelt etter kapasitet. Man ønsket at pasienten skulle få et tilbud raskt av behandleren med minst pasientbelastning, framfor å måtte vente på en mer kompetent behandler. Det er et faglig ansvar å fordele utrednings- og behandlingsoppgaver etter den kompetansen en behandler har. Alle behandlere har ikke samme kompetanse, og utrednings- og behandlingsoppgaver kan derfor ikke fordeles tilfeldig.

3.1.1 Inntaksvurderingen

Inntaksvurderinger krever kompetanse og kjennskap til de lover og forskrifter som regulerer rett til vurdering og rett til helsehjelp, som nevnt over. Ansvar for inntaksvurderingen skal ligge hos lederen, ikke hos flere personer eller i et team. Lederen kan delegere inntaksvurderingene til en kompetent fagperson som skal vurdere alle henvisningene og avgjøre hvilke pasienter som har rett til behandling og hvilke som bør tilbys behandling, hvilke som kan henvises tilbake til primærhelsetjenesten og hvilke henvisninger som må avklares nærmere før man kan ta stilling til dem. Dersom det er flere team ved poliklinikken, kan henvisningene fordeles til teamene etter at inntaksvurderingen er gjort. I spesielle tilfelle kan den inntaksansvarlige vurdere det slik at det er nødvendig å drøfte en henvisning i teamet før man tar stilling til inntak eller ikke. Dette bør være unntaket, og ikke regelen.

Forskrift om ventelisteregistrering pålegger avdelingene å føre ventelister og å holde dataene oppdatert. Ventetid er et uttrykk for tilgjengelighet. Poliklinikken bør ta stilling til hvor lenge pasienter kan vente på behandling. Ventetiden ved poliklinikken er et felles anliggende, og kan ikke være opp til den enkelte behandler å vurdere ut fra kapasitetshensyn. Det kontorfaglige personalet bør registrere ventetid for alle pasienter.

3.1.2 Behandlingsvurderingen

Det er viktig å unngå tidkrevende inntaksrutiner der pasienter diskuteres av flere behandlere, flere ganger, og i flere fora. Etter inntaksvurderingen bør hvert team beslutte hva slags utredning og eventuell behandling som er aktuelt

for den enkelte pasient, og hvilke(n) behandler(e) som skal tildeles ansvaret for dette. Ved større poliklinikker kan det være en ide å ha en sekretær tilstede i slike møter for å registrere alle beslutninger og ivareta de nødvendige dokumentasjonsrutiner. Behandlingsvurderingene bør inngå i behandlingsmøtene, ikke i et ukentlig inntaksmøte. Slik sikres raskere tilbakemelding på henvisningene og mindre ”opphopning” av henvisninger.

3.1.3 Kontorfaglige oppgaver

Ifølge poliklinikkrapporten bør det kontorfaglige personalet i større grad delta i inntaksprosedyren. De kan registrere personalopplysninger og klargjøre journalen før første konsultasjon. Det bør lages standardbrev for om rett til nødvendig helsehjelp innvilges eller ikke, for tilbud om behandling, for forespørsel om flere opplysninger og for tilbakehenvisning til førstelinjetjenesten.

Gjennom gode kontorfaglige rutiner bør pasienten og henviser få en rask bekreftelse på at henvisningen er mottatt, med orientering om videre prosedyre, og timeavtale. Kontorpersonalet bør besvare forespørsler om time fra pasienter, slik at behandlerne ikke forstyrres. Dette krever at kontorpersonalet til enhver tid må ha oversikt over behandlernes timeplaner.

3.1.4 Akutthjelp

I følge spesialisthelsetjenesteloven er hvert fylke pålagt å ha en institusjon som skal ivareta øyeblikkelig hjelp (ØHJ)- funksjonen, både innen voksenpsykiatri og innen barne- og ungdomspsykiatri. Psykiatriske poliklinikker er ikke pålagt ØHJ-plikt, men kan delta i dette på vegne av en avdeling med ØHJ-plikt dersom dette er avtalt innen institusjonen. De poliklinikker som ikke har ØHJ-plikt på denne måten, bør bruke begrepet akutthjelp om den service de yter overfor pasienter som henvender seg uten forhåndsavtalt time på poliklinikken. Derved skilles den lovhjemlede ØHJ-plikten klart fra et tilbud om akutt time som ikke er forhåndsbestilt.

Poliklinikkrapporten viste at enkelte voksenpsykiatriske poliklinikker som geografisk ikke var samlokalisert med akuttavdelingen, brukte mye tid på innleggelsesvurderinger og arbeid i forbindelse med innleggelser. Der hvor poliklinikk og døgnavdeling var samlokalisert, kunne vakthavende lege ved døgnavdelingen foreta vurdering av innleggelse etter at pasienten var vurdert og henvist av allmennlege. På steder der poliklinikkene har et godt akuttilbud, henviser primærhelsetjenesten ofte til dette tilbudet i voksenpsykiatrien, fordi det sparer dem for den tid det tar å utføre innleggelser til psykiatriske døgnavdelinger. Denne praksis er tidkrevende og ressurskrevende for poliklinikkene. Det innebærer et nytt ledd i behandlingsskjeden for pasienten, et ledd som er unødvendig dersom det ikke er tvil om innleggelsesvurderingen.

Ved mange poliklinikker brukes det mye ressurser til akutthjelptilbudet. En eller flere behandlere er ofte frigjort fra faste timeavtaler de dagene de har vakt. Vaktberedskap utføres ofte av spesialister, som allerede er etterspurt til andre nøkkeloppgaver ved poliklinikkene. Poliklinikkrapporten viste at der man hadde oversikt over antallet akutte henvendelser utgjorde dette gjennomsnittlig 1-2 henvendelser i uken, men med stor variasjon.

Behandler tid som brukes til akutthjelp og beredskap, bør vurderes opp mot antall akutte henvendelser. Den enkelte poliklinikk bør registrere antall akutte henvendelser og bli enige om hvor mye tid som bør sikres til dette daglig. Lederen må avgjøre hvilke av behandlerne som har den nødvendige kompetanse for dette.

Det ideelle for pasientene er å møte til avtalt konsultasjon. Når det ikke er mye akutthjelp, bør det imidlertid være mulig og faglig forsvarlig å forskyve enkelte timeavtaler til fordel for en akutt henvendelse. Dette vil sannsynligvis være tilstrekkelig ved de fleste BUP- poliklinikker.

Poliklinikkens tilgjengelighet for akutte pasientkonsultasjoner kan også innskrenkes til noen timer hver dag, for eksempel i tidsrommet 10-14, slik at den planlagte behandlingsaktiviteten skjermes. Dette er i tråd med organisasjonsendringer gjort ved flere sykehus, der elektiv og akutt virksomhet skilles fra hverandre, og der man forsøker å ikke forstyrre elektiv behandlingsvirksomhet for å kunne øke behandlingskapasiteten.

Primærhelsetjenesten bør fungere som "portvokter" for bruk av spesialisthelsetjenesten. Pasienter som henvender seg for akutthjelp ved poliklinikken, bør være henvist fra fastlegen. Telefonisk kontakt med poliklinikken og en skriftlig henvisning som medbringes av pasienten, bør være tilstrekkelig for at pasienten kan mottas samme dag. I enkelte tilfelle bør man akseptere at pasienter eller pårørende henvender seg direkte, og at henvisning kan innhentes i ettertid fra fastlegen.

Samarbeidspartnere som henvender seg telefonisk til poliklinikken vedrørende akuttpregede problemstillinger, bør uten å måtte vente kunne komme i kontakt med en kompetent fagperson for drøfting. Henvisning vedrørende ordinære saker bør henvises til en fast daglig telefontid av en halv til en times varighet. Veiledningsplikt overfor førstelinjetjenesten hjemles i spesialisthelsetjenesteloven, og poliklinikkene må legge opp til rutiner som ivaretar veiledningsbehovet overfor førstelinjetjenesten.

3.1.5 Pasienter som ikke møter

En av fem pasienter møter ikke til time ved voksenpsykiatriske poliklinikker, mens en av ti pasienter ikke gjør det i barne- og ungdomspsykiatrien.

Når en pasient ikke møter til time en eller flere ganger, bør poliklinikken vurdere om dette er en pasient som man burde sette i verk tiltak for å komme i kontakt med, eller om pasienten er umotivert for behandling og at kontakten bør avsluttes. Pasientens psykiske lidelse, symptomer, problemer, omsorgssituasjon og eventuelle farlighet bør inngå i en slik vurdering. Dersom man vurderer at dette er en pasient man burde sette i verk tiltak for å komme i kontakt med, må man forsøke å kontakte pasienten eller foresatte telefonisk, oppsøke vedkommende så snart som mulig eller avtale at andre, f.eks. den som har henvist, tar kontakt med pasienten.

Henvisende instans bør få tilbakemelding om situasjonen. Uklare ansvarsforhold rundt overtakelse av behandlingsansvar på tvers av behandlingsnivåer skal ikke gå ut over pasienten.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Ut ifra poliklinikkens bemanning og behandlernes tilgang på pc-er, besluttes det hvilke deler av obligatoriske registreringer som skal gjøres av henholdsvis kontorpersonale og behandlere, og det tilrettelegges enkle rutiner for dette både når det gjelder registrering direkte i edb-systemet og på tilpassede papirskjema.
- Det lages standardbrev til bruk ved tilbud om behandling, ved innvilget eller ikke innvilget behandlingsgaranti, ved forespørsel om flere opplysninger og ved avslag.
- En person utpekes som ansvarlig for inntaksvurderingene, og fordeler henvisninger til teamlederne etter inntaksvurderingen. Behandler, utredning, behandlingstype og antatt behandlingsvarighet bør drøftes og besluttes i behandlingsmøter.
- Det bør ikke gå mer enn en uke før pasienten får bekreftet at henvisningen er mottatt med orientering om inntaksprosedyren og timeavtale. Kontorpersonalet besvarer forespørsler om time.
- Akutthjelpordningen vurderes nøye med hensyn til bruk av ressurser sett opp mot antall akutte henvendelser. Behandlere kan forskyve timeavtaler til fordel for akutte henvendelser dersom det ikke skjer for ofte.
- Samarbeidspartnere som henvender seg telefonisk på poliklinikken for å drøfte en akutt klinisk problemstilling, bør raskt kunne komme i kontakt med en kompetent fagperson.

Forslag til virksomhetsdata

- Andelen tilbakehenvisninger til førstelinjetjenesten.
- Gjennomsnittlig og maksimal ventetid som et mål på tilgjengelighet, for henholdsvis pasienter med rett til helsehjelp og for pasienter uten rett til helsehjelp.
- Andel pasienter med rett til helsehjelp i forhold til totalt antall henvisninger.
- Andel av førstegangskonsultasjoner der pasienten ikke har møtt.
- Andel akutte pasientkonsultasjoner i forhold til alle konsultasjoner.
- Antall innleggelser i akuttpsykiatrisk avdeling fra poliklinikken hver tertial.

3.2 Utredning

Hensikten med utredning er å stille en diagnose og å gi retningslinjer for behandling. Utredningen er viktig informasjon til pasienten og henvisende instans. Når utredning og diagnostikk er gjennomført, må det vurderes om poliklinikken skal tilby behandling, eller henvise pasienten videre eller tilbake. Utredningen bør være så bred at man ikke overser vesentlige faktorer, og den bør dekke biologiske, psykologiske og sosiale aspekter og mulige årsaksfaktorer. Det må vurderes om det er tilstrekkelig med en behandler, eller om flere behandlere må bidra for å dekke alle disse aspektene. Det er et lederansvar å avgjøre hvilke behandlere som har utredningskompetanse.

Når utredningen munner ut i et tilbud om behandling, bør det lages en individuell plan for behandlingen. Selv om utredning og behandling kan gå i hverandre og behandling i noen tilfeller må starte i første konsultasjon, er det ønskelig å forsøke å tydeliggjøre skillet mellom utredning og behandling. Dette vil gi en klarere konklusjon på utredningene og gjøre behandlerne mer bevisst på målsettingen med behandlingen.

Poliklinikken bør gå kritisk gjennom sine utredningsrutiner for å se om de gir nyttige retningslinjer for behandlingen. Det bør finnes skriftlige retningslinjer for hvordan utredninger utføres.

3.2.1 Diagnostikk og målingsinstrumenter

Alle pasienter som behandles i de psykiatriske spesialisthelsetjenestene skal diagnostiseres innen diagnosesystemet ICD-10 fastsatt av Verdens helseorganisasjon. I barne- og ungdomspsykiatrien brukes et multiaksialt diagnosesystem med 6 akser som bygger på ICD-10, der følgende områder diagnostiseres: 1) Klinisk psykiatrisk syndrom, 2) Spesifikke utviklingsforstyrrelser, 3) Intelligensnivå, 4) Somatisk sykdom, 5) Avvikende psykososiale forhold og 6) Globalt psykososialt funksjonsnivå. Behandlerne må kunne bruke ICD-10, og ha gjennomgått opplæring i dette. Det er nødvendig at alle som diagnostiserer har tilgang til ICD-10 diagnoseverktøy på norsk (12).

I voksenpsykiatrien er skåring av globalt symptomnivå (GAF-S) og globalt funksjonsnivå (GAF-F) obligatorisk ved begynnelsen og avslutningen av en poliklinisk konsultasjonsserie. GAF med skåringsveiledning er lagt ut på Internett på nettstedet <http://www.transmit.no/gaf/>

I BUP er akse 6 (global vurdering av psykososialt funksjonsnivå) innført, og det anbefales på samme måte å skåre denne ved begynnelsen og avslutningen av en konsultasjonsserie.

Det er viktig å sikre kvaliteten på utredningens konklusjon. Dette kan gjøres ved at den faglige lederen på poliklinikken leser og undertegner utredningen, eller ved at den kan drøftes i et behandlingsmøte eller i veiledning. Den bør sendes henvisende instans så snart som mulig etter avsluttet utredning.

Det kan være nyttig å bruke ulike spørreskjema som pasienten fyller ut eller ulike skåringsskalaer som behandleren fyller ut. Spørreskjemaer og skåringsskalaer kan brukes i utredning og løpende evaluering. Det er i løpet av de siste årene utviklet stadig bedre metoder for å kunne måle endring innen områder som symptomer, diagnoser, funksjonsnivå, brukernes tilfredshet og livskvalitet. De kan også brukes som et ledd i kvalitetssikring av virksomheten og dokumentasjon av effekt.

Dersom en skal inkludere ett eller flere instrumenter fast i utredning og behandlingsevaluering av alle pasienter, bør man vurdere grundig hensikten og nytten i forhold til den tid det tar å bruke dem. Det mest hensiktsmessige er å kjenne til et mindre utvalg av slike instrumenter og å bruke det enkelte instrument selektivt, det vil si i de tilfellene der det kan gi nyttig tilleggsinformasjon. Det bør være en felles plan og skriftlige retningslinjer ved poliklinikken når det gjelder hvilke måleinstrumenter man skal bruke og når de skal brukes, slik at denne praksisen ikke blir tilfeldig. Dette forutsetter også en systematisk opplæring i bruk av instrumentene.

Informasjon om slike instrumenter og råd om valg og bruk av disse finnes i ulike publikasjoner. Ved beslutninger om valg og bruk av slike måleinstrumenter bør en søke råd hos fagfolk som kjenner slike instrumenter og har kompetanse innen dette feltet.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Det utformes skriftlige retningslinjer for hvordan utredningen skal gjennomføres og for hvor lang tid en standard utredning bør ta.
- Utredningen i form av en vurdering med diagnose, konklusjon og forslag til tiltak formidles til henvisende instans skriftlig når utredningen er fullført.
- Diagnosen drøftes i et behandlingsmøte eller i veiledning for å sikre den diagnostiske kvalitet.
- Det utformes lokale retningslinjer for når og hvordan spørreskjema og skåringsskalaer skal brukes som ledd i utredning, behandling og evaluering.
- Alle behandlere bør få opplæring i bruk av ICD-10 gjennom kurs og veiledning.
- Bruk av GAF og akse 6 bør regelmessig kvalitetssikres.

Forslag til virksomhetsdata

- Andel av konsultasjoner som er brukt på utredninger.
- Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per utredning.

3.3 Behandling

Det foregår nå en nasjonal og internasjonal diskusjon om psykiatrisk behandling i perspektivet kunnskapsbasert praksis. For mange behandlingsmetoder foreligger det ikke dokumentert effekt ved vitenskapelige undersøkelser, og det er lite systematisk behandlingsevaluering ved den enkelte poliklinikk. Den enkelte behandler har i dagens poliklinikker stor grad av autonomi i utformingen av behandlingstilbudet, delvis basert på individuelle preferanser. Det finnes videre ulike samarbeidsmønstre som noen ganger mangler vitenskapelig belegg og systematisk evaluering. Vi ser også at brukerne har økt kompetanse, blant annet som følge av Internett. Samlet sett stiller dette poliklinikkene overfor store utfordringer når det gjelder utformingen av behandlingstilbudet og faglig ledelse av den enkelte behandler.

Poliklinikken bør utforme sine behandlingstilbud i tråd med det som er vitenskapelig dokumentert innen de områdene der det finnes slik dokumentasjon, og i tråd med konsensus fra ekspertgrupper der det ikke finnes vitenskapelige undersøkelser. Poliklinikken må følge med i utviklingen innen de aktuelle fagfeltene. For de pasientgruppene der det finnes publiserte retningslinjer eller behandlingsopplegg som er godt dokumentert gjennom empiriske undersøkelser, bør poliklinikken ta i bruk disse behandlingsformene (se kap 5.1.1 om fagutvikling).

3.3.1 Individuelle planer

Psykisk helsevernloven krever at det utformes en skriftlig individuell plan for pasienter innen de psykiatriske spesialisthelsetjenestene med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Pasientrettighetsloven hjemler pasientens rett til medvirkning og til informasjon. Pasienten skal medvirke i valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette krever en egeninnsats fra pasientens side, og medvirkningens form må tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Planen skal kartlegge behov, angi mål, og angi hva slags helsetjenester som er aktuelle, og omfanget av disse. Planen skal også beskrive nødvendig samarbeid med andre helse- og sosialtjenester. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasienten (spesialisthelsetjenesteloven § 2-6). Nærmere presiseringer av

hvem det skal utarbeides individuelle planer for og hvordan planen skal utformes, blir beskrevet i forskriftene og i veilederen til denne. Forskriftene trådte i kraft 1. juli 2001.

Sammen med pasienten, og foreldre/foresatte når pasienten er mindreårig, bør det defineres ett eller flere mål for behandlingen. Dette kan bidra til mer målrettet behandling og øke pasientens motivasjon. Behandlingsmålene bør være konkret formulert slik at det er mulig å vite om de er nådd eller ikke, og de bør brukes som et ledd i behandlingsevalueringen. En del av retten til å medvirke, er å la pasienten få mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i ettertid. Pårørende bør også være med i prosessen når dette er ønskelig og pasienten samtykker i det.

For en del pasienter med behov for koordinert hjelp fra et behandlingsnettverk vil utforming og gjennomføring av en individuell plan kreve et samarbeid mellom poliklinikken og flere samarbeidspartnere, som for eksempel kommunehelsetjenesten, trykdeetaten, sosialetaten, habiliteringstjenestene, pediatrien, barnevernet, aetat, skole og PPT, og barnehager. Dette skal sikre at pasienter med store behov får et tilfredsstillende og helhetlig tilbud ut ifra en helhetlig tenkning.

Vi anbefaler at det utarbeides individuell plan for alle pasienter ved poliklinikken, selv om det ikke stilles krav til det i lovteksten. En individuell plan som bidrar til å gjøre behandlingen mer målrettet og forutsigbar, kan også bidra til å øke pasientgjennomstrømmingen slik at flere pasienter får behandling.

For polikliniske pasienter som ikke samtidig har behov for tilbud fra andre instanser, kan en individuell plan utformes i dialog mellom pasienten og behandleren. Alle individuelle planer skal være skriftlige og ligge i journalen.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Det utarbeides individuelle planer for alle pasienter ved poliklinikken.
- Alle behandlere gjennomgår opplæring i utforming av individuelle planer for pasienter, og de individuelle planene drøftes også når pasienter drøftes i teammøter eller veiledning.

Forslag til virksomhetsdata

- Andel pasienter med individuell plan
- Andel ansatte med individuelt oppdaterte stillingsbeskrivelser

3.3.2 Behandlingsmøter

Alle poliklinikkene har teambaserte behandlingsmøter i en eller annen form. Det er ofte et større behov for å ta opp problemstillinger på behandlingsmøtene enn det er tid til, og følgelig ikke mulig å drøfte alle pasientene ved poliklinikken i behandlingsmøtene så hyppig som man kanskje kan ønske. Det er derfor nødvendig å prioritere. Man bør velge ut noen pasienter som man drøfter inngående, fremfor å ha en summarisk gjennomgang av mange pasienter. Verken ut fra hensyn til faglig forsvarlighet, produktivitet eller personvern er det nødvendig eller ønskelig at alle behandlere har inngående kunnskap om alle pasienter på poliklinikken.

Et behandlingsmøte bør prioritere å drøfte resultatet av vanskelige utredninger, diagnostikk, avslutninger av behandling eller der behandleren eller teamet opplever at de står fast i behandlingen. Behandlingsmøter har også en pedagogisk funksjon overfor nye medarbeidere og opplæringskandidater, og det bør derfor være rom for å drøfte typiske pasient kasuistikker. Behandlingsmøtet er det viktigste forum for å ivareta et tverrfaglig perspektiv på behandlingen. Det

er også et forum for kvalitetssikring av behandlingen, fordi den faglige lederen får kunnskap om hvordan behandlingene forløper.

Behandlingsmøtene bør ha en dagsorden, slik at behandlerne på forhånd kan forberede hvilke pasienter som skal drøftes. Det bør også være muligheter for ad hoc drøftinger.

Teaminndelingen er nødvendig ved større poliklinikker. En hensiktsmessig teamstørrelse er 6-10 behandlere, fordi en slik teamstørrelse gir anledning til meningsfylt dialog. Det innebærer at personalet deler seg i mindre grupper, for eksempel etter geografisk opptaksområde. Ved å dele inn personalet i to team kan man drøfte dobbelt så mange pasienter på samme tid.

3.3.3 Praksisprofil

Det kan være nyttig å bruke en gruppering av pasienter når man diskuterer og vurderer poliklinikkens eller den enkeltes praksisprofil og arbeidsbelastning. En slik inndeling kan også være til hjelp for å se bredde eller ensidighet i den enkeltes praksisprofil, og dermed bedre kunne identifisere en ensidig pasientfordeling som kan gi emosjonell overbelastning. Det kan også være et godt hjelpemiddel i opplæringsøyemed.

Slike inndelinger må ta utgangspunkt i de pasientgruppene poliklinikken har, og den vil derfor være ulik for ulike typer poliklinikker. Inndelingen kan bygge på f.eks. pasientens tilstand og problemer, behandlingsopplegg, konsultasjonshyp-pighet, konsultasjonsserielengde og samarbeid med andre. Eksempelene nedenfor bygger på de pasientgruppene som utkrystalliserte seg ved en slik gjennomgang ved allmennpsykiatriske poliklinikker i arbeidet med poliklinikkrapporten.

Ved voksenpsykiatriske poliklinikker kan en prøve ut følgende inndeling i arbeidet med å beskrive en praksisprofil:

- **Psykosser og svært alvorlige psykiatriske lidelser:** Pasienter med et langva-rig behandlingstilbud med hyppigere konsultasjoner i starten og under kriser, et behandlingstilbud uten tidfestet avslutning, og med et utstrakt samarbeid med andre instanser.
- **Alvorlige personlighetsforstyrrelser eller andre relativt alvorlige proble-mer:** Pasienter med behov for psykoterapi eller annen poliklinisk behandling en time i uken eller mer over flere år, og mindre behov for samarbeid med andre instanser.
- **Kriser og moderate depresjoner i forbindelse med traumer og forandring-er:** Pasienter med behov for kriseintervensjon og samtaler noen timer i uken over noen uker eller måneder, og lite behov for samarbeid med andre instanser
- **Angst, depresjon og eller andre moderat alvorlige lidelser:** Pasienter med behov for korttidsterapi av ulike typer, samtaler ukentlig eller oftere, og behandlingstid fra noen måneder opp til ett år, og lite behov for samarbeid med andre instanser.

Poliklinikkrapporten beskriver at det for barne- og ungdomspsykiatrien tilsva-rende utkrystalliserte seg noen ulike klientgrupper, men behandlingsformene behandlerne beskriver i forhold til disse gruppene varierer mer enn i voksen-psykiatrien. Det var derfor vanskelig på samme måte å lage klare kategorier for disse gruppene i forhold til de produktivitetsmålene som ble anvendt, men føl-gende inndeling kan prøves ut ved BUP:

- **Atferdsvansker/hyperaktivitet:** To ulike hovedtilnærminger ble beskrevet for denne pasientgruppen: A) Etter en periode med vurdering, gjerne i samar-beid mellom flere profesjoner, gis individualterapi ukentlig eller hver annen uke. I løpet av vurderingsfasen samtales det også med foreldre/henvisende instans. Det er lite samarbeid internt i konsultasjonsfasen. B) Mye arbeid i

forhold til skole, en del i forhold til familien og relativt lite med ungdommen. Vi vet ikke om forskjellene skyldes at man har forholdt seg til ulike segmenter i denne gruppen, eller om det er reelle forskjeller i tilnærming. Det er åpenbart at to så ulike tilnærminger vil ha klare utslag i forhold til flere av produktivetsmålene

- **Familieproblemer:** Her er vurderingsfasen ofte kortere, samtalene varer 90 minutter hvor to eller flere behandlere deltar, og to til fire uker mellom samtalene. Behandlingsforløpet er som regel ikke over ett år, og det er lite samarbeid med andre instanser.
- **Angst/fobi/suicidalitet:** Her gis oftest individualterapeutiske samtaler og noen samtaler med familien.
- **Psykosier eller alvorlige psykiske lidelser:** Her er det behov for støtteterapi til pasienten og familien, og psykoedukativ og medikamentell behandling.
- **Overgrep og alvorlige traumer:** Pasienten gis et tverrfaglig behandlingsopplegg i et behandlingsforløp som kan variere mye, både i tid og intensitet, der både pasienten og familien får hjelp. Ved langvarige forløp er det lite samarbeid med eksterne instanser.

Det er mulig at det i fremtiden vil finnes bedre modeller for å beskrive praksisprofil, f.eks. ved å bruke skåringsskjema med en enkel skala for hver av de dimensjonene som det er ønskelig å inkludere i en slik profil.

En annen inndeling baserer seg på analyser av pasientforløpene i behandlingsnettverket for derved å kunne predikere hva de ulike pasientgrupper trenger av ressurser.

- **De typiske pasientforløpene:** Denne gruppen utgjør hovedmengden av pasienter ved poliklinikken. Deres behandlingsforløp er forutsigbart og det er mulig å planlegge de helsetjenester de trenger på forhånd. For denne pasientgruppen bør det utformes standardiserte behandlingsprogrammer eller behandlingsopplegg.
- **De spesielle pasientforløpene:** Denne gruppen er mye mindre enn den overnevnte gruppen. Noen tjenester kan planlegges, mens andre tjenester må skreddersys den enkelte pasient.
- **De uforutsigbare pasientforløpene:** Denne pasientgruppen er liten. Deres behandlingsforløp er helt uforutsigbart og kan ikke planlegges på forhånd. De er ofte svært ressurskrevende.

Ved å dele inn pasientpopulasjonen på denne måten, og deretter ta utgangspunkt i hva den typiske pasienten trenger av tjenester, kan poliklinikken planlegge virksomheten sin bedre og gjøre pasientforløpene mer forutsigbare. Erfaring viser at det også øker produktiviteten å ha godt planlagte behandlingsopplegg.

3.3.4 Konsultasjonslengde

Poliklinikkrapporten viste at de fleste behandlerne i de voksenpsykiatriske poliklinikkene hadde 45 minutter som vanlig konsultasjonslengde, eventuelt noe lengre tid ved førstegangskonsultasjoner.

Konsultasjonslengden har konsekvenser for hvor mange pasienter man kan behandle i løpet av en dag. Poliklinikken bør sette en standard for konsultasjonslengden, selv om denne må kunne fravikes av og til. En anbefaling kan være 45 minutters konsultasjonslengde. For støttepregede oppfølgingssamtaler bør man vurdere kortere konsultasjonstid. Dersom flere personer skal konsulteres samtidig, slik som i familiesamtaler og gruppeterapi, er det ofte ønskelig med 90 minutter.

Det er en lederoppgave å hjelpe behandlere som stadig går utover standard konsultasjonslengde med veiledning om hvordan konsultasjoner avsluttes til avtalt tid.

3.3.5 Gruppebehandling

Poliklinikkrapporten viste at mange behandlere ønsket at det ble drevet mer gruppebehandling, men at det ofte manglet kompetanse, interesse og egnede lokaler. Forskning viser at gruppebehandling kan være like effektivt som individualterapi (Karterud -99). Mer bruk av gruppepsykoterapi ved kompetente gruppepsykoterapeuter vil kunne gi en mer rasjonell utnyttelse av behandlernes tid og bidra til at flere pasienter får behandling.

3.3.6 Hjemmebesøk

Poliklinikkrapporten viste at relativt lite tid (0,6-0,7%) går til hjemmebesøk hos pasienter. Hjemmebesøk er ressurskrevende og bør derfor brukes med kritisk skjønn. Men ikke sjelden kan hjemmebesøk også gjøre at man får informasjon eller behandlingsmuligheter som man ellers ikke ville ha fått, og som kan bidra til at behandlingen blir mer effektiv. De som kan ha størst behov for hjelp, kan ofte være de det er vanskeligst å få samarbeidsallianse med. Hjemmebesøk brukt på rett måte kan derfor være effektivt og redusere behandlingsvarighet og ressursbruk over tid.

Indikasjon for hjemmebesøk i voksenpsykiatrien kan være at pasienten har uteblitt fra flere timer og at det foreligger opplysninger om psykotisk utvikling. Da er et hjemmebesøk viktig. Andre indikasjoner er å bygge en behandlingsallianse hos pasienter som trenger behandling, men som ikke møter på poliklinikken. Hjemmebesøk kan være nødvendig for å vurdere innleggelse, eventuelt etter forespørsel fra pårørende eller politiet. I følge den nye psykisk helsevernloven kan pasienter som er på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon hentes hjemme for å få behandling på en poliklinikk. Dette forutsetter et særskilt vedtak om tvungent psykisk helsevern, jfr. psykisk helsevernloven § 3-8, og forutsetter at vilkårene for tvungent psykisk helsevern i lovens § 3-3 er oppfylt.

Ved ambulant virksomhet skjer behandlingen ved å oppsøke pasienten hjemme, og noen poliklinikker har egne team til dette. Innen BUP drives det også samspillbehandling, hvor det gjøres video-opptak i hjemmet.

Poliklinikkens bruk av hjemmebesøk må med jevne mellomrom vurderes i forhold til klinisk nytte og om andre deler av virksomheten skal gjøre dette (for eksempel innen et distriktpsikiatrisks senter).

3.3.7 Journaldokumentasjon

Poliklinikkrapporten viste at journalføring var en av de aktivitetene hvor behandlerne brukte mye tid, henholdsvis 12% og 9,7% ved de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. Det innebærer at henholdsvis 4,5 timer og 3,6 timer pr. behandler ukentlig gikk til journalføring. Det var stor variasjonen i journalpraksis. Dette kan forklares ut fra pasientenes problemer, profesjonenes kultur, og behandlernes individuelle preferanser og ferdigheter. Ofte var det mangelfull opplæring i journalføring. Ved flere poliklinikker var det utviklet retningslinjer for journalføring, men ingen hadde gått systematisk gjennom behandlernes journalføring for å se hvordan disse retningslinjene ble fulgt opp i praksis. Det er derfor grunn til å anta at gode rutiner og bedre opplæring for journalføring kan frigi mer tid til pasientbehandling. Journalinnholdet reguleres juridisk av journalforskriften, som viser hvilke krav som stilles til en journal. Enhver journal skal skrives på en slik måte at den kan leses av pasienten, eller som i barne- og ungdomspsykiatrien, av dennes pårørende. Foreldre og foresatte har innsynsrett når barna er under 16 år. Krav til journalens innhold er hjemlet i journalforskriften § 8, og opplysningene skal være relevante og nødvendige.

I følge journalforskriften skal journalen dokumentere hva som har funnet sted i konsultasjonen, og gi retningslinjer for videre arbeid. Journalføring kre-

ver at behandleren har evnen til å formidle seg skriftlig. Mange journaler er hovedsakelig deskriptive, og mangler eksplisitte vurderinger og oppsummeringer. Det gjør journalen lite egnet som arbeidsdokument for andre behandlere. Journalen skal føres fortløpende, i følge journalforskriften, og presiserer videre at med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. Korte journalnotater på noen få linjer bør derfor gjøres etter hver konsultasjon. Oppsamlingsnotater kan gjøres regelmessig med en hyppighet tilpasset behandlingsopplegg og varighet. Alle behandlere bør skrive en poliklinisk journal etter sammen mal og med samme type veiledning. Se forslag til journalmal i vedlegget.

Innsynsrett bør praktiseres på en brukervennlig måte overfor pasientene, og i BUP også overfor foreldrene. Men særlig i BUP kan innsynsvurderinger være kompliserte ved at foreldrene kan nektes innsynsrett til journalopplysninger om barnet, selv om barnet er under 16 år. Omvendt kan pasienten også nektes innsynsrett til journalopplysninger om foreldrene. Behandlerne må være tilgjengelige for spørsmål dersom pasienten ønsker det. Pasientens syn bør komme tydelig fram i journalen.

Noen behandlere dikterer journalnotater, mens andre skriver journalen selv. Erfaring tilsier at notatene blir kortere ved å skrive selv enn ved diktering. Når man skal skrive journalnotater eller utredninger på mer enn en side, bør man vurdere å bruke diktafon framfor pc. Bruk av diktafon krever opplæring. Denne opplæringen bør gis av det kontorfaglige personalet, og poliklinikken bør ha en rutine som sørger for at alle nyansatte som ikke behersker diktafonbruk, får opplæring i det. Bruk av pc krever også opplæring, som det kontorfaglige personalet bør kunne tilby.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Det utformes skriftlige retningslinjer for hva ulike typer journalnotater skal inneholde.
- Alle får veiledning i journalføring inntil de behersker journalføringen tilfredsstillende. Veiledning gis både av den faglige overordnede og av det kontorfaglige personalet.
- Det settes av tid til journalføring etter hver konsultasjon.
- Poliklinikken tilbyr opplæring i bruk av diktafon og opplæring i journalføring på pc.
- Alle som skriver journaler må ha kjennskap til innsynsretten og hvilke prosedyrer en har ved poliklinikken når det gjelder dette.
- Behandlingsmøter holdes en eller flere ganger ukentlig i team på 6-10 medarbeidere. Møtet bør brukes til å drøfte behandlingsopplegg, resultatet av vanskelige utredninger, diagnostikk, tilfeller der behandleren eller teamet opplever at de står fast i behandlingen, og til å fokusere på avslutning av behandling.
- Gruppering av pasienter i ulike kategorier prøves ut som en hjelp for vurdering av poliklinikkens eller den enkelte beholders praksisprofil og arbeidsbelastning.
- Det utarbeides standarder for konsultasjonslengde og konsultasjonsserielengde for de fleste behandlinger.
- Poliklinikken tilbyr gruppebehandling.
- Poliklinikken har en prosedyre for utarbeiding og utforming av individuelle planer.

Forslag til virksomhetsdata

- Antall konsultasjoner per behandler per arbeidsdag.
- Andel gruppekonsultasjoner av samlet antall konsultasjoner.
- Andel hjemmebesøk av samlet antall konsultasjoner.

3.4 Avslutning

Mange poliklinikker vil kjenne seg igjen i beskrivelsen av presset om å ta inn nye pasienter, samtidig som riktig tidspunkt for avslutning av behandlinger kan være en vanskelig avveining. Det er ingen faglig konsensus om hva som er godt nok behandlingsresultat, og avslutning blir dermed ofte begrunnet i kapasitet framfor faglige kriterier.

Behovet for polikliniske tjenester vil i overskuelig tid være større enn tilbudet. For å kunne ta i mot nye pasienter må derfor andre behandlinger avsluttes. Poliklinikkrapporten viste at det fantes få etablerte rutiner for avslutning av konsultasjonsserier i de poliklinikkene som ble undersøkt.

3.4.1 Hvilke kriterier skal legges til grunn for avslutningen?

Spørsmålet om når man skal avslutte en behandling, henger nøye sammen med målsettingen med behandlingen. Målsettingen med behandlingen bør formuleres i den individuelle planen som utarbeides sammen med pasienten. Behandlingen bør avsluttes når behandlingsmålene er nådd eller når behandlingen ikke har effekt. Dersom behandling skal pågå over flere år, bør det foreligge særlig gode begrunnelser, ettersom mange lange behandlingsopplegg reduserer pasientgjennomstrømningen og tilgjengelighet av de psykiatriske helsetjenestene.

Lengden på konsultasjonsserien henger nøye sammen med målsetting for behandlingen. I dag er det lite styring av konsultasjonsserielengden, og opp til den enkelte behandler å avgjøre når en konsultasjonsserie skal avsluttes. Psykisk helsevern er preget av ulike fagtradisjoner som har ulike konsekvenser for konsultasjonsserielengde. Det er både en planleggingsutfordring, en klinisk utfordring og en forskningsutfordring å differensiere mer mellom korttidsterapier og langtidsterapier.

Avgjørelsen om når en behandling skal avsluttes, bør ikke overlates bare til den enkelte behandler. Med utgangspunkt i pasientenes individuelle planer og de avslutningsprinsipper den enkelte behandler følger, bør en ved poliklinikken bli enige om felles kriterier for avslutning av behandling. For å systematisere behandlingsforløpene, bør en månedlig oversikt tatt ut fra det pasientadministrative systemet inneholde følgende:

- Når startet konsultasjonsserien?
- Når var siste konsultasjon?
- Hvor mange konsultasjoner er det gitt i denne konsultasjonsserien?

En slik oversikt distribueres til hver behandler for å bevisstgjøre forholdet til avslutning. Avslutninger sett i forhold til pasientens individuelle plan må drøftes særskilt i behandlingsmøter med jevne mellomrom. En eller to behandlere bør forberede en gjennomgang av de pasienter som har lange konsultasjonsserier, hvor man vurderer om det er grunnlag for å avslutte, og hva som eventuelt skal være formålet med videre behandling.

Standardiserte behandlingsprogram/behandlingsopplegg, bruk av individuelle planer og klare behandlingsmål gjør avslutningen av behandlingen mer forutsigbar.

3.4.2 Epikriser

Journalforskriften pålegger alle helseinstitusjoner å sende epikrise ved utskrivning til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrisen skal sendes til. Epikrisen skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. For pasienter under 16 år, spørres pårørende.

Epikrisen skal være en ”bruksanvisning” for videre pasientbehandling. Det er mye misnøye knyttet til venting på epikriser. Hvis andre skal overta behandlingsansvaret raskt, er en rask og god epikrise nødvendig. Den må inneholde

anbefalinger for videre behandling og bør ikke være over to sider. Et godt forhold til samarbeidspartnere avhenger av en rask, kort og velformulert epikrise. Målet bør være at epikrisen skal følge pasienten. Dersom kravene til innholdet i epikrisene blir for omfattende, tar det lengre tid å effektivere epikrisene, og det vekker større følelse av motstand. Se forslag til epikrise mal i vedlegg 2. Fokus i epikrisen bør være på den aktuelle psykiske lidelse, hvilken behandling som er gitt og hvilken oppfølging som anbefales videre. Opplysninger om pasientens oppvekst og bakgrunn bør være svært kort. Det bør gis opplæring i epikriseskriving, på samme måte som for journaldokumentasjon. Det er nødvendig å sikre kvaliteten på den enkelte epikrise, og en måte å gjøre det på er at den faglige lederen leser og underskriver epikrisen. Dette vil også gi den faglige lederen et grunnlag for å veilede i epikriseskriving og utvikle lokal epikrisestandard.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Hver behandler mottar regelmessig en oversikt fra det pasientadministrative systemet over hvilke pasienter han/hun har.
- I behandlingsmøtet gjennomgår en regelmessig enkeltbehandlinger med fokus på avslutning. Pasientene kan velges ut etter lang konsultasjonsserie, visse henvisningsgrunner eller diagnose.
- Oversikt der epikrisetid og navn på ansvarlig behandler registreres bør distribueres månedlig.

Forslag til virksomhetsdata

- Gjennomsnittlig konsultasjonsserielengde ved poliklinikken og for den enkelte behandler.
- Antall avsluttede behandlinger hvert tertial.
- Epikrisetid: Tiden det tar fra pasienten utskrives og til epikrisen sendes.

4 Samarbeid

Formålet med dette kapitlet er å bidra til at poliklinikken får et bevisst og planlagt forhold til samarbeid internt og eksternt, og at dette samarbeidet blir målrettet og effektivt. Det er på ledernivå at ambisjonene med hensyn til samarbeid må legitimeres, slik at man unngår at samarbeidet blir tilfeldig og opp til den enkelte behandler. Det å utvikle og vedlikeholde gode samarbeidsforhold på ledelsesnivå vil bidra til at samarbeidet på enkeltpasientnivå også går godt.

Poliklinikkene har vært tiltenkt en rolle som bindeledd mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I Stortingsmelding 25 heter det blant annet at *”Den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten må i større grad utforme sine tjenester som bistand til førstelinjetjenesten i kommunene.”* Når det gjelder barne- og ungdomspsykiatrien formuleres dette i Sosialkomiteens innstilling (13) slik : *”Like viktig som å få til et økt samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet vil det være å videreutvikle samarbeidet mellom PP-tjenesten og skoleverket, helsestasjonene og voksenpsykiatrien”*. Lov om spesialisthelsetjenesten §7-4 pålegger også poliklinikkene en utvetydig plikt til samarbeid (”av eget tiltak”, som det står i merknadene til paragrafen): *”Helsepersonell som er ansatt i offentlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra fylkeskommunen til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift”*.

Jamfør bestemmelsene i kommunehelsetjenestelovens § 1-3.

Poliklinikkrapporten viste at 1,5% og 3% av tiden i henholdsvis voksenpsykiatriske poliklinikker og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker brukes til samarbeid med førstelinjetjenesten. Det er grunn til å stille spørsmål ved om dette er tilstrekkelig til å oppfylle de nasjonale føringer for samarbeid. For poliklinikken vil avveiningen ofte være om slike samarbeidsordninger legger for stort beslag på ressurser i forhold til utbyttet. Her er det viktig å innhente og legge vekt på samarbeidspartners vurdering av utbyttet.

4.1 Møter

Poliklinikkrapporten viste at interne møter var den pasientrelaterte aktiviteten man brukte mest tid på innen barne- og ungdomspsykiatrien, mens den kom som nummer to innen voksenpsykiatriske poliklinikker, der tid brukt på journalføring var den mest tidkrevende aktiviteten. Interne møter utgjorde også en betydelig del av den ikke-pasientrelaterte virksomheten. De mest produktive poliklinikkene hadde det minste omfanget av interne møter.

Møter er en krevende arbeidsform som trenger ledelse. Møter egner seg til å skape dialog og diskusjon og til å forankre synspunkter. En kultur der mange avgjørelser er konsensusbaserte vil kreve flere møter enn en kultur der flere avgjørelser tas av lederen.

Mange synes de bruker for mye tid i møter. Likevel viser det seg vanskelig å nedlegge møter. Lederen har styringsrett over møtekulturen i poliklinikken, og har myndighet til å redusere interne møter. Alle møter bør evalueres en gang i året av de som er deltakere i møtet. Ved å delta i evalueringen, sikres legitimitet for beslutningen som følger, og det gis anledning til å påvirke møtets innhold og form. En kritisk vurdering av møtene bør inkludere en vurdering av formålet med møtet, hvem som bør være tilstede, møtelengde, møteintervall og om møteinnholdet svarer til dagsorden. Informasjon fra ledelsen bør i større grad kunne gjøres skriftlig.

Det er en utfordring å klare å sette sammen møter med tverrfaglighet, klare mandatsbeskrivelser og tydelig definerte beslutningstakere med delegert myn-

dighet. Da fungerer møtet hensiktsmessig. Nedenfor gis et eksempel på en intern møtemal (betegnelser må tilpasses lokalt).

Faste, interne møter ved NN poliklinikk

Møte:	Møteleder:	Sekretær/referent:	Deltakere:	Møtetid:	Beslutningsansvarlig:	Mandat/innhold:
Ledermøte	Poliklinikk- leder	Adm. konsulent	Poliklinikk- leder. Teamledere. Adm. konsulent.	Tirsdag 8.00-9.30	Poliklinikk- leder	Poliklinikkleders rådgivende møte i administrative saker. Referatet inneholder lederens beslutninger og fungerer som interninformasjon.
Behandlings- møte	Teamleder	Utpekt blant sekretærene	Teamleder. Behandlere i teamet. Sekretær	Mandag, onsdag og fredag 08.00-9.30	Teamleder	Drøfting av nye saker meldt til teamet. Beslutning om behandlingsopplegg og behandler(e).
Undervisnings- møter	Undervisnings- leder	Ingen	Undervisnings- leder. Utdannings- kandidater. Alle behandlere ved aktuelle tema.	Onsdag i partallsuker, kl. 14.00- 16.00	Undervisnings- leder	Tilfredsstille videre/spesialistutdanningenes krav til undervisning. Gi alle behandlere undervisning innen utvalgte tema. Undervisningskomiteen planlegger undervisningsopplegg for halvår av gangen.
Planleggings- dag	Poliklinikk- leder	Adm konsulent	Alle ansatte ved poliklinikken.	Halvårlig, en dag	Poliklinikk- leder	Evaluering av virksomheten og planlegging av neste halvår.
Sekretariats- møte	Poliklinikk- leder	Adm konsulent	Poliklinikk- leder. Alle sekretærer.	Første onsdag i måneden, kl. 10.00- 11.30	Poliklinikk- leder	Drøfting og avklaring av rutiner og spørsmål om daglig drift.
Personalmøte	Poliklinikk- leder	Adm konsulent	Alle ansatte ved poliklinikken.	Første onsdag i måneden, kl. 12.00- 13.30	Poliklinikk- leder	Drøfte saker som angår alle poliklinik- kens ansatte. Egen internavis/intranett for å informere om pågående saker.

4.2 Tverrfaglighet

Hensikten med tverrfagligheten er å gi pasienten et best mulig behandlingstilbud. Tverrfaglig sammensetning av teamet er en forutsetning for fylkeslegens faglige godkjenning av poliklinikken (*Forskrifter for godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved helseinstitusjoner på fylkeskommunal helseplan og ved statlige helseinstitusjoner, merknad P1 og P5*) Tverrfaglighet bør ha som utgangspunkt at behandlerne opprettholder faglig selvstendighet og spesialisering, samtidig som den utnytter den overlappende og felles kompetanse. De fleste poliklinikker består av ett eller flere tverrfaglige team. Enkelte behandlinger krever bred og sammensatt kompetanse. Tverrfaglig teamsammensetning betyr at behandlerne har ulike kompetanse og kan utføre ulike oppgaver. Det er lederens og teamets oppgave å vurdere hvem som har den nødvendige eller mest aktuelle kompetanse i de ulike situasjoner, og fordele oppgaver både ut fra formalkompetanse, individuell realkompetanse og personlige forutsetninger. Slike vurderinger er en stor utfordring når en poliklinikk skal ledes faglig (se også Statens Helsetilsyn 2001 "Kompetansebehov i psykisk helsevern", IK -2740).

Det tverrfaglige teamet inneholder ulike typer kompetanse:

- **profesjonsspesifikk kompetanse:** kompetanse som bare innehas av en faggruppe, f.eks. psykomotorisk behandling ved fysioterapeuter og forordning av medikamenter ved leger.

- **funksjonsspesifikk kompetanse:** erfaring og kunnskaper i arbeidsoppgaver som ikke er avgrenset etter profesjon, f.eks. kompetanse i kognitiv terapi, eksponeringsterapi eller gruppepsykoterapi som kan innehas av personer med ulik, profesjonsspesifikk kompetanse
- **felles basiskompetanse:** holdninger, etikk, relasjonskompetanse, språk, samarbeidskompetanse og kunnskap om overordnede lover og regelverk, om sykdomspanorama m.v.
- **individuell kompetanse:** kombinasjon av egnethet, preferanser og erfaringsbakgrunn

Et av kjennetegnene ved det tverrfaglige teamet er det tildels store innslaget av overlappende kompetanse, dvs. at to eller flere faggrupper har funksjonsspesifikk kompetanse på samme område. Det gjelder f.eks. psykiateres og psykologers overlappende kompetanse i forhold til diagnostikk og individualbehandling eller de kliniske pedagogenes og psykologenes overlappende kompetanse i kognitive utredninger.

Ut fra en vurdering av pasienters behov og fagpersonenes profesjonsspesifikke, funksjonsspesifikke og individuelle kompetanse vil et tverrfaglig team kunne arbeide på ulike måter med ulike saker. En klargjøring av hva slags kompetanse som er nødvendig i den enkelte sak vil bidra til hensiktsmessig bruk av den samlede kompetansen i det tverrfaglige teamet.

Noen team vil fungere ut fra fellesfaglighet og dele kunnskap og arbeidsoppgaver slik at alle medlemmer i teamet utfører de samme oppgaver. De faglige forskjellene blir da visket ut. Men tverrfaglighet kan også innebære at teammedlemmene opprettholder en faglig selvstendighet og spesialisering, samtidig som de utnytter den individuelle, overlappende og felles kompetansen teamet har.

Tverrfaglighet er en strategi for å nå behandlingsmål, og bør brukes i den grad det er egnet til å nå de aktuelle målene, ikke som et mål i seg selv.

Tverrfaglighet krever samarbeidskompetanse. Det forutsetter videre en leder som kan sørge for at teamet arbeider mot felles mål og for at den profesjonsspesifikke, funksjonsspesifikke og individuelle kompetansen i teamet blir respektert, utnyttet og videreutviklet. Det er ikke etablert klare retningslinjer for arbeidsdeling mellom profesjonene, og i framtiden vil funksjonskompetanse være en vel så viktig faktor i arbeidsdelingen som profesjonskompetanse. På samme vis blir tydeliggjøring av forskjeller i individuell kompetanse viktig som premiss for arbeidsdelingen.

4.3 Brukermedvirkning

Brukerne av psykiatriske helsetjenester er pasientene og deres pårørende. Brukerne skal være med på å definere, bestemme og bedømme kvaliteten av helsetjenestene der dette er praktisk mulig. Dette er angitt i Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling (14). Deltakere i slike prosesser kan være representanter for brukerorganisasjoner som Mental helse, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien, Tourettes foreningen eller andre.

Det må være lett for brukerne å gi tilbakemeldinger. Informasjon kan innhentes gjennom forslagskasser, spørreskjemaer, brukerundersøkelser, kontaktmøter og kvalitetsråd. Brukerne bør også inviteres til samarbeidsmøter. Handlingsplaner, veiledere og andre retningslinjer for virksomheten bør sendes til høring hos pasientombud, klageorganer og pasientorganisasjoner. Den aller viktigste kilde til tilbakemelding er likevel den daglige kontakten mellom brukerne og poliklinikken. Slike tilbakemeldinger er ofte spontane og direkte, og bør tas på alvor. Poliklinikken kan gjøre mer systematiske undersøkelser av hvordan pasientene eller brukerne opplever poliklinikkens tjenester. Ved å bruke standardiserte

spørreskjema kan en sammenligne resultatene med lignende undersøkelser andre steder. Helsetilsynet har gjort tilgjengelig slike spørreskjemaer for bruk ved voksenpsykiatriske poliklinikker (15).

Brukerorganisasjonene hevder at en av de største manglene innen psykiatrien er manglende samhandling mellom de ulike institusjoner og nivå. Dette medfører blant annet utskrivning fra døgnavdelinger på kort varsel, mangelfull oppfølging, ansvarsfraskrivning, og at belastende koordineringsansvar legges på pasienten og/eller pårørende.

Samarbeidet om og med den enkelte pasient eller bruker innebærer også at det utarbeides en individuell plan i følge nye lover, forskrifter og veileder for individuelle planer (jfr. kap. 3.3.1). En skal også sikre at brukeren får nødvendig informasjon om sin tilstand, aktuelle behandlingstilbud og egne rettigheter.

4.4 Kontakt med pårørende

En psykisk lidelse hos et familiemedlem påvirker hele familien, som ofte i større eller mindre grad må ivareta pasienten og dennes interesser. Pårørende kan med sin kjennskap til pasienten være en ressurs både for pasienten og behandlerne. I BUP har man plikt til å samarbeide med og informere foreldre/foresatte når pasienten er under 16 år. Ellers må også pårørende, under forutsetning av pasientens samtykke, trekkes inn i et samarbeid om behandlingstilbudet. De pårørende må også få tilbud om avlastning, samtaler, hjelp og støtte for sine egne behov. Det må ikke stilles urealistiske krav til hva de pårørende skal yte. Også barn og søsken i alle aldre er pårørende og bør trekkes inn i den grad det er mulig og bra for dem. Ikke minst må en også ha fokus på de voksne pasientenes barn og deres situasjon, og sikre at de får den hjelp de trenger. Regelmessige familiesamtaler med fokus på relasjon mellom pasient og pårørende bør også gis der det er behov for dette. Av naturlige årsaker er dette mer innarbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien enn i voksenpsykiatrien.

På samme måte som overfor pasientene, bør ledelsen ved poliklinikken også legge til rette for at pårørende med sin innsikt, kunnskaper og erfaringer kan delta aktivt i planlegging, utvikling og evaluering av tjenestene ved at de er representert i aktuelle organer og møter. En bør aktivt innhente tilbakemeldinger om tjenestene fra pårørende og støtte opp under og samarbeide med pårørendes organisasjoner.

4.5 Samarbeid med førstelinjetjenesten

Spesialisthelsetjenesteloven pålegger samarbeid med førstelinjetjenesten. Hensikten er å skape kontinuitet og felles mål i behandlingen av pasienter, og å bygge opp kompetanse i førstelinjetjenesten slik at pasientene med behandling fra psykisk helsevern kan få hjelp der de bor. Dette samarbeidet kan være av mer overordnet karakter for å utvikle samarbeidsstrukturer eller planlegging av det framtidige tilbudet om psykisk helsevern, eller det kan være veiledning eller samarbeid i forhold til enkeltpasienter ved kompetanseoverføring.

Det er ønskelig å øke samarbeidet med førstelinjetjenesten. I førstelinjen finnes bred kompetanse hos bl.a. leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere. Samarbeid kan foregå på ulike måter. I en del sammenhenger er det ønskelig å samle flere samarbeidspartnere til gruppevis drøftinger eller veiledninger.

Med utgangspunkt i det ansvaret BUP-poliklinikken eller DPS-et har for det samlede psykiske helsevern på sitt nivå i et opptaksområde, er det nødvendig at lederne har møter der alle kommuner eller bydeler i området inviteres til å være med på å drøfte samarbeid, arbeidsdeling, prioriteringer og det samlede tilbudet for ulike pasientgrupper.

Poliklinikker har fagfolk med høy kompetanse og en arbeidssituasjon der man kan reise ut fra poliklinikken for å samarbeide og gi veiledning. Samtidig er dette en ressurskrevende arbeidsform for poliklinikken. Ved å møte samarbeidspartnere i deres omgivelser kan begge parter få bedre forståelse for hverandres arbeidsforhold, og det kan bidra til å skape et bedre samarbeidsklima. Mens praksis i dag er at poliklinikkens behandlere drar ut, bør man derfor i framtiden avholde samarbeidsmøter hos hverandre. Jevnbyrdighet i samarbeidsforholdet må tilstrebes som et bærende prinsipp.

Samarbeid med førstelinjen rundt enkeltpasienter er den hyppigste samarbeidsformen. Etter som kompetansen i de ulike førstelinjetjenester i varierende grad er bygget opp, vil trolig de etterspurte behov for spisskompetanse fra poliklinikkene og veiledningsbehovet også variere. Der det er behov for veiledning over lengre tid, kan veiledningsmøter rundt enkeltsaker arrangeres regelmessig, f.eks. hver 6. uke. Poliklinikken bør også ivareta førstelinjetjenestens behov for ad hoc veiledning, ved å være lett tilgjengelig for telefonkonferanser. Samarbeidspålegget i spesialisthelsetjenesteloven har stor betydning for poliklinikkene selv, som også er helt avhengig av førstelinjes kompetanse og tjenester for å kunne gjennomføre sin del av det psykiske helsevern på en helhetlig og faglig forsvarlig måte. Dette gjelder i særlig grad pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, men også mange andre, både barn og voksne.

Mange, ulike fagfolk kan samarbeide om eller drøfte en pasient som en selv har vært behandler for og kjenner godt. Oppgaven med å veilede og drøfte nye og ukjente pasienter som legges fram med forventning om faglige råd, krever større kompetanse og bør gis til fagfolk med mest kompetanse og erfaring.

Faste samarbeidsmøter kan organiseres som faste dager der en eller flere erfarne behandlere fra poliklinikker møter samarbeidspartnere i en kommune eller bydel. Møter er mest effektive dersom begge parter har forberedt seg, og veiledning bør primært gis i forhold til de sakene som samarbeidspartnerne på forhånd har meldt at de ønsker å ta opp. Det bør også være anledning til ad hoc drøftninger, men dette bør ikke prege møtet. Poliklinikken bør være lett tilgjengelig på telefon for alle samarbeidspartnere som ønsker å ta kontakt og drøfte et problem.

Samarbeidet med førstelinjetjenesten må også gjelde pasienter med rusproblemer som får kommunale tilbud, men som også trenger spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern.

De ulike profesjoner foretrekker å bli veiledet av egen faggruppe. Dette styrker profesjonsorienteringen, men vil gå på bekostning av den tverrfaglige tilnærmingen. Et veiledningsopplegg bør derfor både inneholde profesjonsspesifikk og tverrfaglig veiledning. Dersom flere behandlere med ulik profesjonsbakgrunn deltar dekkes det tverrfaglige behovet. Dette må veies opp mot ressursbruken og reisetiden. Poliklinikken bør lage en møteplan for hvert halvår for de faste møtene med ulike samarbeidspartnere.

4.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Poliklinikken bør samarbeide med andre psykiatriske helsetjenester innen sitt opptaksområde. De fleste voksenpsykiatriske poliklinikker er en del av et DPS og har viktige samarbeidspartnere innen dette. Både for BUP og de voksenpsykiatriske poliklinikkene kan det være aktuelt med samarbeid med fylkesdekkende avdelinger f.eks. ved et psykiatrisk sykehus eller et sentralsykehus, kanskje mest i form av at det henvises pasienter mellom enhetene og samarbeide om et integrert behandlingsopplegg for en pasient som trenger mer sammensatte tilbud.

Poliklinikken må også samarbeide med spesialisthelsetjenester for rusmiddelmissbrukere. Dette er spesielt viktig for pasienter som både har en alvorlig

psykiatrisk lidelse og et alvorlig rusproblem. Disse pasientene trenger kompetanse fra begge fagfelt samtidig, og det er derfor nødvendig med et tett samarbeid. Poliklinikken bør ta sin del av ansvaret for at disse pasientene får et helhetlig tilbud i et behandlingsnettverk som samhandler.

Samarbeidet med somatiske poliklinikker og avdelinger kan gå begge veier og gjelde tilsyn, vurderinger og behandling. I samråd med det somatiske sykehuset bør man drøfte hvilke behov det er for konsultasjons- og liason-psykiatri. Det er ønskelig at noen få behandlere ved poliklinikken har dette som oppgave, slik at disse både får den nødvendige erfaring med disse oppgavene og kan utvikle samarbeidsallianser over tid.

Andre typer kontakt og samarbeid kan være ledelsesmøter på klinikk-, sykehus eller fylkesnivå og tilsynsoppgaver og samarbeid med fylkesbarnevernet, barnehabilitering og det psykiatriske sykehuset poliklinikkene sokner til.

En del steder kan BUP og den voksenpsykiatriske poliklinikken med fordel samordne eller samarbeide om konsultasjons- og veiledningsdager i kommuner eller bydeler. Dette er to tjenester som har tre berøringspunkter behandlingsmessig; for det første pasienter i BUP som skal overføres til voksenpsykiatrien (et særlig forsømt område er tidlig behandling av schizofrene), hvor det er nødvendig å samkjøre behandlingsopplegg og overganger bedre enn i dag, for det andre barn av voksne med psykiske lidelser (familietilnærming i voksenpsykiatrien) og for det tredje de tilfeller der barn og voksne bør få et tilbud i hver sin tjeneste (angstpreget mor med ADHD-barn, som krever at man ser på familien som system, på begge sider). Et samarbeid bør både ta sikte på å utvikle og vedlikeholde samarbeidet rundt disse punktene i forhold til enkeltpasienter, men også vurderes på et mer overordnet plan hvordan dette samarbeidet er og bør videreutvikles. Ut over de rent kliniske samarbeidsområder, vil det på en lang rekke kunnskapsfelter være ønskelig med samarbeid. Ledelses- og organisasjonsmodeller er her to eksempler.

Poliklinikken bør også samarbeide med familievern og familiekontorer om saker der det er nødvendig med psykiatrisk behandling samtidig med hjelp med familie- eller parproblem.

Poliklinikken bør ta initiativ til et årlig møte med privatpraktiserende spesialister i sitt opptaksområde. Her kan en drøfte samarbeidet, arbeidsdeling og ressursutnyttningen i opptaksområdet, henvisningspraksis, epidemiologi, framtidige behov og nye behandlingsmetoder. Det er også mulig å orientere privatpraktiserende ved hjelp av nyhetsbrev eller e-post.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Poliklinikken inviterer samarbeidspartnerne fra alle kommuner/bydeler i sitt opptaksområde til et årlig møte for drøfting av samarbeid, arbeidsdeling og det samlede tjenestetilbudet i området.
- Lederen ved poliklinikken eller DPS-et har regelmessig kontakt med sykehusavdelingene som poliklinikken samarbeider med og henviser pasienter til.
- Poliklinikken tilbyr sine samarbeidspartnere i kommunene eller bydelene regelmessig veiledning på enkeltpasienter.
- Behandlerne ved poliklinikken deltar når pasienten trenger bistand fra flere instanser, som for eksempel møter i trygdekontorenes basisgrupper og i ansvarsgrupper i kommunene.
- Poliklinikken inviterer privatpraktiserende spesialister i sitt opptaksområde til et årlig møte hvor en drøfter problemstillinger av felles interesse.
- Poliklinikken etablerer en rutine for innhenting av opplysninger om brukertilfredshet.
- Møtene struktureres gjennom en møtemal som gir klare møteregler, tydelig møteledelse og mandat-/oppgavebeskrivelse.
- Poliklinikken gjennomfører regelmessige møteevalueringer. Møter som er lite hensiktsmessige, fjernes.
- Poliklinikken samarbeider med brukerorganisasjoner ved at de deltar i systematisk arbeid med evaluering og planlegging av tjenestene og ved å gjennomføre undersøkelser der man innhenter tilbakemelding fra brukere.

Forslag til virksomhetsdata

- Antall samarbeidsmøter i den enkelte kommune eller bydel i løpet av siste tertial.
- Andel pasientsaker der det har vært samarbeidsmøte med andre instanser i løpet av siste tertial.
- Antall telefonveiledninger med samarbeidspartnere
- Brukertilfredshet
- Møteindeks: Andel av arbeidstiden i pasientrelaterte- og i ikke-pasientrelaterte møter.

5 Ledelse og administrasjon

Mange av poliklinikkene har vært frittstående virksomheter, der lederen har hatt et selvstendig faglig ansvar, økonomisk ansvar og personalansvar. Innen voksenalderpsykiatrien er de fleste poliklinikker nå en del av et sykehus eller et distriktspsykiatrisk senter, og innen de nærmeste årene skal alle være det. Innen barne- og ungdomspsykiatrien vil mange poliklinikker opprettholdes som frittstående virksomheter. Omfanget av lederansvaret ved en poliklinikk vil derfor også være avhengig av hvordan poliklinikken er organisert innen spesialisthelsetjenesten og hvor stor den er. Det er et dilemma hvor mye tid lederen skal bruke på ledelse. Her finnes ikke noe fasitsvar. Det vil også være store personlige variasjoner. Ved å tydeliggjøre lederoppgavene, kan tidsbruken bli mer forutsigbar, og det kan bli tid til overs til å utøve faglig virksomhet.

Poliklinikkrapporten tyder på at mange poliklinikker hadde en ”demokratisk” kultur der man involverte mange medarbeidere i alle saker, og med en svak lederprofil. En poliklinikk trenger en tydelig og klar leder som tar ansvar for helheten og som er i stand til å ta beslutninger uten å involvere for mange i beslutningene.

Ledelse kan deles i tre:

- Faglig ledelse
- Personalledelse
- Administrativ ledelse

I NOU 1997: 2 ”Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus” (Steinerapporten, 16) defineres begrepene administrasjon, ledelse, lederskap og ansvar på følgende måter:

Administrasjon handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling.

Ledelse handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.

Lederskap handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.

Begrepet **ansvar** brukes for å beskrive det forhold at noen svarer for resultatene av en gitt virksomhet som man er i posisjon til å påvirke resultatene av.

Ledelsesfunksjonene defineres ved følgende fem punkter:

- Helhetlig ansvar for de resultater og den kvalitet på tjenestene som enheten skaper, og for at arbeidet skjer innenfor de rammer som myndigheter og eiere har trukket opp.
- Overordnet personalansvar for alle medarbeidere og yrkesgrupper innen enheten; herunder at dette oppfattes av enhetens medarbeidere.
- Ansvar for arbeidsmiljø og at de organisasjonskulturelle holdningene er tilpasset oppgavene som skal løses.
- Kontinuerlig å vurdere behovet for, ta initiativet til og gjennomføre nødvendige endringsprosesser.
- Evne og vilje til å utøve ledelse gjennom bruk av formell myndighet, formelle og uformelle beslutningsteknikker og bruk av delegering.

Ledelsesaktivitetene må være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver. Det er institusjonseiers ansvar å lage rammebetingelser for lederstillinger som bekrefter og understøtter denne oppfatningen. Ledere bør oppmun-

tres til å ta formell lederutdanning, og det bør legges til rette for å gjøre det mulig.

Poliklinikkene har som regel ledere på flere nivå. Det kan være en DPS leder, en poliklinikkleder og flere teamledere. Ledelsesstrukturen bør synliggjøres i et organisasjonskart. Hvilke krav som stilles til de ulike ledelsesfunksjonene på poliklinikken bør være nedfelt i funksjonsbeskrivelser. Lederen bør ha en klart definert andel av arbeidstiden til ledelsesoppgaver dersom han eller hun også har kliniske oppgaver. Dette er avhengig av størrelsen på poliklinikken. Delegering innebærer å tildele oppgaver og myndighet til underordnede. Det må framgå tydelig hvilke oppgaver dette gjelder, og myndighet må være klart definert i forhold til oppgavene.

I en poliklinikk med flere team bør teamlederrollen defineres tydelig. Dette er en lederrolle i linje under poliklinikklederen. Teamlederen har ofte det daglige faglige, personalmessige og administrative ansvar for sitt team. Teamlederfunksjonen bør tildeles ut ifra en vurdering av hvilke kvalifikasjoner oppgaven krever, og det er ønskelig med en viss stabilitet og kontinuitet over tid. Teamledelsen bør ikke gå på omgang uten noen vurdering av den enkeltes kvalifikasjoner.

5.1 Faglig ledelse

Legitimiteten for faglig ledelse hviler på ekspertise og kunnskap. Den faglige ledelsen vokser ut fra fagene. Legitimiteten i den administrative ledelsen ligger i de formelle posisjoner man innehar. I følge Steine-rapporten (16) er en av de store organisasjonsmessige utfordringene å skape et godt forhold mellom faglig og administrativ ledelse. Etter Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-9 skal virksomheten organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Organisasjons- og ledelsesstruktur er i all hovedsak en del av eierens og virksomhetsledelsens styringsrett innefor de lovpålagte rammer (hensynet til faglig forsvarlighet i § 2-3 er særlig sentralt).

5.1.1 Fagutvikling

Faglig ledelse innebærer å lede arbeidet med å utforme poliklinikkens faglige profil. Hva slags behandling skal poliklinikken tilby, og hvilken praksisprofil er ønskelig? Lederen skal være leder for et helt fagfelt, ikke bare for egen profesjon. Alle medarbeiderne samlet utgjør fagligheten ved poliklinikken. God faglig ledelse er å bruke denne fagligheten til pasientenes beste.

Det skjer stor utvikling innen det psykiatriske fagfeltet og det er nødvendig å holde seg oppdatert på ny kunnskapsbasert praksis. Faglig ledelse innebærer å sørge for systematisk og kontinuerlig oppdatering om fagets utvikling, og å være bevisst hvordan behandlernes kompetanse utnyttes på best mulig måte. Det å sammenstille kompetanse og oppgaver på individplan er en viktig utfordring for lederen dersom personalets potensial skal utnyttes optimalt. Det innebærer å klargjøre roller for de ulike medarbeiderne, slik at de får vite hva som forventes av dem med hensyn til ansvar, myndighet, oppgaver og plikter.

Det bør utformes funksjonsbeskrivelser for alle stillingene. Disse bør drøftes i tilsettingsintervjuet og revideres i medarbeidersamtalene. Oppgaver kan ikke tildeles tilfeldig eller gå på omgang, men skal tildeles etter kompetanse og personlig egnethet. Kompetanseutviklingen og kompetansevedlikeholdet bør styres med pasientenes behov for øye, ikke ut fra behandlernes individuelle ønsker alene. Ofte er imidlertid disse to sammenfallende.

Lederen bør ha en strategi for hvordan poliklinikken skal holde seg oppdatert på kunnskap og praksis. Det finnes en lang rekke kilder til oppdatering innen dette. Tidsskrift for den norske lægeforening og Tidsskrift for norsk psykologforening er sentrale tidsskrifter som blant annet publiserer enkeltstudier og der

debatten om evidensbasert praksis pågår (17). Både Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet publiserer utredninger og behandlingsveiledere i forhold til enkelttilstander og sykdomsgrupper.

Internasjonale databaser over litteratur er det flere av, hvor den mest kjente for sammenfatning av evidensbaserte studier er Cochrane- databasen. De to største databasene for oversikt over publiserte artikler er MEDLINE og PsycINFO. Alle fagområder og profesjonsområder har internasjonale tidsskrift med enkeltstudier og review artikler. En økende andel av disse er det mulig å hente ned artikler fra i fulltekst via søk i MEDLINE og PsycINFO. For å få tilgang til internasjonale databaser vil vi anbefale at poliklinikken oppretter et samarbeid med nærmeste universitetsbibliotek eller et annet fagbibliotek, dersom ikke slike funksjoner er tilrettelagt fra administrasjonens side innen de spesialisthelsetjenestene som poliklinikken er en del av.

Det er nødvendig med systematisk evaluering av poliklinikkens virksomhet med hensyn til om kvaliteten og kvantiteten av de polikliniske tjenestene holder de mål man har satt seg. Dette er omtalt nærmere i kapitlet om organisasjonsutvikling.

5.1.2 Forskning og evaluering

Forskning er ut ifra kravene til bruk av vitenskapelige metoder mer krevende enn fagutvikling og evaluering som er omtalt i andre kapitler. Ved større poliklinikker kan det være aktuelt å gjennomføre vitenskapelige undersøkelser av kliniske problemstillinger eller praksis som inngår i de oppgavene poliklinikken arbeider med. En mer nærliggende mulighet for både større og mindre poliklinikker kan være å delta i undersøkelser som organiseres og ledes ut i fra et større fagmiljø.

Forskning ved vanlige poliklinikker er verdifull fordi den har stor generaliseringsverdi overfor vanlig klinisk praksis, noe som ikke alltid er tilfelle med forskning på svært selekterte pasientgrupper eller ved institusjoner med mye ekstra ressurser. Deltakelse i forskning kan være stimulerende for et fagmiljø og kan bidra til at behandlerne får økt kompetanse i å vurdere artikler og forskningsrapporter som danner grunnlag for kunnskapsbasert behandling.

Noen poliklinikker vil ha tilgang på den kompetanse som trengs, enten ved poliklinikken eller innen den organisasjonen som poliklinikken er en del av. Andre vil være avhengige av å hente slik kompetanse utenfra, f.eks. ved en ekstern veileder eller et samarbeid med større og mer resurssterke fagmiljø.

Det er opprettet Regionsenter for BUP (R.BUP) i alle helseregioner. Disse har som mål å bedre kvaliteten på de barne- og ungdomspsykiatriske tjenestene i helseregionen ved å ta seg av oppgaver innenfor utdanning, forskning og utviklingsarbeid som er relevant for barne- og ungdomspsykiatrien. Regionsentrene skal fremme rekruttering til barne- og ungdomspsykiatrien ved å kvalifisere ulike faggrupper for klinisk virksomhet.

5.2 Personalledelse

Poliklinikker er kunnskapsorganisasjoner. Det innebærer at personalet utgjør den viktigste innsatsfaktoren i poliklinikken. For at denne fagkompetansen kan komme til uttrykk på best mulig måte, er personalforvaltning og personalpolitikk viktige lederfunksjoner. Personalledelse innebærer blant annet å rekruttere kompetente medarbeiderne og å skape et lærerikt og personlig utviklende arbeidsmiljø slik at de blir værende.

Medarbeidersamtaler er et verktøy som kan gi et bedre perspektiv på personalressursene og som kan bidra til å se potensialet hos den enkelte medarbeider. Det må oppleves som nyttig for begge parter, og bygge på gjensidig tillit og respekt. Det finnes flere maler for slike samtaler. Sentrale temaer er tilfredshet med arbeidsoppgaver, ansvar, karrieremuligheter og kompetanseutvikling.

Psykiatriske institusjoner, og kanskje spesielt poliklinikker, kan noen ganger utvikle en ensidig problemfokuseret kultur. Virkeligheten blir sterkt preget av pasientenes lidelsestrykk, grensesetting blir ikke oppmuntret, og tegn på utbrenthet kan begynne å vise seg. For å motvirke en slik utvikling er det viktig at lederen fastholder et mestringsfokus gjennom å påpeke oppnådde mål og rose medarbeidere for en ekstra innsats eller et godt resultat.

Mange behandlere uttrykte i poliklinikkrapporten behov for å ”hente seg inn” etter konsultasjoner. Noen behandlere ble spurt om hvor mye tid som kunne gå med til dette. Det var selvsagt avhengig av problematikken, men de fleste anslo 5-15 minutter etter hver samtale. Det var lokal anerkjennelse for at dette var nødvendig ved de poliklinikkene som deltok i undersøkelsen.

Poliklinikkrapporten kartla også omfanget av ubetalt overtid, som for eksempel arbeidstelefonsamtaler på fritiden, skriving av rapporter, søknader og administrativt arbeid. Det gikk med lite ubetalt tid til slik virksomhet, så det er ikke dekning for å si at dette er et generelt fenomen. I de tilfeller det skjedde at man ”tok med seg jobben hjem”, var det særlig et lederfenomen.

Lederen har et ansvar for at det skapes et klart skille mellom arbeid og fritid, slik at personalet ikke opplever et unødig arbeidspress i form av overtid, hjemmearbeid og mangelfull avvikling av ferier, kurs og permisjoner, som kan lede til utbrenthet. Regelmessig veiledning er et tiltak som kan forebygge utbrenthet. Det er nyttig med en kommentarutgave av Arbeidsmiljøloven, slik at man lett kan orientere seg om ansattes rettigheter og plikter i arbeidslivet (18).

5.2.1 Rekruttere og beholde medarbeidere

Rekruttering kan være et stort problem for små poliklinikker utenfor sentrale områder. Det er viktig at poliklinikken greier å tiltrekke seg og beholde gode fagfolk for å skape et godt fagmiljø som gir god behandling. Et godt og utfordrende fagmiljø virker i seg selv rekrutterende. God rekruttering krever også at man legger arbeid i selve rekrutteringsprosessen, slik som annonsering, intervju, vurdering av attester og innhenting av referanser. For å beholde medarbeidere bør man fokusere på fagutvikling og opplæring, og legge forholdene til rette for den enkeltes spesielle behov. Dersom poliklinikken har problemer med å dekke alle stillingene, bør dette synliggjøres overfor institusjonseieren.

Høy personalgjennomtrekk medfører store opplæringskostnader, både i form av formell og uformell veiledning. Det har også andre konsekvenser for produktiviteten, ettersom behandlerne i starten og avslutningen av et tilsettingsforhold har færre konsultasjoner enn ellers. Når gjennomtrekken blir høy, minker følelsen av stabilitet og tilhørighet blant personalet. Det påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet og dermed ”arbeidsroen” på poliklinikken.

Personalgjennomtrekk kan beregnes på flere måter. En måte er å beregne antallet som sluttet i løpet av året i forhold til totalt antall ansatte. Er den høyere enn 20% kan det være et faresignal. Noe utskiftning av personalet er ønskelig fordi det gir poliklinikken nye impulser og kan virke vitaliserende på arbeidsmiljøet. En stor andel med utdanningsstillinger vil også bidra til et større personalgjennomtrekk.

5.2.2 Begrense sykefravær

Sykefravær kan ses på som en indikator for det psykososiale arbeidsmiljøet. Dersom sykefraværet er høyt, er ofte mistrivselen og gjennomtrekken også høy. Høyt sykefravær kan også skyldes lav bemanning, fordi det oppstår stor slitasje på personalet. For å redusere sykefraværet settes det ofte inn tiltak for å bedre arbeidsmiljøet. Som et førstetiltak før man velger å sette inn omfattende arbeidsmiljøundersøkelser, bør man lytte til medarbeideres frustrasjon og forsøke å gjøre noe med den. Det bør finnes rutiner for oppfølgingen av sykemeldte, som blant annet innebærer en regelmessig og engasjert kontakt.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Årlige medarbeidersamtaler med nærmeste overordnede leder vurderes.
- Det utformes en mal for ansettelsesprosedyren.
- Det utformes en prosedyre for oppfølging av sykemeldte.
- Trivselsundersøkelser blant ansatte gjennomføres av og til.

Forslag til virksomhetsdata

- Andel besatte stillinger.
- Sykefravær.
- Personalgjennomtrekk mål ved andel som har sluttet i løpet av året.

5.3 Administrativ ledelse

Administrasjon handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling, i følge definisjonen i Steine-rapporten. Sagt på en annen måte: Administrasjon handler om å gjøre tingene riktig, mens ledelse handler om å gjøre de riktige tingene.

Dette heftet gir mange anbefalinger for hvordan poliklinikken kan struktureres gjennom gode rutiner og tydeligere lederansvar, slik at de samlede ressurser brukes optimalt og det kan ytes mer og bedre pasientbehandling. En slik strukturering bør nedfelles skriftlig og utgjøre poliklinikkens kvalitetssystem. Det er viktig å gjøre seg kjent med poliklinikkens virksomhetsdata, sette mål for virksomheten og evaluere virksomheten løpende.

Dette er i tråd med Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling innen helsetjenesten (14) og Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, der § 3 sier at alle som yter helsetjenester skal etablere internkontrollsystem for virksomheten, og sørge for at virksomheten og tjenesten planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.

5.3.1 Bruk av kontorfaglig personale

I Opptrappingsplanen (2) slår man fast at: *”Økt bruk av økonomisk og administrativt personale i psykiatrien vil gi helse- og sosialpersonell muligheter til ytterligere vektlegging av klientrettet arbeid.”*

Ved mange poliklinikker er det i dag mangel på kapasitet hos det kontorfaglige personalet, og de opplever seg ikke sentrale i poliklinikkens drift. I poliklinikkrapporten uttalte behandlere at de ønsket at kontorpersonalet kunne finne fram og sette tilbake journaler, og sørge for at innholdet var komplett og journalen ryddig. Under kapitlene om journalføring og inntak omtales flere oppgaver for det kontorfaglige personalet.

Det kontorfaglige personalet er kanskje den profesjon ved poliklinikkene som får de største kompetanseutfordringene i årene framover. Saksbehandling kan delegeres til det kontorfaglige personale i samsvar med den kompetanse de har, fordi det innen denne sektoren finnes betydelig kompetanse på rutiner. I dag kan denne delen av poliklinikken lett bli litt på siden av personell med behandlingsmessige, primæroppgaver. Det kontorfaglige personalet bør ses på som en integrert del av poliklinikkens virksomhet, og må ledes på linje med øvrig virksomhet ved poliklinikken. Det er avgjørende at det etableres et nært samarbeid mellom faglig ledelse og merkantilt personale når det gjelder det pasientadministrative systemet, særlig med tanke på registrering og uttak av virksomhetsdata.

Det er behov for at noen har et lokalt ansvar ved poliklinikken for edb- sys-

temene, inkludert opplæring og brukerstøtte. Den av det kontorfaglige personalet som har dette ansvaret, trenger nødvendig opplæring og god tilgang på ekspertene som har det overordnede ansvaret for edb-systemene innen institusjonen(19).

Poliklinikken trenger videre en velfungerende felles arkivfunksjon der ulike typer informasjon raskt kan gjenfinnes og hentes fram. Dette kan avlaste behandlerne, som ofte lagrer mye papirer unødige på eget kontor.

Møter krever i alminnelighet en sekretærfunksjon. Det er nødvendig med innkalling, utsending av dagsorden og skriving av referat. Dette bør gjøres av en sekretær. I møter med mange beslutninger og mange dokumenter er det spesielt nyttig med en slik funksjon.

5.3.2 Bruk av edb

PC i nettverk er mer og mer vanlig i psykiatriske poliklinikker, og gir potensielt store muligheter for effektivisering, tidsbesparelse og bedre informasjonstilgang. Maler for utredning, journalnotater og andre prosedyrer gjør arbeidet enklere. Skriftlige prosedyrer og metodebøker blir lettere tilgjengelige og enklere å oppdatere. Elektronisk journalsystem gjør at journalen er raskt tilgjengelig. (Det forutsettes at de nødvendige godkjenninger fra datatilsynet innhentes).

Poliklinikken bør ha tilgang på Internett. Dette muliggjør søk i internasjonale databaser som for eksempel Medline. Det finnes et økende antall CD-er med faglig informasjon som kan gjøres tilgjengelig i et nettverk, som f.eks. oppslagsverker, litteraturoversikter, kodeverk og databaser.

Et lokalt pasientadministrativt system gir mulighet til å følge poliklinikkdriften ved hjelp av virksomhetsdata og indikatorer som er foreslått i denne håndboken. Informasjonen kan sammenstilles på mange ulike måter uten at det krever mye ekstra tid og arbeid. Dette forutsetter regelmessig og pålitelig registrering av opplysninger.

De poliklinikker som er koblet til et internt nettverk, anbefales å bruke elektronisk timeplan og e-post. Timeplanen bør gjøres tilgjengelig for alle og gir mulighet for oversikt over den enkeltes avtaler og aktivitet. Intern e-post effektiviserer intern kommunikasjon, ikke minst for sentralbord og ekspedisjon som enkelt kan gi beskjed til behandlere om telefoner og om pasienter som er ankommet.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Det etableres et system med elektronisk avtalebok.
- Funksjon og kompetanse for det kontorfaglige personalet defineres i en stillingsbeskrivelse.
- Lederen har et fast møte med det kontorfaglige personalet for å drøfte faglige og administrative spørsmål ved den kontorfaglige funksjonen.
- Sekretær er med i alle møter der dette er hensiktsmessig.
- Alle behandlere og alt kontorfaglig personell må ha tilgang på egen pc.
- Poliklinikken tar i bruk et hensiktsmessig edb-system som dekker poliklinikkens oppgaver, og alle får nødvendig opplæring til å kunne bruke det effektivt.
- Det utformes en plan for hvordan pasientdata og virksomhetsdata brukes i monitorering av poliklinikkens drift.
- Poliklinikken tilrettelegger tilgang til Internett.
- Tilgang på litteratursøk og andre relevante informasjonskilder gis på alle kontorer.

6 Kompetanseutvikling

Stortingsmelding 25 viser til det økte behovet for kompetanse og spesialisering innen det psykiske helsevern. Stortinget har fulgt opp dette med Lov om spesialisthelsetjenestenes § 2-7 som pålegger eier å sørge for at ansatt helsepersonell får den opplæring og videreutdanning som kreves for å kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. En poliklinikk er følgelig både en spesialisthelsetjeneste og en opplæringsinstitusjon for flere profesjoner. Det er derfor nødvendig å bruke tid på bygging av både formalkompetanse og realkompetanse. Samtidig er det en fare for at det brukes urimelig mye tid på dette, og for at kompetanseutviklingen primært skjer ut ifra den enkelte ansattes ønsker og interesser i stedet for å være styrt og koordinert ut ifra de oppgavene poliklinikken er satt til å løse. Lederen må ta stilling til i hvilken grad det er nødvendig å redusere produktivitetstkrav på grunn av behovet for kompetanseutvikling.

Poliklinikkrapporten kartla den tid som var brukt på faglig veiledning gitt og mottatt, samt tid brukt på kurs og studier. Samlet sett gikk rundt 1/6 av tiden til behandlerne med til en eller annen form for kompetanseheving i voksenpsykiatrien. Omkring hver fjerde behandler tok en eller annen form for klinisk spesialist- eller videreutdanning. Innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker brukte man 40% mer tid til kompetanseoppbygging enn i voksenpsykiatriske poliklinikker.

Kompetanse forutsetter integrering av både kunnskaper, ferdigheter og erfaring. Derfor er det nødvendig med flere former for kompetansebyggende tiltak. Behovet for kompetanse kan deles i to; det som er knyttet til spesialistutdanningen, også kalt videreutdanning, og det som er knyttet til etterutdanning av spesialister, kalt etterutdanningen. Det er først og fremst viktig å få rekruttert og utdannet spesialister, dernest å legge forholdene til rette for etterutdanning av spesialistene. Deltakelse i kurs og seminarer, lesing og diskusjon av faglitteratur, og praksis under veiledning er alle viktige komponenter som lederen må planlegge og legge til rette for. Undervisning, veiledning og andre kompetansehevende tiltak i poliklinikkens regi bør i hovedsak være for alle profesjoner. Det vil øke forståelsen for felles faglige oppgaver i poliklinikken.

Utifra de oppgaver som en poliklinikk skal ivareta, bør den brede, *allmenpsykiatriske kompetanse* innen utredning, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser, inkludere følgende: Relasjonsbygging og forståelse av dynamikken i relasjoner, samarbeid og respekt for pasienten og dennes familie og deres synspunkter og ønsker, tverrfaglig samarbeid om å utforme og gjennomføre individuelle planer, diagnostisk utredning, kriseintervensjon, medikamentell behandling, psykodynamisk forståelse og psykoterapi, kognitiv terapi og eksponeringsterapi, gruppepsykoterapi, familierapi, nettverksarbeid, psykososial rehabilitering, og bruk av sentrale skåringsskalaer som ledd i utredning og evaluering. Kjennskap til lokale forhold og samarbeidspartnere, kompetanse i veilednings- og konsultasjonsarbeid, er også former for kompetanse som skal finnes ved poliklinikken.

6.1 Undervisning

Poliklinikkens leder bør ha en løpende oversikt over kurs og seminarer som medarbeiderne ønsker å være med på. Den kan brukes til å disponere budsjettet og til å planlegge permisjoner, og den bør være i størst mulig samsvar med poliklinikkens plan for kompetansebygging. Alle medarbeidere bør informeres regelmessig om status for budsjetterte kursmidler og hvordan midlene fordeles. Internundervisningen er sentral i kompetansebyggingen. Den bør i noen grad dekke undervisningsbehovet for de enkelte spesialistutdanningene, slik at behovet for profesjonsspesifikk undervisning reduseres. Internundervisningen bør

arrangeres ukentlig for alle behandlerne i poliklinikken. Dette bør planlegges for et halvt år om gangen, og en person bør ha ansvaret for dette. En av behandlerne kan for eksempel legge fram en artikkel, holde en forelesning eller gi en oppsummering fra et kurs, eller poliklinikken kan invitere en ekstern foreleser. Alle behandlere bør få øvelse i å formidle kunnskap til andre. Det å gi veiledning og å undervise er aktiviteter som kan virke inspirerende og som gir faglig status.

Studenter krever oppfølging og veiledning, og dermed tid og oppmerksomhet fra behandlerne ved poliklinikkene. Studenter tilfører også poliklinikken nye impulser. Studenter som er fornøyde med sin opplæring, kan komme til å søke seg tilbake til institusjonen senere. Poliklinikker som har studenter i praksis bør vurdere nøye hvor mye tid man kan avse til opplæring av studenter, og om det personalet som skal gi studentene opplæring er egnet og motivert for oppgaven. Kanskje har ikke poliklinikken tid og ressurser til å gi studentene veiledning med god nok kvalitet. Da kan studenter bli en belastning for poliklinikken og det kan bli en negativ opplevelse for studentene. Dette understreker betydningen av at lederen tar det overordnede ansvaret for praktisk tilrettelegging av en integrert, klinisk rettet undervisningssituasjon. Dette både av hensyn til studenter og ansatte, men ikke minst også av hensyn til den fremtidige kvalitet på det pasientrettede arbeidet studentene skal utføre.

6.2 Veiledning

Innen voksenpsykiatriske poliklinikker gis veiledning hovedsakelig til leger og psykologer som er i spesialistutdanning, mens det innen BUP også gjelder sosionomer, pedagoger og miljøterapeuter.

Hensikten med veiledning er at den som veiledes skal kunne bringe et problem til diskusjon med en mer erfaren fagperson. Individuell veiledning omfatter vanligvis både aktuelle pasientsaker og forhold knyttet til utvikling av behandlerrollen. Veileder bør derfor også drøfte forhold som konsultasjonslengde, konsultasjonsserielengde, antall pasienter og konsultasjoner per uke, slik at den enkelte behandler praksisprofil kan diskuteres opp mot poliklinikkens målsettinger. Hensikten med dette er å øke bevisstheten omkring den praksisprofil den enkelte behandler og poliklinikk har, og på sikt å endre det som oppleves som u hensiktsmessig. Ofte er det hensiktsmessig å veilede i grupper. Kliniske spesialister bør også tilbys veiledning både for å sikre kunnskapsnivået og forhindre utbrenthet.

For å redusere veiledningsbelastningen på poliklinikkens spesialister kan man opprette faste eksterne veilederordninger. Den eksterne kompetanse kan også være av høyere kvalitet enn den lokale kompetanse. Ulempen ved en slik ordning kan være at den er dyrere enn intern veiledning og at den innbefatter reisetid, slik at kandidatens tid i poliklinikken reduseres ytterligere. En vesentlig del av den kliniske veiledningen må foregå lokalt på poliklinikken av en som observerer kandidatens konkrete yrkesutøvelse. Ulike faggrupper ønsker primært å bli veiledet av egen profesjon, for eksempel forutsetter primærleger ofte at slik veiledning skal gis av spesialist i psykiatri eller psykolog. Dette er et tungtveiende argument for at samarbeidsmøter også har en tverrfaglig sammensetning fra poliklinikkens side, eller hvis det er mulig, at samme profesjoner møter fra begge tjenestene. Dette må veies opp mot ressursbruk.

Enkelte behandlere ønsker å gå i egenerapi. Slike forhold er ikke alltid regulert i personal- og arbeidsreglementet. Dersom det skal foregå i arbeidstiden, må lederen ta stilling til om vedkommende bør få anledning til dette. Egenbehandling kan bidra til å øke vedkommendes faglige kompetanse, mens egenbehandling i arbeidstiden kan bidra til redusert produktivitet. Tidkrevende former for egenbehandling bør derfor primært gjennomføres utenom arbeidstiden.

Arbeidsgiveren kan tilrettelegge for egenbehandling ved bruk av fleksitid. Ledelsesfunksjonen i poliklinikken er i stor endring, og det vil bli stilt store krav til poliklinikkledere i tiden framover. Gjennom spesialisthelsetjenesteloven kreves det en leder på alle nivåer for blant annet å tydeliggjøre lederansvaret. Dersom lederrollen skal utvikles, bør det tilbys veiledning med fokus på lederrollen for ledere på alle nivåer. Dette kan organiseres slik at 6-8 ledere møtes en gang hver måned til veiledning på tvers av avdelings- og klinikknivå. Slik veiledning bør gis av en ekstern veileder.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Poliklinikken utarbeider en langsiktig plan for kompetansebygging de neste 3-5 år, samt en mer konkret plan for det første året. Disse planene revideres årlig.
- Poliklinikkens leder holder løpende oversikt over hvilke kurs og seminarer som medarbeiderne ønsker og/eller har fått innvilget permisjon til de neste 6 månedene. Oversikten brukes til å disponere permisjoner og utdanningsbudsjett, og alle får kopi.
- Alle medarbeidere i poliklinikken får tilbud om regelmessig veiledning, gjerne gruppeveiledning på tvers av profesjonene.
- Ledere bør ha tilbud om ekstern veiledning.

Forslag til virksomhetsdata

- Andel av budsjettet som brukes på kompetansebygging hvert år.
- Andel av medarbeiderne som mottar regelmessig veiledning.
- Samlet tid som gikk med til veiledning i løpet av siste tertial fordelt på antall behandlere.

7 Organisasjonsutvikling

7.1 Evaluering av poliklinikkens virksomhet

Det er ønskelig med systematisk evaluering av poliklinikkens virksomhet for å identifisere forhold som bør endres og for å sikre gjennomføring og resultatet av slike endringer. En strategi for hvordan man kan gjennomføre slike endringer som et forbedringsprosjekt er beskrevet i kapittel 7.5 nedenfor. Her omtales først hvordan en kan utforme en evaluering som så eventuelt kan danne basis for endringsstrategier.

Evalueringen bør tar utgangspunkt i spørsmål eller problemstillinger som man mener er viktig i poliklinikkens virksomhet. Tradisjonelt har registreringer av poliklinikkens virksomhet vært rettet mot å dekke fylkeskommunale og nasjonale myndigheters rapporteringsbehov, mens poliklinikkens ledelse og behandlere har fått lite tilbakemelding og hatt lite eller ingen nytte av det. Men systematisk registrering av aktivitetene ved poliklinikken gir også en viktig mulighet for lokal tilbakemelding og evaluering. Lederen bør derfor sette seg inn i hvilke data som registreres og hvilke standardrapporter som er tilgjengelig i det edb-systemet som poliklinikken har. Lederen kan også overfor programvareleverandør og institusjonseier etterspørre rapporteringsmuligheter som han savner, og dermed bidra til at edb-systemet får flere standardrapporter som er nyttige lokalt. BUP-data har flere slike muligheter innebygd, og det arbeides med å definere standardrapporter til lokal bruk ut ifra minste basis datasett som brukes i voksenpsykiatriske poliklinikker.

Nytten av registrerte data er svært avhengig av kvaliteten på opplysningene. Lederen kan bidra til bedre datakvalitet ved å bruke data aktivt i regelmessig evaluering av virksomheten, for de som gjør systematiske vurderinger og registreringer opplever da at det de registrerer får betydning for beslutninger om virksomheten. Det er også ønskelig at det er god kvalitet på data som rapporteres til helsemyndigheter og brukes som noe av grunnlaget for utforming av helsepolitikk og større beslutninger. Ved bruk av skåringsskjema er det nødvendig å samkjøre seg innen poliklinikken slik at en bruker disse skjemaene på samme måte.

Dersom en skal registrere opplysninger ved poliklinikken ut over det som er obligatoriske krav fra myndigheter eller institusjonseier, må man ta stilling til hvilke data som skal registreres og hvordan dette skal gjøres. For mer vanlige fenomener som for eksempel symptomer, funksjonsnivå og livskvalitet er det lurt å bruke etablerte måleinstrumenter (spørreskjema og skåringsskalaer) som har vist seg å fungere bra og som brukes av mange. Litteraturlista inneholder referanser til en del publikasjoner med råd om slike valg, og en kan også rådføre seg med forskere og andre fagpersoner med kunnskap om dette. For lokale fenomener som er spesifikke for poliklinikken eller området er det ofte nødvendig å utforme egne registreringsskjema. Bruk av de samme instrumentene over tid gir erfaring og bedre grunnlag for å vurdere resultatene.

Noen forhold kan belyses ved data som registreres kontinuerlig, som f.eks. antall konsultasjoner, mens det for andre kan være nødvendig å avgrense datainnsamlingen til punktregistrering eller registrering i et avgrenset tidsrom, f.eks. tidsbruk i en periode på to uker.

I tillegg til registrering av kvantitative data som en kan analysere ved statistiske metoder og formidle ved tabeller eller diagrammer, kan en også bruke verbale beskrivelser, kvalitative intervjuer eller fokusgrupper for å belyse en problemstilling. Dette er nyttig både for å få en utdypning av problemstillingen eller som et ledd i å utforske en problemstilling før en gjør mer omfattende kvalitative registreringer.

Lederen har et ansvar for hvordan resultatene fra evalueringer bringes tilbake til poliklinikken og dens behandlere. Dette kan gjøres skriftlig og i egne møter

som et prosjekt. Både tekst og virksomhetsdata er sentrale når poliklinikken skal oppsummere og evaluere sin virksomhet og planlegge videre drift. Dette bør brukes aktivt innen årlige eller halvårlige evalueringer eller årsseminarer, og i årsrapporter. Hvis man bruker et lite utvalg av virksomhetsdata eller indikatorer over flere år, gir dette økende erfaring i å forstå og bruke resultatene konstruktivt. Ved bruk av standardiserte måleinstrumenter kan man også sammenlikne seg med andre poliklinikker.

Alle som arbeider ved en poliklinikk bør kjenne poliklinikkens virksomhetsdata, som for eksempel antall behandlede pasienter, andelen avslag, andelen akutthjelp osv. I denne håndboken foreslår vi noen virksomhetsdata og indikatorer som poliklinikkene kan velge, for å få et bedre bilde av egen virksomhet. Disse indikatorene er først og fremst ment å være et hjelpemiddel til en løpende oppfølging av egen virksomhet, og et utgangspunkt for diskusjon og refleksjon internt i poliklinikken.

7.2 Balansert resultatmåling

En indikator er et tallmessig uttrykk for et fenomen som man ønsker å følge med på over tid. Poliklinikken bør ta i bruk indikatorer som kan si noe om tilgjengelighet, effektivitet og kvalitet på de spesialisthelsetjenestene den gir. Flere slike mulige indikatorer er omtalt som forslag til virksomhetsdata i tidligere kapitler. Når de brukes som indikatorer, bør de sammenlignes med en norm, f.eks. et område avgrenset av en maksimumsverdi og/eller minimumsverdi. Ofte finnes ikke slike etablerte normer, og da vil erfaringer med målinger over tid kunne gi et grunnlag for hvilke grenseverdier en skal velge å forholde seg til.

Balansert målekort er en metode for å sammenstille indikator fra forskjellige felt for å få et bedre perspektiv på poliklinikkens samlede funksjon. Man bestemmer hvilke perspektiver man vil ha med i en resultatmåling på et slikt balansert målekort, og deretter kan man utarbeide indikatorer innenfor hvert av de ulike perspektivene. Verdens helseorganisasjon har anbefalt at man tar med indikatorer i balansert resultatmåling fra de fem områdene som er nevnt nedenfor. Forslagene til indikatorer under hvert punkt er formulert av arbeidsgruppen som eksempler:

- **Høy faglig standard;** for eksempel mål på effekt av behandling, andel behandlere med spesialistkompetanse, andel som mottar regelmessig veiledning, budsjettandel som brukes på kompetansebygging, publisering.
- **Høy tilfredshet hos brukere og samarbeidspartnere;** for eksempel tilfredshet hos pasienter, pårørende og samarbeidspartnere målt ved spørreskjema, antall klager eller ved andre typer tilbakemelding.
- **Lav risiko for skader og bivirkninger;** for eksempel sykefravær, stabilitet i personalet, skader, uhell og trusler, antall avbrutte behandlinger.
- **God tilgjengelighet;** for eksempel maksimum ventetid for utredning og behandling, epikrisetid, telefonilgjengelighet for samarbeidspartnere.
- **God ressursutnyttelse;** for eksempel antall konsultasjoner per behandler per dag, møteindeks.

7.3 Fra årsmelding til virksomhetsbeskrivelse

Årsmeldingen bør være kortfattet, lettlest og komme i løpet av januar eller februar. Alle medarbeidere bør få hvert sitt eksemplar. En årsmelding bør inneholde pasientrelaterte og personalrelaterte resultater. I de tradisjonelle årsmeldingene, som har vært skrevet til poliklinikkens eiere, har produksjons- og driftsresultater fått stor plass. Det tar ofte lang tid å framstille og kvalitetskontrollere disse opplysningene, slik at årsmeldingene har latt vente på seg. Det har

også ført til at årsmeldingen leses og diskuteres av få klinikere.

For å tilfredsstillere behovet for en personalvennlig og rask årsmelding, behovet for produksjons- og driftsresultater for institusjonseier, og samtidig unngå dobbeltarbeid for poliklinikken, vil vi anbefale at den første inngår som en egen del i den sistnevnte.

Den første årsmeldingen laget etter denne malen bør drøftes på årsseminaret, for å se om den dekker personalets behov for kunnskap om avdelingens drift.

7.4 Årsseminar

En gang i året bør alle ved poliklinikken samles til et årsseminar, der ledelsen legger fram fjorårets årsmelding. Dette kan betraktes som en slags vareopptelling, som etterfølges av en diskusjon om hvilke konsekvenser forrige års resultat vil få for neste års arbeid. Dette vil også være en strategisk diskusjon med drøfting av poliklinikkens styrker, svakheter og utfordringer. En god presentasjon av poliklinikkens resultater virker motiverende.

Ros, oppmuntring og tilbakemeldinger til personalet bør stå sentralt. Årsseminar kan kombineres med et faglig møte. Man kan invitere en inspirerende foredragsholder som alle kan ha glede av å høre på, og sette av tid til refleksjon og dialog.

7.5 Forbedringsarbeid

Dersom man ønsker å forbedre virksomheten ved poliklinikken, bør man velge et område som er viktig, og som skaper mye frustrasjon. Det bør være enighet om at noe må gjøres for å endre dagens praksis. Man må sette et spesifikt mål for hvor man vil nå, og man må bli enig om hvordan man skal måle endringen. Først må man ha sikre tall for tilstanden nå.

La oss for eksempel anta at poliklinikken bestemmer seg for å øke antallet behandlede pasienter, fordi dagens måling har vist at det behandles i gjennomsnitt 1,9 pasienter per behandler per dag. Poliklinikken setter et mål om at dette skal økes til 2,3 i løpet av et halvt år. De som behandler pasientene må være med på å utforme forslag til tiltak, slik at de får "eierskap" til de endringer som settes i gang. Mulige tiltak for å øke antall behandlede pasienter kan være:

- Redusere interne ikke-pasientrelaterte møter slik at de ikke overstiger 10% av arbeidstiden.
- Gi opplæring i diktafonbruk og pc til alle.
- Gi opplæring og veiledning i journalføring med bruk av journalmal.
- Ikke overskride 45 minutter i konsultasjonstid, og vurder å redusere konsultasjonstid for enkelte oppfølgingssamtaler.
- Innføre standardiserte behandlingsprogrammer for enkelte diagnoser eller pasientgrupper, slik at konsultasjonsserielengden er fastlagt på forhånd.
- Innføre regelmessig evaluering av enkelte pågående behandlinger med fokus på avslutning, valgt ut etter konsultasjonsserielengde.
- Tilpasse ressurser brukt til akutt-tilbudet i forhold til antall akuttgjelp-konsultasjoner poliklinikken har.
- Ha en definert målsetting om antall konsultasjoner per behandler per dag.
- La det kontorfaglige personale avlaste behandlerne der det er mulig.

Etter at tiltakene er iverksatt må resultatet måles, og man må evaluere om den ønskede endring er oppnådd. Det er en fordel om målet kan oppnås etter relativt kort tid, som for eksempel et halvt år. Det krever at man "tar i et tak" og tenker nytt, og det holder motivasjonen oppe.

Momenter til vurdering i utviklingsarbeidet

- Det utformes en skriftlig oversikt over hva som er poliklinikkens sentrale oppgaver, med presisering av omfang og kvalitet.
- Det velges noen få indikatorer som kan vise om oppgavene blir godt nok utført.
- Det defineres et forum der man kan diskutere, reflektere over og evaluere omfanget og kvaliteten på poliklinikkens tjenester.
- Poliklinikkens aktivitet korrigeres når dette er nødvendig ut ifra evalueringer.
- Det lages en kort klinisk årsmelding i januar og arrangeres et årsseminar i februar der alle kan reflektere over resultatene

8 Oversikt over datakilder for ulike virksomhetsdata som er foreslått

Informasjon om hvordan dette skal gjøres og standardrapporter som er tilgjengelige, må skje til leverandørene av den programvare som brukes ved poliklinikken. Leverandørene vil til en hver tid ha kjennskap til hva som er pålagt eller anbefalt fra myndighetene, og hva som er implementert i deres egen programvare. Programvare for voksenpsykiatrien inneholder vanligvis mer data enn det som er spesifisert i minste basis datasett.

	Kan hentes ut av data som registreres løpende	
	BUP-data	Minste basis datasett
Andelen tilbakehenvisninger til førstelinjetjenesten	X	
Gjennomsnittlig og maksimal ventetid	X	X
Andel henviste pasienter med rett til helsehjelp	X	X
Andelen pasienter som ikke møter første gang	X	X
Andel akutte pasientkonsultasjoner (nyhenviste)	X	X
Antall innleggelses i akuttpsykiatrisk avdeling fra poliklinikken hvert tertial	X	
Andel av konsultasjoner som er brukt på utredninger	X	X
Andel pasienter med individuell plan		
Andel ansatte med oppdaterte stillingsbeskrivelser		
Antall konsultasjoner per behandler per arbeidsdag	X	X
Andel gruppekonsultasjoner av alle konsultasjoner		X
Andel hjemmebesøk av samlet antall konsultasjoner	X	
Gjennomsnittlig konsultasjonsserie-lengde ved poliklinikken og for den enkelte behandler	X	X
Antall avsluttede behandlinger/saker hvert tertial	X	X
Epikrisetid: Tiden det tar fra pasienten utskrives og til epikrisen sendes, bør registreres	X	
Antall samarbeidsmøter i den enkelte kommune eller bydel i løpet av siste tertial	X	X
Andel pasientsaker der det har vært samarbeidsmøte med andre instanser i løpet av siste tertial	X	X
Antall telefonveiledninger med samarbeidspartnere	X	
Brukertilfredshet		
Møteindeks: Hvor stor prosent av arbeidstiden som går med til pasientrelaterte- og til ikke- pasientrelaterte møter		
Andel besatte stillinger	X	
Sykefravær		
Personalgjennomtrekk (andel som sluttet i løpet av året)		
Andel av årsbudsjettet brukt på kompetansebygging		
Andel av medarbeiderne som får regelmessig veiledning		
Samlet tid som gikk med til veiledning i løpet av siste tertial fordelt på antall behandlere		

Referanser

1. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, Sosial- og helsedepartementet.
2. Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, Sosial- og helsedepartementet.
3. Statens helsetilsyn (2000): Psykiatriske poliklinikker. En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien. Statens helsetilsyns utredningsserie 4-2000, IK 2706.
4. Statens helsetilsyn (2000): Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser, Statens helsetilsyns utredningsserie 2-2000, IK 2692.
5. Statens helsetilsyn (1999): Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling, Statens helsetilsyns utredningsserie 4-99, IK 2694.
6. Statens helsetilsyn (2000): Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling, Statens helsetilsyns utredningsserie 3-2000, IK 2695.
7. Statens helsetilsyn (2000): Alvorlige spiseforstyrrelser – retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten, Statens helsetilsyns utredningsserie 7-2000, IK 2714.
8. Statens helsetilsyn (2000): Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling, Statens helsetilsyns utredningsserie 9-2000, IK 2726.
9. Statens helsetilsyn (2000): Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, Statens helsetilsyns utredningsserie 10-2000, IK 2727.
10. Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, 1. desember 2000, nr. 1208.
11. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (29. februar 2000): Vedr. Forskrifter om ventetidsgaranti, kriterier for prioritering innen barne- og ungdomspsykiatrien.
12. Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (1999): Kodebok for BUP 1999.
13. Innstilling S nr. 258 (1996-97): Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Åpenhet og helhet).
14. Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn (1995): Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, IK-2482.
15. Helsetilsynets prosjekt: Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Delutredning 7 og 8 - 1996.
16. NOU 1997: 2: Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.
17. Reichborn-Kjennerud, Ted. og Erik Falkum (2000): Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap, Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, Vol. 120, nr. 10: 1148-52.
18. Friberg, Odd: Arbeidsmiljøloven: Kommentarer til lov av 4. februar 1977 om arbeidsvern og arbeidsmiljø m.v. med endringer av 30. april 1998.

Anbefalt litteratur

Bjørndal, Arild, Signe Flottorp og Atle Klovning (2000): Medisinsk kunnskaps-
håndtering, Gyldendal Akademisk, Oslo.

Friis, Svein og Per Vaglum (1999): Fra ide til prosjekt - en innføring i klinisk
forskning, Universitetsforlaget, Oslo.

Garmannslund, Kari (2000): Nye medarbeidersamtaler mot år 2000, Egmonts
Hjemmets bokforlag.

Hardman, E., C. Joughin: FOCUS on clinical audit in child and adolescent
mental health services. London: Royal College of Psychiatrists, 1998.

Huble, Mark A., Barry L. Duncan, Scott D. Miller: The Heart & Soul of
Change. What Works in Therapy. American Psychological Association,
Washington DC, 1999.

Karterud, Sigmund (1999): Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi.
Pax forlag, Oslo.

Lycke, Kirsten H., Gunnar Handal og Per Lauvås (1994): Veiledning i medi-
sinsk spesialistutdanning, Gyldendal Ad Notam, Oslo.

Ness, Ewa (2000): Ta ledelsen! En innføring i sykehusledelse, Universitetsfor-
laget, Oslo.

Nøvik, T.S., Haaland, G., Mossige, E., (red) «Veileder i barne- og ungdomspsy-
kiatri». Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Den norske lægefors-
ening, 2. utg. Oslo, 2000.

Rishovd Rund, Bjørn og Ruud, Torleif (1994): Måling av funksjonsnivå og
funksjonsendring i psykiatrisk behandling." Statens helsetilsyn, IK 2422.

Roth, Anthony, Peter Fonagy, Allan E Kazdin, David A Shapiro: What Works
for Whom. Guilford Press, 1996.

Ruud, Torleif (1995): Evaluering av psykiatriske helsetjenester. Metoder og
strategier. Statens helsetilsyn, IK 2418.

Ruud, Torleif (1996): Evaluering av psykiatriske helsetjenester. Erfaringer og
resultater fra en utprøving av noen metoder, Statens helsetilsyn, IK 2546.

Ruud, Torleif og Breimoen, Mardon (1996): Evaluering av psykiatriske helse-
tjenester. Praktiske veiledning i bruk av noen evalueringsmetoder." Statens hel-
setilsyn, IK 2547.

Schreiner, Ada (1997): Kom i gang! Håndbok i praktisk kvalitetsutviklingsar-
beid APO forlag. Oslo. Dette er en enkelt bok i kvalitetsutviklingsarbeid som
kan brukes av alle, og som ikke forutsetter noen forkunnskaper.

Statens helsetilsyn (1998): Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som
leder, Statens helsetilsyns utredningsserie 2-98, IK 2615.

Statens helsetilsyn (1998): Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som
medarbeider, Statens helsetilsyns utredningsserie 3-98, IK 2616.

Statens helsetilsyn (1998): Retningslinjer for retningslinjer, Prosess og metode for utvikling og implementering av faglige retningslinjer. Rapport til helsedirektøren, IK 2653

Statens Helsetilsyn (2001): Distriktpsikiatriske sentre-organisering og arbeidsområder, Statens helsetilsyns veiledningsserie 1 - 2001, IK 2738.

Statens Helsetilsyn (2001): Kompetansebehov i psykisk helsevern, Statens helsetilsyn utredningsserie 4 - 2001, IK 2740.

Sørgaard, Knut W. (1996): Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang, Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol. 33:11-26.

Øvretveit, John (1995): Team decision-making, Journal of interprofessional care, vol.9, No1:41-51.

Metodebøker utformet og i bruk ved poliklinikker

Metodebok for voksenpsykiatrisk poliklinikk Fredrikstad. Tlf. 69 31 86 33. Faks 69 31 86 84. Adresse: Nygaardsgt.1, 1606 Fredrikstad.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk Vinderen. Tlf. 22 02 98 00.

ABC BUP Bogerud. Kvalitetshåndbok 2001. Tlf. 23 42 86 50. Faks 23 82 86 60. Adresse: boks 86 Bogerud, 0621 Oslo. Finnes i både papirutgave og digital utgave.

Vedlegg I

Forslag til maler for primærjournal, journalnotater og epikrise ved voksenpsykiatriske poliklinikker

Journalforskriftenes §7 inneholder krav til hva en journal skal inneholde. Malene nedenfor utvider dette med noen punkter, men fortsatt ikke mer detaljert enn at det skal være mulig å huske malene i det daglige arbeidet. Det er selvsagt mulig å spesifisere de ulike punktene med mer detaljer i en lokal skriftlig mal ved en poliklinikk.

I malene er det lagt vekt på et visst samsvar mellom de ulike journaldelene for arbeidssparende redigert ”gjenbruk” i epikrise av avsnitt som er skrevet tidligere.

Det bør gå klart fram hva som er opplysninger fra pasienten, hva som er observasjoner, hva som er vurderinger og hva som er avtaler.

Mal for primærjournal (utredningen) ved voksenpsykiatriske poliklinikker

- Pasientens navn, fødselsdato og adresse
- Henvisning og henvisningsgrunn
- Vedtak fra inntaksmøtet
- Supplerende undersøkelser og rapporter før utredning
- Anamnese:
 - Slekt, oppvekstfamilie
 - Oppvekst og utvikling (fødsel, småbarnsalder, skolealder)
 - Utdanning og arbeidsliv
 - Ekteskap/samboer, samliv, barn
 - Tidligere sykdommer, skader, traumer, rusmiddelbruk
 - Tidligere behandling og behandlingsresultater
- Nåværende livssituasjon
 - Bolig, arbeid, økonomi
 - Familieforhold, sosiale forhold, nettverk
- Aktuelle symptomer og problemer
 - Beskrivelse av symptomer og problemer
 - Start, utløsende faktor, forløp
 - Symptomenes og problemenes innvirkning på funksjonsnivå
 - Ressurser og sterke sider, risikofaktorer
 - Pasientens forklarings- og forståelsesmodell(er)
- Ønske om behandling
- Psykiatrisk status presens
- Supplerende undersøkelser (inkl. somatiske undersøkelser og psykologiske tester)
- Vurdering, diagnose og konklusjon
- Behandlingsplan
- Koordinering med andre tjenesteytere om individuell behandlingsplan

Det bør begrunnes i journalen hvis punkter ikke er med.

Forløpet beskrives ved løpende journalnotater og regelmessige oppsummeringsnotater.

Mal for journalnotater ved voksenpsykiatriske poliklinikker

Forløpet beskrives ved løpende journalnotater som kan følge denne malen.

- Hva pasienten er opptatt av, hovedfokus i samtalen
- Utvikling siden siste notat. Eventuelle endringer i tilstand eller situasjon
- Status for gjennomføring av planlagt behandling
- Resultat av eventuelle nye undersøkelser
- Vurdering og plan for videre behandling/tiltak

Ved langvarige behandlingsforløp er det ønskelig med regelmessige oppsummeringsnotat og notat når det skjer vesentlige endringer i pasientens tilstand eller behandling.

Avslutningsnotat

Journalen bør ha et avslutningsnotat som oppsummerer behandling og forløp. Dette kan utformes mye på samme måten som de siste punktene under malen for epikrise, noe som gjør at en også kan spare tid ved gjenbruk av avsnitt med de nødvendige tilpasninger.

Mal for epikrise ved voksenpsykiatriske poliklinikker

- Pasientens navn, fødselsdato og adresse
- Dato for start og avslutning av behandlingen
- Diagnose
- Henvisning og henvisningsgrunn
- Sammendrag av relevant anamnese
- Kort beskrivelse av symptomer, problemer, status presens, undersøkelsesresultater og vurdering ved behandlingsstart
- Gjennomført behandling og forløp, eventuell revurdering av diagnose
- Avslutning, forslag/avtale om eventuell videre behandling og oppfølging ved andre

De første punktene kan brukes som en mal ved tilbakemelding til henvisende lege/instans om utredningen som er gjort før behandlingsstart. Ved skriving av endelig epikrise kan en så i hovedsak bare føye til de siste punktene, som da vil være hovedsaken.

Vedlegg 2

Forslag til maler for primærjournal, journalnotater og epikrise ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

Journalforskriftenes §7 inneholder krav til hva en journal skal inneholde. Malene nedenfor utvider dette med noen punkter, men fortsatt ikke mer detaljert enn at det skal være mulig å huske malene i det daglige arbeidet. Det er selvsagt mulig å spesifisere de ulike punktene med mer detaljer i en lokal skriftlig mal ved en poliklinikk.

I malene er det lagt vekt på et visst samsvar mellom de ulike journaldelene for arbeidssparende redigert ”gjenbruk” i epikrise av avsnitt som er skrevet tidligere.

Det bør gå klart fram hva som er opplysninger fra pasienten, hva som er observasjoner, hva som er vurderinger og hva som er avtaler.

Forslag til mal for primærjournal (utredningen) i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

- Pasientens navn, fødselsdato og adresse
- Henvisning og henvisningsgrunn
- Vedtak fra inntaksmøtet
- Supplerende undersøkelser og rapporter før henvisning
- Anamnese:
 - Slekt, familieforhold, søsken, venner, barnehage-, skolesituasjon, fritid
 - Utviklingshistorie (svangerskap, fødsel, nyfødtpperiode, tidlig psykomotorisk og senere utvikling)
 - Tidligere sykdommer, skader, traumer, medisiner, rusmiddelbruk
 - Symptomer og problemer (hvilke, start, utløsende faktor, forløp)
 - Symptomenes og problemenes innvirkning på barnets funksjonsnivå, familie, fritid, barnehage, skole, om barnet eller andre lider
 - Risikofaktorer
 - Ressurser og sterke sider
 - Behandlingshistorie
 - Familiens forklarings- og forståelsesmodell(er)
 - Ønske om behandling
- Psykiatrisk status presens
- Supplerende (inkl somatisk) undersøkelser
- Vurdering, diagnose og konklusjon
- Behandlingsplan
- Koordinering med andre tjenesteytere om individuell behandlingsplan

Det bør begrunnes i journalen hvis punkter ikke er med.

Forløpet beskrives ved løpende journalnotater og regelmessige oppsummeringsnotater.

Mal for journalnotater ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

Forløpet beskrives ved løpende journalnotater som kan følge denne malen.

- Endring i pasientens livssituasjon
- Endring i psykiske symptomer og plager
- Nye resultater av undersøkelser eller utredninger
- Endring i behandlingsopplegg og medisinerer
- Vurdering
- Tiltak

Ved langvarige behandlingsforløp er det ønskelig med regelmessige oppsummeringsnotat og notat når det skjer vesentlige endringer i pasientens tilstand eller behandling.

Avslutningsnotat

Journalen bør ha et avslutningsnotat som oppsummerer behandling og forløp. Dette kan utformes mye på samme måten som de siste punktene under malen for epikrise, noe som gjør at en også kan spare tid ved gjenbruk av avsnitt med de nødvendige tilpasninger.

Mal for epikrise fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

- Navn, fødselsdato, adresse, dato for påbegynt behandling, dato for avsluttet behandling
- Diagnose
- Henvisning og henvisningsgrunn
- Resyme av relevant anamnese
- Kort beskrivelse av symptomer, problemer, status presens, undersøkelsesresultater og vurdering ved behandlingsstart
- Gjennomført behandling og forløp
- Vurdering ved avslutning
- Videre behandlingsoppgaver og avtaler

De første punktene kan brukes som en mal ved tilbakemelding til henvisende lege/instans om utredningen som er gjort før behandlingsstart. Ved skriving av endelig epikrise kan en så i hovedsak bare føye til de siste punktene, som da vil være hovedsaken.

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE**PRIS**

3-1994	Pasientjournalen.....	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen.....	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge.....	IK-2463	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi.....	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren.....	IK-2468	(100)
3-1995	Folkehelse - et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU.....	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne.....	IK-2506	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi.....	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi - Del 2.....	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling.....	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner.....	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge.....	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten.....	IK-2582	(100)
5-1997	Tannskader hos barn og ungdom	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking.....	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år.....	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.....	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider.....	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1-20 år..	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem.....	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner.....	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge.....	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet – innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn	IK-2680	(100)
2-1999	Patologifaget i det norske helsevesen	IK-2682	(100)
3-1999	Miljø og helse i plan – kvalitetsverktøy og teknikker	IK-2685	(100)
4-1999	Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ..	IK-2694	(100)
5-1999	Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra	IK-2701	(100)
6-1999	Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030	IK-2696	(100)
7-1999	Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998	IK-2697	(100)
8-1999	Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1994-1999	IK-2698	(100)
1-2000	Miljørettet helsevern- Kommunenes tilsyn med virksomheter	IK-2705	(100)
2-2000	Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser	IK-2692	(100)
3-2000	Stemmingslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling ...	IK-2695	(100)
4-2000	Psykiatriske poliklinikker- en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien	IK-2706	(100)
5-2000	Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov	IK-2707	(100)
6-2000	HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – en jakt på ulikhet?.....	IK-2712	(100)
7-2000	Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten	IK-2714	(100)
8-2000	Implementering av veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2719	(100)
9-2000	Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling.....	IK-2726	(100)
10-2000	Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk	IK-2727	(100)
11-2000	De psykiatriske ungdomsteamene	IK-2728	(100)
1- 2001	Kommunenes tilsyn med miljø og helse: Tilsyn med små virksomheter . . .	IK-2736	(100)
2- 2001	Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker	IK-2739	(100)
3- 2001	Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter i norske sykehus etter parasuicid	IK-2743	(100)
4- 2001	Kompetansebehov for psykiatrisk helsevern	IK-2740	(100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge.....	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre.....	IK-2462	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpsslam.....	IK-2481	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten.....	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane.....	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?.....	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus.....	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker.....	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater.....	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede.....	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10.....	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet ..	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.....	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge.....	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten - barn og unge 0- 20 år.....	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.....	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge.....	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet - Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	IK-2659	(100)
2-1999	Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten..	IK-2700	(100)
1-2000	Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere	IK-2708	(100)
2-2000	Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer..	IK-2710	(100)
3-2000	Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap	IK-2715	(100)
4-2000	Rehabilitering av mennesker med progrierende nevrologiske sykdommer	IK-2716	(100)
5-2000	Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring	IK-2723	(100)
1-2001	Distriktspsykiatriske sentre – organisering og arbeidsformer	IK-2738	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene.....	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene.....	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten - 3 år etter HVPU-reformen.....	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring - en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg....	IK-2507	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994.....	IK-2524	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten.....	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994.....	IK-2624	(100)
1-2000	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning	IK-2702	(100)
2-2000	Nasjonalt geriatriprogram. Erfaringer fra 5 års statlig geriatriutredning 1994-99..	IK-2699	(100)
3-2000	Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport	IK-2720	(100)

Alle prisene er oppgitt med forbehold om endringer uten forutgående varsel.



På bakgrunn av anbefalingene i St.meld. nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene", har Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, gjennomført et omfattende utredningsarbeid. Stortingsmeldingen påpekte befolkningens behov for en styrket, mer helhetlig utformet og brukernær psykiatrisk helsetjeneste. Den tok sikte på å tilby brukerne tjenester bedre tilpasset deres behov gjennom en rekke virkemidler; juridiske (nye lover), økonomiske (tilskudd), utdanningspolitiske (kapasitet og kvalitet) og gjennom faglig veiledning fra tilsynsmyndighetene (denne håndboka som et av mange tiltak). For voksenpsykiatriens del ble det påpekt et behov for større omstruktureringer av tjenesten mens det for barne- og ungdomspsykiatriens del særlig ble understreket behovet for kapasitetsøkning.

Tre utredninger Helsetilsynet har gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, har resultert i tre parallelle publikasjoner (hvorav denne håndboken er en) som skal ses i sammenheng og som utgis i løpet av 2001:

- Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder
- Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker
- Kompetansebehov innen psykisk helsevern

"Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien" i Statens helsetilsyns utredningsserie nr. 4-2000, viste at poliklinikker med tydelig ledelse og ledelsesstrukturer var mest produktive. Hovedintensjonen med denne håndboken er å gi et bidrag til styrking av kvaliteten på tjenestene og på den behandling som gis pasientene.

Håndboken er primært skrevet for poliklinikkledere, men den kan med fordel også leses av andre som arbeider ved poliklinikkerne og av ledere på sykehusnivå og i fylkeskommunen. Statens helsetilsyn håper at håndboken kan være et praktisk verktøy til nytte for ledelsen og organisasjonen i det kontinuerlige, daglige arbeidet med kvalitetsutvikling og effektivisering.



Statens helsetilsyn

Trykksakbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.no

Internett: www.helsetilsynet.no

