



4-2000

## PSYKIATRISKE POLIKLINIKKER EN EVALUERING AV ARBEIDSFORMER OG PRODUKTIVITET INNEN VOKSEN- OG BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN



# **PSYKIATRISKE POLIKINIKKER**

**EN EVALUERING AV ARBEIDSFORMER OG  
PRODUKTIVITET INNEN  
VOKSEN- OG BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN**



**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.telemax.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no)

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

## FORORD

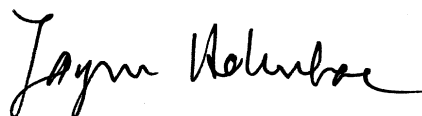
I forbindelse med oppfølging av St.meld. nr. 25 (1996-97) – *Åpenhet og helhet* og St.prp. nr. 63 (1997-98) om *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006*, ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å evaluere arbeidsformer ved de offentlige psykiatriske poliklinikker.

Nasjonal statistikk kunne tyde på at produktiviteten ved de psykiatriske poliklinikkene var lav, og i Stortingsmeldingen det ble foreslått å foreta en evaluering av arbeidsmåtene, med sikte på å øke antall behandlede pasienter. Sosialkomiteen viste i sin innstilling (Innstilling S. nr. 258 1996/97) til de nasjonale tallene, og sa blant annet at man må fokusere på ulike faggruppers tidsbruk.

Sintef NIS fikk i oppdrag å foreta denne evalueringen, og den foreliggende rapporten er et resultat av evalueringen. De konklusjoner og forslag til tiltak som fremkommer i rapporten er utredernes egne. Rapporten viser at tid brukt til direkte pasientarbeid i voksenpsykiatriske poliklinikker utgjør 32%, mens det tilsvarende tallet for barne og ungdomspsykiatriske poliklinikker er på 22%. Når det gjelder indirekte pasientarbeid (inntak, utskrivning, journalføring m.m.) og samarbeid med eksterne instanser, finner man store forskjeller på behandlernivå. Et gjennomgående trekk er at de mest produktive voksenpsykiatriske poliklinikkene, er de med tydeligst ledelse og ledelsekultur.

Helsetilsynet anser rapporten å være av interesse både for fylkeskommuner, fagmiljøet, brukere og andre, og gir derfor ut rapporten i en utredningsserie. Statens helsetilsyn ønsker med dette å bidra til en diskusjon av poliklinikkens fremtidige virksomhet, særlig med hensyn til hvilke arbeidsoppgaver som skal utgjøre poliklinikkens kjerneområder, og hvilken kompetanse som er nødvendig i voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Helsetilsynet har på bakgrunn av evalueringsrapporten foreslått overfor Sosial- og helsedepartementet at det nedsettes en arbeidsgruppe som får i oppdrag å utarbeide retningslinjer for arbeidsmåter og organisering av psykiatriske poliklinikker.

Oslo mai 2000



Jørgen Holmboe  
Avd. dir

## **Forord**

SINTEF Unimed NIS skrev høsten 1997 to prosjektskisser hvor vi beskrev hvordan arbeidsformer og produktivitet ved henholdsvis voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker kunne studeres (Hagen 1997, Hagen og Hatling 1997). I den sammenheng pekte vi på behovet for å utvikle metoder for å avdekke arbeidsformer og den fulle bredde av virksomheten ved poliklinikkene, bla ved mer kvalitativt orienterte studier.

Vi ble så bedt av Buskerud fylkeskommune om å foreta en evaluering av psykiatritjenesten i fylket, med sikte på å gi svar på følgende spørsmål:

- \* er tilbudsstrukturen tilpasset pasientenes behov; får altså pasientene det tilbudet de trenger?
- \* anvendes ressursene optimalt?
- \* er det udekket etterspørsel etter særlige tilbud/tjenester?

Evalueringen var slutført høsten 1998, hvor registreringen i Buskerud inngår som et pilotprosjekt i forbindelse med en større evaluering av arbeidsformene ved poliklinikkene, der vi foruten å evaluere psykiatritjenesten i fylket, også «testet ut» og evaluerte ulike (kombinerte) registreringsdesign og evalueringsverktøy som det kunne være aktuelt å anvende i landet som helhet.

I søknad av 1997-12-17 søkte derfor SINTEF Unimed NIS og Buskerud fylkeskommune Statens helsetilsyn om midler til å gjennomføre et prosjekt om evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved poliklinikker innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien. Prosjektet var ment som et pilotprosjekt, hvor fokus var på å utvikle og prøve ut metoder egnet for å studere problemstillinger knyttet til poliklinikkens arbeidsformer og produktivitet. Prosjektet er rapportert i Hatling (1998). Hovedvekten i rapporten ligger på en presentasjon og vurdering av de metoder som er brukt. Metodenes relevans er likevel nært knyttet til de forhold de avdekker, og i et eget kapittel presenteres derfor en del foreløpige funn omkring arbeidsformer og produktivitet. Datamaterialet fra pilotstudien er også inkludert i denne studien.

Etter en nærmere presisering av metoder og framdriftsplan tildelte Statens helsetilsyn SINTEF Unimed NIS i brev av 31. mars 1998 oppdraget å evaluere arbeidsformene ved psykiatriske poliklinikker. Prosjektet har hatt en referansegruppe, bestående av følgende personer:

An-Magrit Aanonsen, Norsk psykologforening (delvis møtt med stedfortreder)  
Wenche Ellefsen, Kliniske pedagogers forening  
Per Hammer, Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien  
Kristin Heyerdahl, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening  
Arne Holm, Norsk psykiatrisk forening  
Mette Kalve, Norsk sykepleierforbund  
Schack Lystrup, Buskerud Fylkeskommune  
Harald Maurstad, Fellesorganisasjonen FO

Håkon Ruud, Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner  
Torleif Ruud, Norges forskningsråd  
Helga Skåden, Mental Helse

I tillegg har rådgiver Arild Gjertsen og prosjektkoordinator Tone Skjellum møtt fra Statens helsetilsyn.

Referansegruppen har hatt 4 møter høsten 1998 og våren 1999. Vi vil takke referansegruppens medlemmer for mange konstruktive innspill underveis i prosjektet.

Fra SINTEF Unimed NIS har flere forskere vært tilknyttet prosjektet. Helge Hagen og Pål Ulleberg har hatt ansvaret for aktivitetsregistreringen i Buskerud, Trond Hatling har sammen med Hans Løvdahl og Ole Audun Rostad gjennomført leder- og behandlerintervjuer ved henholdsvis voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, mens Jon Magnussen har stått for beste praksis-analysen. Det har også vært en intern referansegruppe ved NIS bestående av seniorforskerne Jon Magnussen og Bård Paulsen. Trond Hatling har skrevet rapporten, med unntak av kapittel to, som er forfattet av Jon Magnussen.

Vi vil særlig benytte anledningen til å takke personalet ved de 12 poliklinikkene vi har besøkt i løpet av prosjektet. Vi har blitt møtt med stor åpenhet og velvilje, og både ledere, behandlere og merkantilt personale har villig delt sin arbeidstid og sine refleksjoner rundt forhold ved sin egen arbeidsplass og rundt feltet generelt med oss. Uten denne åpenheten (også til å stille kritiske spørsmål ved prosjektet) har denne rapporten ikke vært mulig.

Trond Hatling

Jon Magnussen

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord .....</b>	<b>1</b>
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Innledning .....</b>	<b>9</b>
1.1 Teoretisk utgangspunkt .....	10
1.2 Tidligere norsk forskning .....	14
1.3 Oppbygging av rapporten .....	16
<b>2. Beste praksis – hvor mye kan aktiviteten økes? .....</b>	<b>21</b>
2.1 Produktivitetsbegrepet .....	21
2.2 Måling av aktivitet .....	22
2.3 Beste praksis analyser .....	23
2.3.1 Resultater: Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker .....	24
2.3.2 Voksenpsykiatriske poliklinikker .....	27
2.4 Diskusjon: Kan aktiviteten økes? .....	28
2.4.1 Datakvalitet .....	29
2.4.2 Andre forhold .....	30
<b>3. Formål, utvalg og metode .....</b>	<b>31</b>
3.1 Formål .....	31
3.2 Utvalg .....	32
3.3 Aktivitetsregistreringen .....	33
3.4 Kvalitative intervjuer .....	34
<b>4. Aktivitetsregistreringen – hovedtall .....</b>	<b>37</b>
4.1 Utvalg .....	37
4.2 Fordeling av aktivitet etter aktivitetskategorier og sektor .....	37
4.3 Fordeling av aktivitet på behandlernivå .....	39
4.3.1 Antall pasienter .....	42
4.4 Oppsummering av hovedresultatene fra aktivitetsregistreringen .....	44
<b>5. Pasientrelaterte forhold .....</b>	<b>47</b>
5.1 Inntak .....	47
5.1.1 Fordeling på behandler – kompetanse eller kapasitet? .....	50
5.1.2 Drøfting .....	51

<b>5.2</b>	<b>Øyeblikkelig hjelp.....</b>	<b>52</b>
<b>5.3</b>	<b>Pasientbehandling .....</b>	<b>54</b>
5.3.1	Antall pasienter behandlet.....	55
5.3.2	Behandlingsformer og konsekvenser for produktivitet.....	57
5.3.3	Konsultasjonslengde .....	60
5.3.4	Individualbehandling vs. gruppebehandling.....	61
5.3.5	Arbeidsdeling mellom poliklinikker, privatpraktiserende spesialister og førstelinjetjenesten .....	61
5.3.6	Drøfting .....	64
<b>5.4</b>	<b>Avslutning av pasientforhold .....</b>	<b>64</b>
5.4.1	Ingen etablerte rutiner .....	65
5.4.2	Rutiner basert på konsultasjonsseriens lengde .....	65
5.4.3	Saker vurderes med regelmessige mellomrom .....	65
5.4.4	Hva er godt nok? .....	65
5.4.5	Drøfting .....	66
<b>6.</b>	<b>Poliklinisk behandling – hva skal det være som samlet tilbud? .....</b>	<b>67</b>
<b>7.</b>	<b>Poliklinikkene i spenningsfeltet mellom befolkningsansvar og et fullverdig tilbud til den enkelte pasient .....</b>	<b>75</b>
7.1	”Vi forholder oss ikke til det” .....	75
7.2	Kollektiv bevisstgjøring.....	76
7.3	Bevisst prioritering .....	76
7.4	Drøfting .....	76
<b>8.</b>	<b>Journalføring .....</b>	<b>79</b>
8.1	Journalpraksis.....	80
8.2	Journalanvendelse.....	81
8.3	Opplæring .....	82
<b>9.</b>	<b>Kompetanseutvikling .....</b>	<b>83</b>
9.1	Veiledningsmengden – i stor grad en konsekvens av spesialistutdanningene .....	85
9.1.1	Felles undervisning.....	87
9.2	Hvilke veiledningsordninger har man ved de ulike poliklinikkene? .....	88
9.2.1	Veiledning for spesialister.....	88
9.2.2	Videreutdanning for spesialister .....	89
9.2.3	Profesjonsseminarer.....	89
9.2.4	Studentveiledning .....	89
9.3	Undervisning .....	90
9.4	Drøfting .....	91
<b>10.</b>	<b>Administrasjon og ledelse .....</b>	<b>93</b>

<b>10.1</b>	<b>Ledelse .....</b>	<b>96</b>
<b>10.2</b>	<b>Administrativ tid og produktivitet .....</b>	<b>100</b>
<b>10.3</b>	<b>Sykdom og turnover .....</b>	<b>100</b>
<b>10.4</b>	<b>Merkantilt arbeid.....</b>	<b>102</b>
10.4.1	Generelt merkantilt arbeid .....	102
10.4.2	Inntaksprosedyrer.....	103
10.4.3	Journaltilgjengelighet.....	103
10.4.4	PC-bruk/systemansvarlige .....	104
<b>10.5</b>	<b>Møtestruktur .....</b>	<b>105</b>
10.5.1	Møtetidspunkt som disiplinierende faktor.....	107
<b>11.</b>	<b>Fag- og organisasjonsutviklingsarbeid.....</b>	<b>109</b>
11.1	Fagutvikling .....	110
11.2	Organisatoriske forhold .....	110
11.3	Drøfting .....	111
<b>12.</b>	<b>Kontakt mot samarbeidende instanser.....</b>	<b>113</b>
12.1	<b>Samarbeid med førstelinjetjenesten .....</b>	<b>113</b>
12.1.1	Veiledning i forhold til 1. linjetjenesten .....	116
12.1.2	Samarbeid i forhold til ansvarsgrupper .....	117
12.1.3	Konsekvenser med hensyn til tidsbruk.....	118
12.1.4	Reiser .....	118
12.2	<b>Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....</b>	<b>118</b>
12.2.1	Ledelsessamarbeid .....	119
12.2.2	Tilsynsoppgaver .....	120
12.2.3	Øvrig samarbeid .....	120
12.3	<b>Rikstrykdeverkets takster .....</b>	<b>120</b>
<b>13.</b>	<b>Oppsummering og forslag til tiltak .....</b>	<b>123</b>
13.1	<b>Hovedfunn.....</b>	<b>123</b>
13.2	<b>Pasientbehandling .....</b>	<b>124</b>
13.2.1	Oppsummering .....	124
13.2.2	Lokale tiltak.....	125
13.2.3	Nasjonale tiltak .....	126
13.2.4	Kunnskapsutfordringer .....	127
13.3	<b>Kompetanseutvikling.....</b>	<b>128</b>
13.3.1	Lokale tiltak.....	128
13.3.2	Nasjonale tiltak .....	129
13.3.3	Kunnskapsutfordringer .....	129
13.4	<b>Administrative oppgaver .....</b>	<b>130</b>
13.4.1	Oppsummering .....	130
13.4.2	Lokale tiltak.....	130
13.4.3	Nasjonale tiltak .....	131



13.4.4 Kunnskapsutfordringer .....	132
<b>13.5 Samarbeid med første- og andrelinjetjenesten.....</b>	<b>133</b>
13.5.1 Oppsummering .....	133
13.5.2 Lokale tiltak.....	133
13.5.3 Nasjonale tiltak .....	134
13.5.4 Kunnskapsutfordringer .....	134

<b>Litteraturliste .....</b>	<b>137</b>
------------------------------	------------

### Tabelloversikt

Tabell 2.1 Nøkkeltall for BUP-poliklinikker – antall = 51.....	25
Tabell 2.2 Nøkkeltall for de voksenpsykiatriske poliklinikkene.....	27
Tabell 3.1 Utvalget av voksenpsykiatriske poliklinikker, etter produktivitet og driftsform.....	32
Tabell 3.2 Utvalget av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, etter produktivitet.....	33
Tabell 4.1 Prosentandel tid i poliklinisk virksomhet etter sektor og aktivitet.....	38
Tabell 4.2 Aktivitetsformer, etter sektor. Tall i prosent. Totalt 12 poliklinikker.....	40
Tabell 4.3 "Direkte pasientrelatert virksomhet", etter profesjon. Tall i prosent av total arbeidstid. ....	41
Tabell 4.4 Antall pasienter over to uker per behandlerukeverk. Direkte pasientrettet og annet arbeid, pasientrelatert. Fordelt etter sektor, og samlet.....	42
Tabell 4.5 Antall pasienter over to uker fordelt på kategorier, innen voksenpsykiatri. Etter profesjon. Per ukeverk.....	43
Tabell 4.6 Antall pasienter over to uker fordelt på kategorier, innen barne- og ungdomspsykiatri. Etter profesjon. Per ukeverk .....	44
Tabell 5.1 Aktivitetsformer i voksenpsykiatri, etter institusjon – gjennomsnittsverdier. I prosent av total arbeidstid.....	54
Tabell 5.2 Aktivitetsformer i barne- og ungdomspsykiatri, etter institusjon – gjennomsnittsverdier. I prosent av total arbeidstid.....	55
Tabell 5.3 Antall forskjellige pasienter i løpet av registreringsperioden. Fordelt på kategorier. Institusjonsvis. Beregnet i forhold til ukeverk.....	56
Tabell 5.4 Antall pasienter i aktivitetsregistreringen. Konsekvenser av ulik konsultasjonspraksis. ....	57
Tabell 8.1 Tid brukt til journalføring. I prosent av total arbeidstid. Institusjonsvis.....	79
Tabell 8.2 Tid brukt til journalføring. Etter sektor og erfaring. I prosent av total arbeidstid.....	79
Tabell 9.1 Tid brukt til faglig rettleiding (gitt og mottatt) samt kurs og studier av faglitteratur. Pasientrelatert (Pas) og Ikke pasientrelatert (Ikke). Tall i prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt.....	83
Tabell 9.2 Tid brukt til faglig rettleiding (gitt og mottatt) samt kurs og studier av faglitteratur. Pasientrelatert (Pas) og Ikke pasientrelatert (Ikke). Tall i prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt. Etter institusjon.....	84
Tabell 10.1 Administrativ tid, fordelt etter sektor og aktivitetskategori. Tall i prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt.....	93

Tabell 10.2	Fordelingen av behandlerårsverk og administrative årsverk. Tid brukt på pasientrelatert og ikke pasientrelatert administrasjon. Tall i prosent av total arbeidstid. Institusjonsvis. ....	94
Tabell 10.3	Interne møter, Pasientrelatert og Ikke pasientrelatert. I prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt. Institusjonsvis. ....	106
Tabell 12.1	Tid brukt til konsultasjon til/samarbeid med 1.linjetjenesten. Annet arbeid, pasientrelatert og ikke pasientrelatert. I prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt. Institusjonsvis. ....	114
Tabell 12.2	Tid brukt til konsultasjon til/samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Annet arbeid, Pasientrelatert og Ikke pasientrelatert. Tall i prosent av total arbeidstid. Etter institusjon. Gjennomsnitt. ....	119

### Figuroversikt

Figur 2.1	Resultatet av produktivitetmålingene for de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. ....	26
Figur 2.2	Produktivitetsfordelingen for de voksenpsykiatriske poliklinikkene. ....	28
Figur 5.1	Lite ressurskrevende inntaksprosedyre. ....	48
Figur 5.2	Inntaksprosedyre - blandingsutgave. ....	49
Figur 5.3	Teambasert inntaksprosedyre. ....	49
Figur 5.4	Behandlingsnettverk – voksenpsykiatriske poliklinikker. ....	62
Figur 5.5	Behandlingsnettverk – barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. ....	63
Figur 6.1	Overlappende kompetanse og tverrfaglighet. ....	69
Figur 6.2	Uttynnet kompetanse ved manglende tverrfaglighet. ....	69
Figur 6.3	Individuell kompetanse versus profesjonskompetanse. ....	71
Figur 7.1	Dilemmaet mellom befolkningsansvar og faglig kvalitet. ....	77
Figur 10.1	Turnover og behandlingsintensitet. ....	101

### Vedlegg

Vedlegg 1	Aktivitetsskjema poliklinisk virksomhet innen voksenpsykiatrien
Vedlegg 2	Aktivitetsskjema poliklinisk virksomhet innen barne- og ungdomspsykiatrien
Vedlegg 3	Skjema for registrering av antall pasienter i løpet av 14-dagersperioden
Vedlegg 4	Daglig timeregistreringsskjema
Vedlegg 5	Lederintervjuer - intervjuguide
Vedlegg 6	Strukturert skjema for ledere poliklinikker
Vedlegg 7	Behandlerintervjuer - intervjuguide
Vedlegg 8	Er produksjonen av behandlede pasienter/tiltak per behandlerårsverk så lav som nasjonal statistikk antyder?



# 1. Innledning

Det har de senere år vært en sentral helsepolitisk målsetting å skape fleksible, sammenhengende behandlingsnettverk der poliklinikkene er tiltenkt en nøkkelrolle. Utbyggingen av poliklinikkene har særlig skutt fart etter innføringen av trygderefusjoner for poliklinisk behandling i 1989. Fra 1991 til 1997 økte *antall* årsverk i offentlig voksenpsykiatrisk poliklinisk behandling med snaut 60 prosent. Veksten i antall årsverk i voksenpsykiatrien for leger, psykiatere, psykologer og psykiatriske spesialsykepleiere har i det alt vesentlige gått til poliklinikkene. Tallet på polikliniske konsultasjoner har vist en tilsvarende utvikling, med en økning på 40 prosent. St meld 25 (1996-97) viser til at dette har vært en ønsket utvikling fra statlige helsemyndigheters side.

Barne- og ungdomspsykiatrien er en forholdsvis ny tjeneste her i landet, gradvis bygget opp fra 1960-tallet. St meld nr 41 (1987-88) «Helsepolitikken mot år 2000 - nasjonal helseplan» inneholdt en rekke forslag til tiltak for å styrke denne tjenesten, og anga som målsetting å doble kapasiteten innen barne- og ungdomspsykiatrien, slik at barne- og ungdomspsykiatrien skulle gi tilbud til ca 2 prosent av barnebefolkningen. Denne målsettingen er nå innfridd; det har altså funnet sted en fordobling av behandlingskapasiteten hittil på 1990-tallet hva angår *antall* barn og unge som mottar behandling. I St meld nr 25 (1996-97) understrekes at dette er en ønsket utvikling, og at barne- og ungdomspsykiatrien fremdeles trenger en betydelig videre utbygging. I forbindelse med behandlingen av St prp 63 (1997-98) ble målet for dekningsgrad satt til 5%. Barne- og ungdomspsykiatrien består hovedsakelig av polikliniske tjenester; i 1997 ble 93 prosent av de registrerte pasientene behandlet poliklinisk (Halsteinli 1998).

Gjennom nasjonal statistikk fremstår den polikliniske virksomheten innen psykiatrien som lite produktiv. Statistikken tilsier at hver behandler innen voksenpsykiatrien såvel som i barne- og ungdomspsykiatrien utførte 1-2 pasientkonsultasjoner/tiltak per dag (St meld 25 1996-97). Imidlertid bygger disse estimatene kun på antall konsultasjoner/tiltak som gjøres ved poliklinikker. Personalet ved poliklinikkene har også andre oppgaver enn det som vanligvis inngår i begrepene pasientkonsultasjon og tiltak, men dette fremgår kun til en viss grad i eksisterende datasett. Stortingsmeldingen peker videre på at produktiviteten ved både de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene synes å være lav, og det foreslås å sette igang en større evaluering av arbeidsmåtene, med sikte på å øke antall behandlede pasienter. I Innstilling S. nr. 258 (1996-97) viser sosialkomiteen til de samme tallene, og skriver videre at *”Arbeidsformene ved de psykiatriske poliklinikkene må evaluere med sikte på å få økt behandlingsaktiviteten. Det må bl.a. fokuseres på hvordan de ulike faggrupper bruker sin tid og hvordan en f.eks. ved å øke tilgangen på administrativt personell kan øke fagfolks tid til klinisk arbeid.”* Dette prosjektet er et direkte resultat av dette forslaget.

## 1.1 Teoretisk utgangspunkt

En utfordring man umiddelbart støter på når man skal evaluere arbeidsformer og produktivitet ved psykiatriske poliklinikker er hva som ligger i begrepet arbeidsformer. I denne studien har vi inkludert alle former for aktivitet ved en poliklinikk, men har ikke gått inn i “det terapeutiske rom”. En viktig avgrensning vi dermed gjør i forhold til denne undersøkelsen er at vi ikke ser på de kliniske konsekvensene i form av pasientbedring av ulike arbeidsformer.

De eksisterende forskrifter for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (Statens helsetilsyn 1998) stiller som krav for godkjenning at den skal ha fagstillinger for lege, psykolog, sosionom og pedagogikk, alle med spesialitet/fordypning/klinisk videreutdanning i forhold til barn(e)- og ungdom(psykiatri). I dette ligger det implisitt at en slik tverrfaglig sammensetning gir et bedre tjenestetilbud til befolkningen den skal betjene. Tilsvarende forskrifter finnes ikke for voksenalder psykiatriske poliklinikker, men også her er det vanlig med en tilsvarende tverrfaglig sammensetning (pedagogikk er byttet ut med sykepleie). Forhold knyttet til tverrfaglig sammensetning drøftes flere steder i rapporten, særlig i kapittel seks.

Sinclair (1992) drøfter også problemer forbundet med å definere teamets resultat. Hun viser her til at et team har mange oppgaver, og at en lang rekke av de er vanskelig å operasjonalisere i målbare kriterier. For de psykiatriske poliklinikkene vil både behandlingsinnsats, grad av tverrfaglighet i utredning og behandling og samarbeid med øvrige instanser være eksempler på teamoppgaver det er problematisk å gi en entydig definisjon, for eksempel vil alle både ha en kvantitativ og en kvalitativ komponent. Et av problemene forbundet med dette er hvem som skal definere når en oppgave er fullført. Hun hevder derfor:

*In many work groups there is a considerable scope for the group to define its own task, and there is evidence that definitions are never permanently resolved – while it suits one individual to view the task as completed, another will see it differently. (s. 613)*

Dette har direkte relevans for to områder drøftet i denne rapporten; hvilke avslutningsprosedyrer har man (kapittel 5.4.) og hva skal være innholdet i den polikliniske behandlingen (kapittel 6).

### **Ledelse og beslutninger**

Et annet innebygget dilemma i organiseringen i team er hvordan beslutninger som angår teamet skal fattes, og hvilke konsekvenser den gir med hensyn til arbeidsformer. Sinclair (1992) stiller seg tvilende til at mange beslutninger nødvendigvis er en god indikator på vel fungerende team:

*meetings which rate high on number of decisions are often characterized by low participation rates, a dictatorial leadership style and a dejected and withdrawn group mood. (s. 614)*

Hun hevder derfor at man heller bør ha fokus på beslutningsprosessen enn på beslutningen, i vurderingen av teamets fungering. En rekke steder i denne rapporten pekes det på områder preget av manglende sentrale eller lokale beslutninger. Sinclairs perspektiv blir derfor viktig når man skal initiere beslutningsprosesser for å følge opp rapporten.

Et problem relatert til beslutninger blir spørsmålet om ledelse og lederstil. De fleste poliklinikker er små enheter, og fagfeltet har tradisjon for stor grad av autonomi for den enkelte behandler. Onyett and Ford (1996) deler ledelse av kliniske team inn i tre tiltaksområder; klinisk veiledning, driftsledelse og „peer consultation“. Klinisk veiledning gies i deres definisjon av begrepet fra en senior til en junior, og „*can only operate within the disciplines, since no practitioner can direct the clinical decision-making of someone from a profession whose core professional training they do not share*“ (deres uthev.) (s. 52). Klinisk veiledning blir dermed administrasjon av profesjonelle forpliktelser. Ivaretagelse av disse forpliktelsene blir igjen overvåket av profesjonsforeningene og i siste instans rettssystemet. Hvordan klinisk veiledning ivaretas drøftes særlig i foreliggende rapportens kapittel 9 Kompetanseutvikling. Driftsledelse handler derimot om å lede den enkelte profesjon og profesjonsutøver i forhold til det som er uttalte målsettinger for organisasjonen/teamet. Ifølge Onyett and Ford (1996) er dette: „*the form of accountability that most urgently requires strengthening*“ (ibid.). De avviser at også en slik ledelse bare kan utøves av den enkelte profesjon selv, en eller annen faglig leder må stå ansvarlig overfor en ikke-profesjonsspesifikk institusjonseier uansett<sup>1</sup>. Samtidig ligger driftsledelse av et slikt team ofte i skjæringspunktet mellom det rent driftsmessige og det kliniske, og de argumenterer derfor for at slike lederposisjoner „*require considerable skill and understanding of the demands of professional practice to achieve credibility*“ (ibid). Sinclair (1992) avviser på sin side gruppens evne til egen-ledelse. Både gruppen som helhet og de individuelle medlemmene er avhengig av at en eller annen form for ledelse utøves: „*the most critical ingredients of team success is its leadership, and refusal to recognize its importance is a sure recipe for producing a group obsessed by authority relations. The abdication of leadership can, in effect, paralyze groups.*“ De driftsmessige og kulturelle sidene av ledelse følges opp i rapportens kapittel 10 Administrasjon mens de faglige sidene særlig drøftes i kapittel 6. „Peer consultation“ er råd og støtte både gitt innen og på tvers av profesjoner. Noen få poliklinikker i vårt materiale anvender dette (jfr. kapittel 9 Kompetanseutvikling).

### **Opprettholdelsesmekanismer**

Et område mange har påpekt er problemene forbundet med å organisere og opprettholde tverrfaglige team over tid (Onyett and Ford 1996). De faglige utfordringene forbundet med dette utdypes særlig i rapportens kapittel 6, mens de ledelsesmessige utfordringene belyses i kapittel 10.

### **Hva er et tverrfaglig team?**

Øvretveit (1996) drøfter 5 måter å beskrive et multidisiplinært team på; graden av integrasjon, graden av kollektivt ansvar, medlemsskap, klientens gang gjennom systemet og beslutninger rundt dette og til slutt ledelsesstrukturer. Han argumenterer for at ved å anvende et slikt felles analytisk begrepsapparat kan man lettere gjøre komparativ forskning på hvilke teamformer

---

<sup>1</sup> Vi viser her forøvrig til diskusjonen i NOU 1997:2 Pasienten først for en norsk drøfting av dette.

som er «*most effective or least costly in different settings for different client groups*» (1996:171). Vi vil derfor redegjøre nærmere for hvordan Øvretveit forklarer disse begrepene:

Gjennom **grad av integrasjon** beskriver man både teammedlemmenes subjektive opplevelse av nærhet i arbeidet og de objektive formene for teamorganisering uttrykt som et integrasjonskontinuum (s. 164). I den ene enden av kontinuumet er den en løselig sammenføydd assosiasjon, noe enkelte ifølge Øvretveit ikke vil betegne et team i det hele tatt fordi medlemskapet endres og er frivillig. Noen vil heller kalle dette et nettverk, hvor det å krysreferere klienter og arrangere parallelle arbeidsoppgaver, gjerne i nettverksmøter, danner hovedinnholdet i samarbeidet. Ifølge Øvretveit bruker nettverksdeltakerne også slike nettverk(smøter) til å organisere arbeid de deler på, drøfte hvordan de skal koordinere kompliserte behandlings- og omsorgsprogram, å diskutere enkeltsaker mer i dybden eller å formulere felles oppfatninger som skal presenteres overfor høyere myndigheter. Kjentegnet med oppmøte er at det ikke er bindende, og lett kan endres. I den andre enden av kontinuumet er det et tett integrert team hvor medlemmenes arbeidsbelastning og kliniske beslutninger er styrt av en kollektiv, multidisiplinær policy og av beslutninger fattet på teammøter. Dette punktet er et underliggende tema gjennom hele rapporten, og følges opp flere steder, men særlig i kapittel 6.

Den andre dimensjonen handler om **kollektivt ansvar**; i hvilken grad teamet som team er ansvarlig for å møte befolkningens behov (innen sitt geografiske område). Dette innebærer ikke felles kliniske beslutninger, bare at de er ansvarlig for hvordan fellesressursene allokeres (herunder overfor hvilke grupper ressursene prioriteres). Hvor det er stor grad av kollektivitet forvalter teamet som enhet sine ressurser som en felles størrelse for å tjene en befolkning, og det er finansiert som en enhet. Motsatt vil det i team med liten kollektivitet være opp til den enkelte behandler å prioritere klientgrupper. Psykiatriske poliklinikker i Norge er finansiert som en enhet, men prioriteringsprosessene innad er likevel høyst ulike. Dette punktet følges særlig opp i rapportens kapittel 7 Poliklinikkene i spenningsfeltet mellom befolkningsansvar og et fullverdig tilbud til den enkelte pasient.

En tredje måte å beskrive et team på er i forhold til **medlemsskap**; hvem er medlem og hva betyr det? Nettverksorganisering vil her betegne en type flyktig arrangement, hvor f.eks. det å delta på møter er en frivillig sak og hvor lojaliteten til deltakerne som regel ligger i andre organisasjoner (som privatpraktiserende, hjemmesykepleien m.v.). I Norge vil ansvarsgrupper være en slik form for organisasjon. Medlemsskapet definerer en gruppes grenser, hvor den mest vanlige medlemsdistinksjonen ligger mellom kjerne og tilknyttet (som regel fulltidsansatt vs. deltidsansatt – med jobbtilknytning utenfor teamet). Mens det i oppbyggingen av et team vil være en tendens til å unngå å definere medlemsskapet for klart, vil det kontinuerlig være en tendens til å unngå å anerkjenne virkelig og betydningsfull senioritet og statusforskjeller mellom medlemmer (Øvretveit 1996:167). Psykiatriske poliklinikker i Norge er i så måte ensartet, men som vi særlig drøfter i kapittel 6 Poliklinisk behandling – hva skal det være som samlet tilbud? pågår det en stor diskusjon omkring senioritet og statusforskjeller.

Den fjerde komponenten omfatter **klientens vei gjennom teamet og beslutningsformer**. Klientens vei gjennom teamet kan igjen deles i følgende stadier; henvisningskilde, teamets

mottaksrespons, allokering (tildeling), vurdering, intervensjon, evaluering, avslutning og noen ganger oppfølging. Noen team har **en** generell vei for alle klienter, hvor alle stadiene er regulert av en generell prosedyre og beslutningsprosess. Andre team kan ha forskjellige prosedyrer og beslutningsprosesser for ulike pasientgrupper (langtids- vs. akutt pasienter som eksempel). Fordi graden av strukturering rundt klientens vei gjennom teamet er en av de sentrale observasjonene i dette studiet, vil vi gå nærmere inn på de 6 typiske veiene Øvretveit skisserer:

- Type I: Parallelle veier; hver profesjon har sin egen vei, og teammøtene brukes til krysshenvisninger
- Type II: Allokerings- eller postkasseveier; teammøtene tjener som et sted hvor medlemmene kan plukke opp henvisninger de så igjen tar tilbake til de ulike profesjonelle veiene. To måter klienter kommer til teamet; enten via en team-sekretær/-leder eller via det enkelte teammedlem.
- Type III: Mottaks- og allokeringsvei; hvor teamet har en korttidsrespons i mottaksstadiet. Ansvar for denne korttidsresponsen går på rundgang mellom teammedlemmene, det øvrige av tjenesten er som type II. De som har en ø-hjelpsordning (jfr. pkt 3.6.2.) anvender dette.
- Type IV: Mottaks-, vurderings- og allokeringsvei; hvor teamet har et vurderingsstadium som kommer før beslutningen om hvorvidt og hvordan man bør intervensere. I denne prosessen er det to allokeringsstadier; Først til en vurdering som er grundigere enn den i typologi III, en vurdering som igjen blir brukt som grunnlag for en beslutning hvorvidt det skal settes i gang mer omfattende arbeid og av hvem (uten at den som gjør vurderingen forventes å gjøre behandlingen).
- Type V: Mottaks-, vurderings-, allokerings- og evalueringsvei; hvor man også har et evalueringsstadium etter intervensjonen. I dette stadiet presenterer teammedlemmet en rapport til teamet om behandlingens framdrift, klientens nåværende behov og evt. anbefalinger om videre oppfølging. I forhold til ressursdisponering er det viktig at det her rettfærdiggjøres hvorfor en sak fortsatt bør holdes åpen. Denne rettfærdiggjøringen og rapporteringen sikrer medlemmenes ansvarlighet til teamet etter behandlingen, og hjelper gjennom dette teamet til å monitorerer klientbehandlingen og å kontrollere ressurser. Samtidig innebærer det tettere integrasjon, noe som fordrer en mer byråkratisk struktur og innebærer reduksjon i teammedlemmenes autonomi.
- Type VI: Hybrid-parallell vei; en blanding av en teamvei for noen profesjoner og en separat profesjonsvei for andre profesjoner. Disse siste arbeider primært i tjenester utenfor teamet, men henviser til og tar pasienter fra i forskjellige stadier i klientveien (for eksempel psykiatri og psykologi). Øvretveit (1996:169) hevder at mange team har denne formen.

Dette temaet følges særlig opp i rapportens kapittel fem Pasientrelaterte forhold, hvor vi både går inn på inntak, behandling og avslutning.

Den femte måten man kan beskrive et team på er i forhold til **ledelsesstrukturer**; hvordan er medlemmer fra ulike profesjoner ledet og hvordan er teamet ledet? Her skiller det ofte mellom en profesjonsledet organisasjon og en med mer generell lederkompetanse. I helsesektorens



små organisasjoner er ofte den første framtreddende. Åtte lederoppgaver identifiseres i forhold til det enkelte teammedlem; utvikle en jobb-beskrivelse, intervju og ansette, introdusere til arbeidet, tilrettelegge arbeid, evaluere arbeidet, årlig jobbvurdering og målsetting, sikre praksiskvalitet, opplæring og profesjonell utvikling og til slutt disiplinære tiltak. Ressursallokering og –disponering, samarbeid med eksterne tjenester og myndigheter kommer som administrative oppgaver i tillegg til disse åtte. Ledelsesstruktur drøftes flere steder i rapporten, særlig under kapittel 10 Administrasjon og ledelse og kapittel 12 Kontakt mot samarbeidende instanser.

## 1.2 Tidligere norsk forskning

Det er ikke gjennomført mange studier av poliklinisk virksomhet innen psykiatrien i Norge. Ramsdal (1996) evaluerer Prosjekt psykiatri i Østfold, et prosjekt hvor man blant annet bygget ut den polikliniske delen av voksenpsykiatrien. Gjennom å intervju representanter for 3. linjetjenesten og kommunene, samt å intervju ansatte og observere arbeidet ved to poliklinikker, viser han en rekke av de dilemma poliklinisk virksomhet står overfor. Han drøfter særlig tre områder av interesse for denne rapportens tema:

- Forventningspresset, dvs. at poliklinikkene fra ulike brukergrupper sto overfor et samlet sett av forventninger det ikke var mulig å innfri
- Prioritering av arbeidsoppgaver
- Hvilken arbeidsorganisering som preget poliklinikkene

Poliklinikkene var fra 3. linjetjenesten<sup>2</sup> forventet å avlaste pasientstrømmen dit, samt ta ettervernsansvaret etter institusjonsopphold. Forventningene i kommunene var på den andre side at „*poliklinikkene skulle avlaste kommunenes helse- og sosialtjeneste, ikke minst primærlegene, med å ivareta behandlingen av mennesker med psykiske lidelser*“ (s. 182). Problemet var at poliklinikkene ressursmessig og delvis kompetansemessig ikke var satt i stand til å ivareta disse forventningene, og kom derfor i det han kaller „*poliklinikkens klemme mellom barken og veden*“ (ibid). Dette forfølges delvis i foreliggende rapportens kapittel 7.

Ramsdal trekker inn Måseide (1984) og Heskestad (1991) for å beskrive dilemmaene poliklinikkene står overfor med hensyn til oppgaveprioritering. Både forebygging, tidlig intervensjon, atferd og langvarig oppfølging er oppgaver Måseide identifiserer for den desentraliserte psykiatrien, oppgaver som både innebærer omfordeling, utvidelse av psykiatrifeltet samt avgrensning i forhold til andre tjenesteytere. Heskestad vektlegger poliklinikkens oppgave som det å gi et tilbud som kan nå flere, samt spare kostnader ved å forebygge innleggelse i institusjon. Ifølge Ramsdal (1996) kommer poliklinikkene dermed i „*skjæringspunktet mellom to sosialpolitiske hensyn som ikke uten videre er forenlige. Mange av de uklarheter og konflikter poliklinisk virksomhet preges av springer ut av dette forholdet.*“ (s. 182). Poliklinikkene var i delutredninger i Prosjekt psykiatri gitt et bredt sett av oppgaver:

---

<sup>2</sup> I Ramsdals begrepsbruk vil det si sykehusene, mens poliklinikkene utgjør 2. linjetjenesten.

- undersøkelse
- krise/korttidsbehandling som ikke trenger innleggelse
- støttebehandling/rehabilitering
- langtids psykoterapi
- henvisning til 3. linjenivå
- tilsynsfunksjon for boenhetene
- veiledning/opplæring for 1. linjetjenesten, de øvrige 2. linjetilbud samt primærleger
- forebyggende tiltak.

Med andre ord et bredt sett av oppgaver, med stort behov og mulighet for prioriteringer. Både fra førstelinjetjenesten og tredjelinjetjenesten ble poliklinikkens prioriteringer opplevd som for eksklusive (tok ikke de tyngste pasientene) og for autonome i forhold til de andre tjenestenes behov. Vi beskriver på ulike steder i den foreliggende rapport hvordan poliklinikkene og den enkelte behandler i vårt materiale utfører og prioriterer mellom disse oppgavene. I kapittel 12 drøftes således forholdet til samarbeidende instanser, herunder også forskriftshjemlingen av denne.

Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester (Ruud 1996a, 1996b, Ruud og Breimoen 1996) inkluderer også metoder for virksomhetsprofiler for voksenpsykiatriske poliklinikker. Her ba man blant annet behandlerne ved 10 poliklinikker kartlegge virksomheten ved poliklinikkene i en 14-dagersperiode. Fokus var her på det direkte pasientrettede arbeidet, inndelt etter type aktivitet (utredning, biologisk, psykologisk, nettverk m.v.) og presisering av psykologisk behandling. I forhold til denne rapportens fokus har det ikke vært formålstjenlig å anvende disse skjemaene, ettersom vi også ønsket å inkludere ikke pasientrelatert arbeid (se kapittel 3). Det er av samme grunn ikke mulig ut fra kartleggingen å se hvor mye av den totale arbeidstiden som brukes til pasientrelatert arbeid. (Ruud 1996a) presenterer verdiene for disse poliklinikkene, samlet for alle poliklinikkene og fordelt på hver enkelt poliklinikk. Tallene er også presentert for de ulike profesjonene. Materialet er ikke analysert ytterligere, men viser at det er tildels store forskjeller, samt store likheter, mellom poliklinikkene og profesjonene i profil. Funnene er presentert i senere kapitler, i den grad de er relevant for denne rapporten.

Reichelt (1983) har ved bruk av en rekke metoder evaluert arbeidet ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Selv om det i evalueringsdesignet var lagt opp til å analysere sammenhengen mellom problemer, tiltak og eventuell måloppnåelse, fokuserer evalueringen i den empiriske analysen i liten grad på innholdet i selve behandlingen, og hvilke konsekvenser den har fått. I en del av evalueringen går hun gjennom et utvalg fra to grupper; de som hadde fått god hjelp, og de som hadde fått dårlig hjelp. Denne delen gjennomføres som en kvalitativ analyse, og oppsummeres slik: *Denne typen analyse blir nødvendigvis vilkårlig, og hypotesene er umulige å få bekreftet uten fortsatt intervensjon* (s. 46). Hun konkluderer med at: *Sett under ett er det mest karakteristiske ved arbeidet med de familiene som ikke har fått hjelp, at terapeuten ikke har vært tilstrekkelig oppmerksom på/arbeidet nok med at deres problemoppfatning har vært forskjellig fra foreldrenes.*

Reichelt's evalueringsstudie er en av de mest metodisk stringente undersøkelsene innen feltet fram til nå, selv om hovedfokus var på ulike aktørers oppfatning av behandlingen, og viser samtidig hvilke betydelige utfordringer det er forbundet med en helhetlig orientering i forhold til dette feltet.

### 1.3 Oppbygging av rapporten

Poliklinisk virksomhet er en mangeartet virksomhet. Selv om vi i denne rapporten har anvendt et bredt metodetilfang for å avdekke forholdet mellom arbeidsformer og produktivitet, vil mye av virksomheten forbli usynlig. Vi har derfor fått tillatelse til å presentere en behandlers nedtegnelser over en hverdag, og lar den stå først i rapporten for å belyse dette mangfoldet.

I kapittel 2 analyseres gjennom en såkalt „beste-praksis“ tilnærming produktivitetspotensialet på nasjonalt nivå for henholdsvis barne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske poliklinikker. Her anvendes tilgjengelig statistikk om bemanning, konsultasjoner og øvrige produktjonsindikatorer, samlet inn gjennom Samdata psykiatri. 51 barne- og ungdomspsykiatriske og 79 voksenpsykiatriske poliklinikker er inkludert i analysen. Analysen antyder et produktivitetspotensiale, uten å gå inn på hvilke områder et slikt potensiale kan hentes ut fra. Rapportens kapittel 5 til 12 går i detalj inn på arbeidsformer og produktivitet ved et utvalg av poliklinikker.

I kapittel 3 redegjøres for formål, utvalg og metode for de kvantitative og kvalitative metoder for dybdestudien resten av rapporten er basert på. Her har vi to utvalg; en pilotstudie gjennomført i 1998 ved henholdsvis to voksenpsykiatriske og to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Buskerud fylke, og en nasjonal studie gjennomført våren 1999 ved henholdsvis fire voksenpsykiatriske og fire barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

I kapittel 4 presenteres funnene fra aktivitetsregistreringen gjennomført over en to-ukersperiode ved de 12 poliklinikkene, delvis i 1998 og delvis i 1999.

Kapittel 5 har fokus på pasientrelaterte forhold ved aktiviteten. Variasjoner i inntaksprosedyrer, øyeblikkelig hjelp-ordninger, pasientbehandling og avslutningsprosedyrer beskrives inngående, og drøftes i relasjon til produktivitet.

I kapittel 6 drøftes forhold knyttet til poliklinikkene som tverrfaglige team, med særlig vekt på samarbeidsforhold i behandlingen.

Kapittel 7 drøfter dilemmaet poliklinikkene står overfor i forholdet mellom befolkningsansvar og kvaliteten av tilbudet til den enkelte pasient.

Kapittel 8 tar utgangspunkt i at aktivitetsregistreringen viser at mye tid går med til journalføring. Kapitlet beskriver praksis rundt journalføring og –anvendelse, og følger opp dette med en drøfting av opplæring.

I kapittel 9 er kompetanseutvikling tema. Her gjennomgås de enkelte spesialistutdanningene, og konsekvenser med hensyn til ressursbruk presenteres. Videre redegjør vi for hvilke veilednings- og undervisningsordninger man har ved poliklinikkene.

Kapittel 10 omhandler forhold knyttet til administrasjon. Innledningsvis presenteres tall for tidsbruk knyttet til administrasjon i henhold til aktivitetsregistreringen, før vi drøfter ulike forhold relatert til ledelse av poliklinikker. Sykdom, utbrenthet og turnover er også presentert her, samt merkantilt arbeid.

Kapittel 11 inneholder en framstilling av fag- og organisasjonsutviklingsarbeid.

I kapittel 12 er tema kontakt mot samarbeidende instanser. Innledningsvis framstilles offentlige dokumenter som har vektlagt dette området, deretter redegjøres det for samarbeid med førstelinjetjenesten. Kapitlet avsluttes med en tilsvarende presentasjon av samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 13 er en punktvis oppsummering av rapportens innhold (meget kortfattet), med forslag til henholdsvis nasjonale og lokale tiltak med bakgrunn i rapportens funn. En del av punktene inneholder også kunnskapsutfordringer funnene identifiserer.

## "EN DAG I OKTOBER"

eller

### "HVORFOR GJØR DE SÅ LITE PÅ BUP?"

Tidlig oktobermorgen. Arbeidsro uten telefoner. Satte på trakteren til te og kaffe, men glemte å hente tekoppen. **I dag må jeg få skåret testresultatet på gutt 12 år.** Han var til andre testgang i går, og foreldrene kommer torsdag for å høre vurderingen og drøfte tiltak. Hvorfor har ikke logopeden ringt som avtalt? Vi må samordne rådene til hjem og skole. Jeg må ringe henne. Men hvilken skole treffer jeg henne på i dag? Jeg får ringe guttens skole. Så langt kom jeg ikke.

En kollega har skrevet **innkalling til samarbeidsmøte med barnevernet i neste uke. Har jeg noen kommentarer til dagsorden?**

Jeg må forberede **dagens avtaler** og finner fram barnas journaler og leser siste notat. Noen stikkord, så burde jeg være litt forberedt til å ta imot barna/ungdommene som har individualtimer kl. 9.00, 13.30 og 14.45.

**Det aller viktigste i dag blir skolemøtet kl. 1200 i en krisesak. Jeg må få vekslet noen ord med kollegaen** som denne gangen skal være med på møtet. Har kontoret rukket å skrive hastesøknaden til institusjon for denne nåringen? **Gjennomlesning av søknaden.** Hvilke vedlegg bør sendes med?

**Telefon til PP-tjenesten.** Etter flere forgjeves forsøk fikk jeg tak i psykologen denne morgenen. BUP har behandlingskontakt med familien til en 9 ½-åring, mens PP-tjenesten gir veiledning til skole og skolefritidsordning. Hvem gjør hva videre, - nødvendig avklaring. Brev med **timeinnkalling til en klientfamilie** som egentlig ikke er "min", men en syk kollegas ansvar. Jeg må huske å legge orientering i posthylla til kollegaen.

Klokka er 9, men gutten er ikke kommet. Jeg finner fram journalen til **8-års jente.** Det er avtalt **rådgivningssamtale for mor nå i oktober.** Jeg må huske å gi henne time tidlig på dagen og med lang varsel, slik at hun kan komme fra i arbeidstiden. Skal jeg ringe eller skrive brev? Ingen av delene, for nå er gutten kommet.

De neste 50 minuttene har jeg en **individualtime med gutten. Men hvor blir det av den som skal hente gutten og bringe ham til skolen.** Gutten blar fram og tilbake i et Donald på venterommet og kikker spent mot utgangsdøra. Jeg beroliger med at det sikkert er blitt en liten forsinkelse, og går til og fra venterommet og kontoret, prøver å gjøre småting, mens minuttene går. Det må være en misforståelse? Er det noen jeg kan ringe til? Jeg ringer guttens hjem, men ingen svarer. Mor har fått nytt arbeidssted, og jeg har ikke skaffet meg det nøyre nummeret dit. "Opplysningen" har ikke mobilnummer på far. Skulle gutten dra alene til skolen?

Men det er jo flere kilometer unna? Til sist ordner det seg, men "fritimen" mellom avtalene da jeg skulle ordne så mye, er blitt borte.

**Telefon fra far** til en ungdomsjente som har time senere på dagen. Han vil bare ha bekreftet tidspunktet og gjerne gi litt tilleggsinformasjon.

Tro om vi har fått **epikrise fra Habiliteringsteamet vedr. gutt 4 år?** Kan den være lagt i hylla til en kollega?

Innom **lekerommet, ryddet jeg skikkelig opp etter avtalen der før i dag?** Og er det kommet noe viktig i **posthylla?**

Kort **drøfting med kollega før skolemøtet.** Hvor alvorlig er situasjonen? Hva bør være skolesjefens ansvar og hva hører inn under BUP?

**Forkortet lunsjpause** i dag. Det tar bare 10 minutter å gå til skolen, så vi rekker **møtet kl. 12.00** der både PP-tjenesten og mor alt er på plass. Situasjonen er kritisk på skolen og hjemme. Kunne skolen eller BUP gjort mer tidligere? Kompromiss. Her har alle et ansvar; - det må søkes både BUP-institusjon og spesialpedagogiske tiltak med **vedlegg fra BUP.** Og så **må moren få en hastetime:** fram med timeplanen.

Er søknaden om institusjonsplass sendt? Nei, da rekker vi å **føye til de siste opplysningene fra skolen** og understreke alvorret og hastepreget. **Mor må få vite om den siste tilføyelsen.** Og så må **kollegaen skrive under,** men vedkommende er opptatt.

**Jente 11 år** møter presis til timen. Hun befinner seg ikke i noen akuttsituasjon, selv om oppvekstbetingelsene kunne vært bedre. Jeg kobler over fra hektisk aktivitet og prøver å være lydhør for ungjentas livssituasjon.

Har **kollegaen skrevet under hastesøknaden?** Den må avgårde i dag.

**Telefon fra Nic Waals Institutt vedr. felles klient.** Hun har fått brevet mitt om behov for avklaring av samarbeid. Men har jeg tid til å snakke med henne nå? Skal jeg la den siste klientavtalen vente noen minutter? Det ender med det, for det er **nesten krise i treåringens barnehage.** Det trengs ekstrahjelp og veiledning, og det haster! Men før sommeren var alle enige om positiv utvikling og intet behov for ekstrahjelp? Situasjonen er endret. Kan BUP støtte ekstrahjelpsøknad og gi veiledning noen måneder? Jeg lover å ta initiativ til et møte og skrive støtteskriv, men jeg må ha direkte kontakt med barnehagen først, og hva med PP-tjenesten?

**Jeg må innkalle denne guttens far.** Siden han bor utenbys, får han få tilbud om avtale en fredag ettermiddag før samværs helg. Men hva er den nye adressen? Bør jeg sende brevet via mor eller til den gamle adressen? Det får jeg finne ut i morgen.

**Jente 16 år til samtaletime.** Hjemmeforholdene er forverret. Jeg må drøfte situasjonen med kollegaen som har foreldrekontakt. Kanskje barnevernet bør inn igjen?

Har jeg ledig diktafonbånd? **Støtteskrivet til skolen om ekstra ressurser i krisesaken** bør gå i morgen. Skrivningen går raskt. Etter skolemøte idag og mange telefoner fra skole og hjem den siste tiden er poliklinikken oppdatert på guttens vanskelige situasjon.

Kanskje det går like raskt å sette sammen et **støtteskriv til barnehagen** med det samme, mens jeg husker argumentene, så slipper jeg å skrive huskelapp til meg selv?

Hvor langt kom jeg med den lovpålagte **journal skrivingen**? Jeg må notere arbeidsdelingen som ble avtalt med PP-tjenesten, begrunnelsen for søknad om ekstrahjelp i barnehagen, og noen stikkord fra skolemøtet, dessuten de vanlige timereferatene.

Så var det **koding av dagens arbeid**. De tre klientavtalene og møtet på skolen er kurant. Men hva med telefonsamtalen med PP-tjenesten? Alle gangene jeg har strevd for å få tak i vedkommende, teller ikke. Men samtalen i dag var da sikkert på minst et kvarter, pluss den tiden det tar å notere i journalen. Det fyller visst akkurat kriteriene for å kunne notere en halvtime tid/ressursbruk i denne saken. Da får jeg hvert fall registrert noen tiltak som vitner om arbeidsinnsats denne dagen.

I morgen blir det færre avtaler. Jeg må få skåret den testen. Heldigvis er samarbeidsmøtet med PP-tjenesten utsatt; - det har jeg strengt tatt visst en stund, uten å fylle opp hele den planlagte møtetiden med nye avtaler. Jeg må **renskrive referatet fra seminaret om helsejuss**, slik at de andre på poliklinikken også får nytte av det. Kanskje jeg skrev for lite eller for mye i journalen til ungdommen som snakket om hjemmesituasjonen? Hvis foreldrene vil ha innsyn, kan de da kreve det? Jeg må gjøre avtale med kollegaen så vi kan drøfte videre tiltak for denne familien.

Og i neste uke blir det liten arbeidsinnsats; jeg har søkt om et par permisjonsdager for å gå kurs og lære mer. Det trekker ned produksjonsstatistikken.

Arbeidsdagen i dag måtte tøyes litt i begge ender. Jeg tror jeg fikk gjort det viktigste denne tirsdagen i oktober, og alt er journalført. Som vanlig var denne dagen helt ulik alle andre arbeidsdager, - for ingen dager er like på BUP.

**Arbeidet var da viktig og nyttig?** Timene med klientbarna virket meningsfulle. Telefondrøftingene med samarbeidsinstansene var helt nødvendige, og den korte planleggingen med kollegaen trengtes før skolemøtet. Søknadene og støtteskrivene var vel viktig bidrag?

**Så da var det vel en god arbeidsdag, selv om Rådhuset neppe blir fornøyd med den registrerte arbeidsinnsatsen denne dagen heller?**

## 2. Beste praksis – hvor mye kan aktiviteten økes?

Vi skal først beregne potensialet for økt pasientbehandling gjennom en såkalt ”beste-praksis” tilnærming. Dette innebærer at vi måler aktiviteten i hver poliklinikk relativt til de enhetene som har høyest aktivitet i forhold til ressursinnsatsen. I en begrenset forstand kan vi si at dette gir oss et mål på produktivitet. Før vi gjennomfører analysen skal vi imidlertid bruke noe tid på å redegjøre for produktivitetsbegrepet, og den forståelse dette skal ha i denne rapporten.

### 2.1 Produktivitetsbegrepet

Produktivitet defineres ganske enkelt som *forholdet mellom* ressursinnsats og aktivitet. Jo høyere aktiviteten er for en gitt ressursinnsats, jo høyere er produktiviteten. Det er imidlertid store utfordringer knyttet til måling av produktivitet, i første rekke fordi de enhetene vi studerer driver med ulike former for aktivitet, og benytter ulike typer ressurser. I praksis møter vi derfor ofte problemer knyttet til å kvantifisere ulike typer aktiviteter og ressurser, men også problemer knyttet til å veie dem opp mot hverandre.

I dagligtalen benyttes produktivitetsbegrepet på ulike måter. Dette kan være et problem fordi ulik bruk av begrepet gir ulike implikasjoner for hvilke tiltak som er nødvendige for å oppnå økt produktivitet. Innenfor de psykiatriske poliklinikkene kan man tenke seg produktiviteten tilnærmet på (minst) to måter:

- Som forholdet mellom antall behandlede pasienter og ressursinnsatsen.
- Som forholdet mellom antallet konsultasjoner og ressursinnsatsen.

Om man måler produktiviteten som antall pasienter pr behandler kan en implikasjon være at produktiviteten kan økes gjennom å prioritere lite ressurskrevende pasienter på bekostning av pasienter som krever mye ressurser. En slik implikasjon er neppe i tråd med helsepolitiske målsettinger.

Om man måler produktiviteten som antall konsultasjoner pr behandler kan tilsvarende en implikasjon være at produktiviteten kan økes gjennom å prioritere pasienter hvor hver konsultasjon er lite ressurskrevende. Heller ikke dette kan sies å være en uttalt helsepolitisk målsetting.

Det blir dermed en utfordring å foreta sammenlikninger av produktivitet mellom poliklinikker som *ikke* gir denne type implikasjoner. I praksis betyr dette at vi må korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom poliklinikkene før vi foretar en sammenlikning. Når dette er gjort måles så potensialet for økt produktivitet som et potensiale for å gjøre mer *av den*



aktivitet man i dag utfører, ikke som et potensiale for å øke antall konsultasjoner eller pasienter gjennom å *endre på typen aktivitet*.

## 2.2 Måling av aktivitet

Psykiatriske poliklinikker utfører tre hovedaktiviteter; *pasientbehandling, undervisning og veiledning/kontakt mot den øvrige helsetjenesten*. En måling av den faktiske produktiviteten i sektoren krever altså at vi kan operasjonalisere disse aktivitetene. Det er sjelden meningsfullt å måle produksjonen av helsetjenester kun som antall pasienter. Både for somatiske og psykiatriske helsetjenester skjer det behandling for en rekke forskjellige sykdommer, og ressursbehovet vil variere med hvilken sykdom det er snakk om. En måling av produktivitet som, uten å ta hensyn til dette, sammenlikner pasienter pr ressursenhet vil dermed favorisere de poliklinikkene som behandler de minst ressurskrevende pasientene, og tilsvarende overvurdere potensialet for økt pasientaktivitet ved poliklinikker med et mer ressurskrevende pasientgrunnlag.

Før vi ser nærmere på analysene skal vi bruke litt tid på å beskrive vår tilnærming til denne problemstillingen.

Vi ser i dette kapitlet *kun* på den aktiviteten som er knyttet til pasientbehandling. Den praktiske konsekvensen av dette er at poliklinikker som har et høyt innslag av veiledning/kontakt mot andre deler av helsetjenesten vil framstå med lavere produktivitet enn de poliklinikkene som har et lavt innslag av slik veiledning/kontakt. Vi skal komme tilbake til dette punktet under diskusjonen av resultatene.

Datagrunnlaget legger imidlertid ulike føringer for hvordan vi tilnærmer oss problemstillingen i barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. For barne og ungdomspsykiatrien har vi både data for timebruk, antall konsultasjoner og antall behandlede pasienter. For voksenpsykiatrien har vi bare data over antall konsultasjoner. Følgende tilnærming er valgt:

I barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) beregner vi potensialet for *økt timeinnsats mot pasienter*. Det innebærer at vi lar behandlingsopplegget være slik det er i dag, både mhp antall konsultasjoner pr pasient og antall timer pr konsultasjon. Dersom en poliklinikk får et potensiale for økt timeinnsats på 10% blir tolkningen av dette at den også kan øke antall pasienter med 10%, gitt samme behandlingspraksis og pasientsammensetning som i dag. Dermed vil altså *ikke* poliklinikker med en ”letterere” pasientsammensetning framstå som mer produktive i denne analysen.

I voksenpsykiatrien (VP) beregner vi potensialet for *økt antall konsultasjoner*. Siden vi her ikke har informasjon om konsultasjonenes lengde, vil det være en viss fare for at poliklinikker med en type pasienter som krever lange konsultasjoner kommer uforholdsmessig dårlig ut. Som det senere vil framgå er det grunn til å vente at det vil være forskjeller i ressursbehov

knyttet til en normal konsultasjon for ulike typer pasienter. Dersom det er systematiske forskjeller mellom våre poliklinikker, slik at f.eks. noen poliklinikker har overvekt av tunge pasienter, mens andre har overvekt av lette pasienter, vil dette kunne gi som resultat at potensialet for aktivitetsøkning overvurderes i denne analysen. Dersom det ikke er store systematiske forskjeller i gjennomsnittlig konsultasjonslengde, vil imidlertid også denne analysen gi resultater som kan tolkes som et uttrykk for potensialet for økt pasientbehandling.

Et annet poeng som krever spesiell behandling er at vi i analysene har valgt å åpne for at det kan være *stordriftsulemper*. Det innebærer i praksis at vi tillater store poliklinikker å ha et lavere nivå på pasientbehandlingen i forhold til ressursbruken enn de små poliklinikkene. I den grad store poliklinikker har et større omfang av kontakt/veiledning enn små, vil vi gjennom dette dels kompensere for at denne aktiviteten ikke er med i analysen. Samtidig innebærer dette at det potensialet for aktivitetsøkning vi kommer fram til nok er lavere enn det reelle potensialet. Begrunnelsen for denne framgangsmåten er allikevel at vi ønsker å beregne et potensiale for økt pasientbehandling gitt den strukturen som er i dag, ikke under forutsetning av at poliklinikkene endrer størrelse.

Det er mulig statistisk å teste hvorvidt våre data gir grunnlag for å konkludere med at det eksisterer/ikke eksisterer stordriftsfordeler. En slik test indikerer at det eksisterer stordriftsulemper i voksenpsykiatrien, men ikke i barne- og ungdomspsykiatrien. Vi understreker imidlertid at disse testene i seg selv ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å dra sikre konklusjoner. Dette er derfor problemstillinger det vil være naturlig å arbeide videre med. Samtidig innebærer dette at sannsynligheten for at vi i vår analyse *undervurderer* potensialet for produktivitetsforbedring i BUP sektoren øker.

Til sist er den viktig å være klar over at vi altså i denne rapporten beregner et potensiale for økt pasientbehandling relativt til *beste-praksis*. I den grad det også er et potensiale for forbedring hos de poliklinikkene som definerer beste praksis vil vi gjennom denne analysen få et for lavt anslag på det reelle potensialet for økt pasientbehandling.

## 2.3 Beste praksis analyser

Vi benytter i denne rapporten en metodisk tilnærming som går under navnet dataomhyllingsanalyse (engelsk: Data Envelopment Analysis, heretter DEA). Denne metoden benytter lineær programmering, og håndterer tilfeller med flere typer aktivitet, flere typer innsatsfaktorer og tilfeller hvor produktiviteten varierer med størrelse. I grove trekk innebærer dette at vi først definerer et sett poliklinikker som utgjør beste praksis. Disse kjennetegnes ved at det ikke finnes andre poliklinikker i vårt materiale med et høyere forhold mellom ressursinnsats og aktivitet, Dernest måles produktiviteten til de øvrige poliklinikkene opp mot beste praksis. Vi kan illustrere dette ved et enkelt eksempel hvor vi antar at poliklinikkene ”produserer” pasienter ved hjelp av personell. Beste praksis poliklinikken er kjennetegnet ved at man ”produserer” 100 pasienter pr årsverk. Betrakt så en poliklinikk som kun behandler 80

pasienter pr årsverk. For å komme opp på nivået til beste praksis poliklinikken må denne øke antall behandlede pasienter med 20 pr årsverk. Produktiviteten til denne poliklinikken blir dermed 80% (80 dividert med 100).

### 2.3.1 Resultater: Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

Denne analysen baserer seg på data fra driftsåret 1997, og omfatter 51 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Vi har registrert opplysninger om følgende variable:

- antall pasienter behandlet
- antall tiltak utført
- antall timer direkte pasientkontakt

På innsatsfaktorsiden har vi registrert utførte årsverk. Vi kan skille mellom ulike typer personell, men en slik oppsplitting har en "kostnad" knyttet til at modellens frihetsgrader reduseres, og med dem graden av sammenliknbarhet. Vel vitende om at det vil være ulike synspunkter på hvilken inndeling av arbeidsstokken som er "best" har vi derfor valgt så gruppere denne med utgangspunkt i et skille etter utdanningstype.

- universitetsutdannet personell
- høyskoleutdannet personell

Personell som er i utdanningsstillinger vil inngå i de respektive kategoriene. Vi tar videre som utgangspunkt for analysen følgende forståelse av aktiviteten:

*Produktet* er den behandlede pasient. Pasientbehandlingen består av flere tiltak, og disse tiltakene kan være forskjellig mht bruk av tid. For sammenlikne produktiviteten mellom poliklinikker, og for å kunne beregne et potensiale for økt pasientbehandling, må vi dermed kunne ta hensyn til at poliklinikkene kan ha ulik sammensetning av sin pasientgruppe. Noen poliklinikker vil kunne ha mange pasienter som hver får få tiltak, andre vil kunne ha få pasienter som får mange tiltak. Uten at vi tar høyde for dette vil analysene kunne gi et skjevt bilde av virkeligheten. Som vi var inne på i forrige avsnitt tilnærmer vi dette gjennom å rette fokus mot antall timer direkte pasientkontakt.

En måte å se dette på er å betrakte antall timer pasientkontakt som et mål på aktiviteten som er korrigert for pasientsammensetning. Når vi beregner et potensiale for aktivitetsøkning i form av antall pasienter forutsettes denne å komme i form av samme type (gjennomsnitt)pasienter som det poliklinikken allerede behandler.

Om denne tilnærmingen kan vi generelt si at den behandler poliklinikkene på *best mulig* måte. Det potensialet for økt pasientbehandling som framkommer fra denne analysen vil dermed

kunne betraktes som et minimum. Særlig to forhold vil kunne føre til at det reelle potensialet for aktivitetsøkning er større:

For det første vil en både en del av tidsbruken knyttet til hver tiltak, og en del av tiltakene kunne være unødvendige. Det betyr at det ikke vil være urimelig å vente at det er en mulig produktivitetstiltak knyttet også til gjennomføringen av selve pasientbehandlingen. For det andre måles altså potensialet for økt pasientbehandling opp mot en beste *praksis*. Denne behøver ikke reflektere effektiv praksis, dvs at også beste praksis enhetene vil kunne ha et potensiale for forbedring.

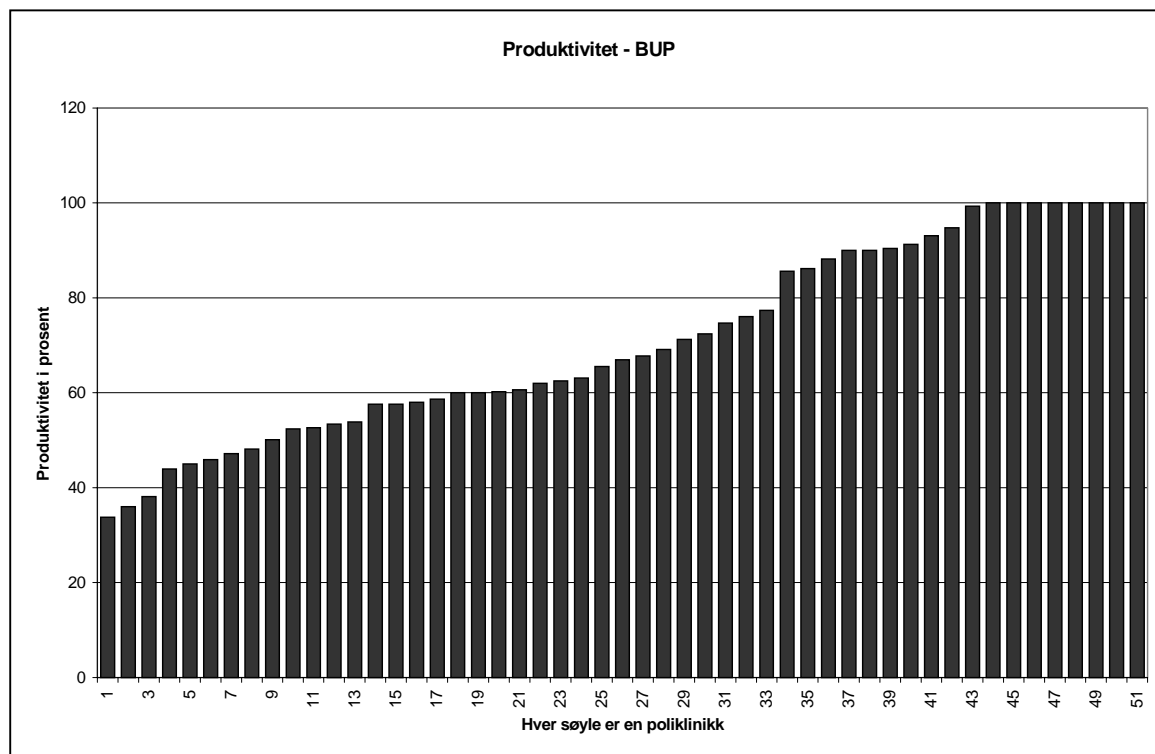
Ingen av disse to forholdene er det mulig å ta hensyn til på en tilfredsstillende måte i den analysen som gjennomføres her. Det er allikevel greit å ha i mente at det er mer sannsynlig at vi undervurderer potensialet for en aktivitetsøkning i denne analysen enn det motsatte.

Tabell 2.1 viser en del nøkkeltall for de 51 poliklinikkene som inngår i denne analysen. I tabellen framstilles for hvert område gjennomsnitt for alle poliklinikker, tallet for poliklinikken med henholdsvis laveste og høyeste verdi samt summen for alle poliklinikker.

**Tabell 2.1 Nøkkeltall for BUP-poliklinikker – antall = 51.**

	Gj.snitt	Min	Max	Sum
Universitetsutdannet personell	6,18	0	25,0	312
Høgskoleutdannet personell	5,7	1,8	39,4	289
Pasienter	302	44	1047	15421
Tiltak	3034	463	11863	154724
Timer	5603	1053	27911	285769
Timer pr tiltak	1,8	1,0	2,6	
Tiltak pr pasient	10,18	5,0	21,5	

Det er stor spredning i materialet, fra den minste poliklinikken med 2 årsverk og vel 400 tiltak, til den største med knapt 65 årsverk og nær 12000 tiltak. At dette dreier seg om poliklinikker med variasjon i pasientsammensetningen illustreres gjennom en stor spredning i både antall timer som benyttes pr tiltak, og i antall tiltak pr pasient.



**Figur 2.1** Resultatet av produktivetsmålingene for de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.

Det er en betydelig spredning mellom poliklinikkene. Laveste produktivetsnivå er knappe 34 prosent av beste praksis, mens åtte enheter definerer beste praksis, og følgelig har et produktivetsnivå på 100 %.

- Gjennomsnittlig produktivetsnivå i de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene er 71%. Dersom alle poliklinikkene "flyttes opp" til beste praksis innebærer dette et potensiale for økt pasientbehandling på vel 4 100. I 1997 ble det behandlet vel 15 400 pasienter i BUP poliklinikkene.

Dette innebærer altså at BUP-poliklinikkene i gjennomsnitt har en aktivitet som er 71 prosent av den aktiviteten de ville hatt dersom de la seg på samme nivå som beste praksis. Siden poliklinikkene varierer i størrelse gir dette et potensiale for økt pasientbehandling på omlag 4100, da under en forutsetning om at disse hadde samme behandlingsprofil som de øvrige pasientene. Merk også at tallet 4100 pasienter forutsetter at det er stordriftsulemper. Dersom dette ikke er tilfelle vil tallet være betydelig større.

### 2.3.2 Voksenpsykiatriske poliklinikker

Datagrunnlaget for de voksenpsykiatriske poliklinikkene er altså dårligere enn hva tilfellet var i barne- og ungdomspsykiatrien. Vi mangler oversikt over såvel tiltak som over tidsbruk i timer. I dette avsnittet måles derfor aktiviteten i form av *antall konsultasjoner*, og potensialet blir dermed også beregnet i forhold til konsultasjoner og ikke pasienter. Vi behandler arbeidsstokken etter samme prisnipp som for barne- og ungdomspsykiatrien, dvs skiller mellom universitetsutdannet og høyskoleutdannet personell. For de voksenpsykiatriske poliklinikkene skilles også ut annet personell<sup>3</sup>. Datagrunnlaget for dette avsnittet utgjøres av 79 voksenpsykiatriske poliklinikker.

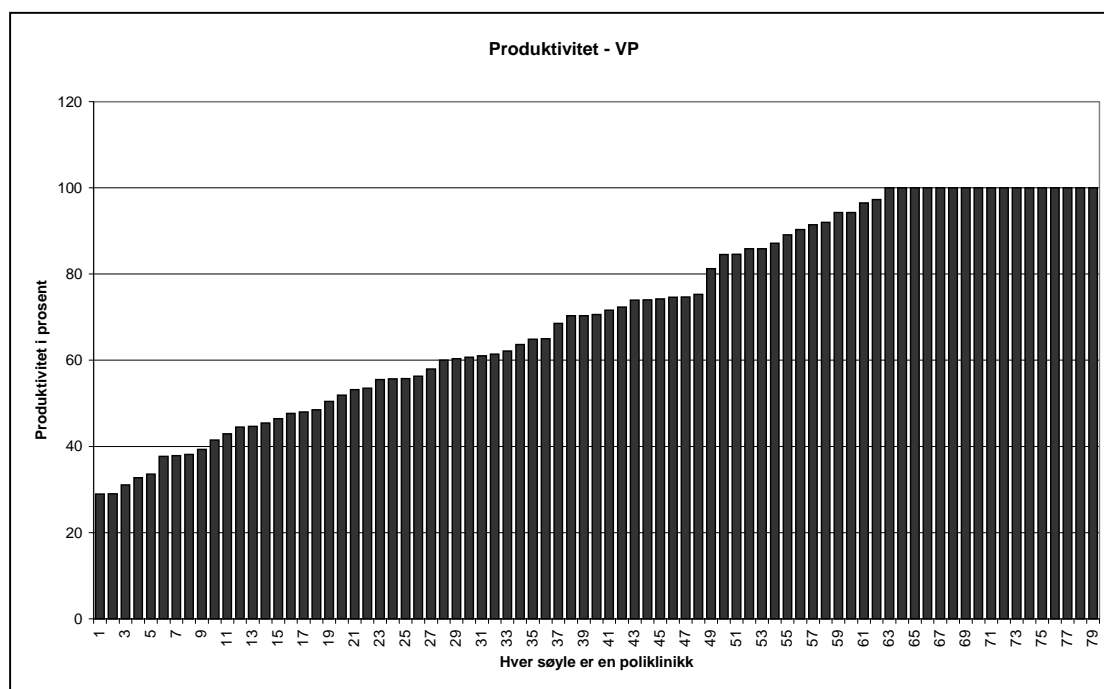
Tabell 2.2 viser noen nøkkeltall for de voksenpsykiatriske poliklinikkene. I tabellen framstilles for hvert område gjennomsnitt for alle poliklinikker, tallet for poliklinikken med henholdsvis laveste og høyeste verdi samt summen for alle poliklinikker.

**Tabell 2.2** Nøkkeltall for de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

	Gj.snitt	Min	Max	Sum
Universitetsutdannet personell	7,7	1,5	34,7	608
Høyskoleutdannet personell	6,2	0	34,4	488
Annet personell	2,8	0	14,9	220
Konsultasjoner	5447	1077	27177	430330

Det er betydelige forskjeller i størrelse mellom poliklinikkene, fra relativt små enheter med godt under 10 årsverk og omlag 1000 konsultasjoner årlig, til store poliklinikker med opp mot 100 ansatte og nesten 30000 konsultasjoner årlig.

<sup>3</sup> I hovedsak merkantilt personell.



**Figur 2.2** Produktivitetsfordelingen for de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

Det er betydelig spredning mellom poliklinikkene. Laveste produktivetsnivå er 29 %, mens 17 poliklinikker definerer beste praksis, og har dermed et produktivetsnivå på 100 %.

- Gjennomsnittlig produktivetsnivå i de voksenpsykiatriske poliklinikkene er 71%. Dersom alle poliklinikkene "flyttes opp" til beste praksis innebærer dette et potensiale for økt antall konsultasjoner på knappe 100 000. I 1997 ble det utført vel 430 000 konsultasjoner i VP-poliklinikkene.

Dette innebærer altså at VP-poliklinikkene i gjennomsnitt har en aktivitet som er 71 prosent av den aktiviteten de ville ha hatt dersom de la seg på samme nivå som beste praksis. Det er også her varierende størrelse, og dette gir samlet et potensiale for 100 000 flere konsultasjoner enn hva tilfellet er i dag

## 2.4 Diskusjon: Kan aktiviteten økes?

De analysene som her er gjennomført indikerer et potensiale for aktivitetsøkning på mellom 25 og 30% for både de voksenpsykiatriske (VP) og de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene (BUP). For VP dreier dette seg om et potensiale for økt konsultasjonsaktivitet, for BUP om et potensiale for økt antall pasienter. Resultatet for VP kan imidlertid også tolkes som et potensiale for prosentuell økning av antall pasienter, da under forutsetning at dette er

pasienter med en gjennomsnittlig behandlingsprofil som er lik dagens pasienter. En del kvalifiserende forhold skal imidlertid nevnes.

### 2.4.1 Datakvalitet

De produktivitetstallene som her er beregnet er basert på de tall som rapporteres til SSB og til NIS i forbindelse med SAMDATA publikasjonene. Det kan ligge feilkilder i disse tallene som igjen vil kunne påvirke resultatene. I særlig grad vil dette være tilfelle dersom man har rapportert inn årsverk som ikke er refusjonsberettiget<sup>4</sup>. Hvor stort utslag dette gir er vanskelig å si. Et for stort innrapportert antall årsverk vil føre til at noen poliklinikker får beregnet et for lavt produktivitetsnivå. Det vil imidlertid neppe påvirke hvilke poliklinikker som defineres som beste praksis, og dermed ventelig heller ikke gi store utslag på de aggregerte tallene.

Et annet kvalifiserende forhold er knyttet til pasientsammensetningen, og da i særlig grad innenfor voksenpsykiatrien. I pilotstudien i Buskerud ble en del behandlere bedt om å dele inn sin pasientpopulasjon i tre til fire grupper, og spurt om det konkrete behandlingsopplegget i forhold til hver av disse. Fokus var her særlig på konsultasjonshyppighet, konsultasjonsserielengde og arbeid i forhold til pasientene utenfor selve konsultasjonen.

I forhold til den analysen som her er gjennomført vil variasjoner i konsultasjonshyppighet og konsultasjonsserielengde ikke påvirke resultatene. Dersom det er variasjoner i arbeidet med selve konsultasjonen vil imidlertid dette kunne føre til vridninger.

Poliklinikker som i stor grad behandler pasienter hvor hver konsultasjon er svært ressurskrevende vil i den analysen som er utført her kunne komme dårligere ut enn hva som reelt sett er tilfelle. En del langtidssyke pasienter vil f.eks. både kreve mye tid under selve konsultasjonen og mye tid knyttet til oppfølging. Tilsvarende vil poliklinikker med et høyt innslag av mindre ressurskrevende pasienter komme bedre ut. Dette vil f.eks. kunne gjelde poliklinikker med et høyt innslag av pasienter med livskriser/kortvarig kriseintervensjon. Vi vet lite både om den faktiske pasientsammensetningen ved poliklinikkene og om det er poliklinikker med ”lette” pasienter som definerer beste praksis. Det er imidlertid en potensiell feilkilde her, som gjør resultatene for de voksenpsykiatriske poliklinikkene mer usikre enn tilsvarende resultater for BUP.

---

<sup>4</sup> Vi har eksempler på ikke-refusjonsberettigede årsverk knyttet opp mot barnevern eller mot arbeid i 2.linjetjenesten allikevel rapporteres inn som ”polikliniske årsverk”.



### **2.4.2 Andre forhold**

Det er to måter poliklinikkene kan realisere det beregnede potensialet for aktivitetsøkning på;

- effektivisering av arbeidsoppgaver
- endring av fordelingen mellom ulike arbeidsoppgaver

Disse to momentene vil bli forfulgt nærmere senere i denne rapporten, her skal vi bare igjen minne om noen av de forutsetningene denne analysen har bygget på.

Analysene i dette kapitlet måler potensialet for aktivitetsøkning opp mot en beste-praksis. Gitt at det også er et potensiale for aktivitetsøkning i de enhetene som definerer beste praksis, vil de tall som her refereres være en nedre grense.

Analysene måler potensialet for aktivitetsøkning under forutsetning av at det ”er lov” å ha færre pasienter pr behandler i de store poliklinikkene enn det som er tilfelle i de små. For både BUP og VP er det klare tegn på stordriftsulemper, dvs at pasientbehandlingen avtar i de store poliklinikkene. Dette kan skyldes at disse i større grad må utføre annet arbeide, men er ikke desto mindre av helsepolitiske interesse.

Analysene måler potensialet for aktivitetsøkning under forutsetning av aktiviteten skal avhenge av personellsammensetningen slik vi har definert denne. Hvis det ikke er grunn til å tro at en bestemt personellsammensetning skulle kunne behandle flere/færre pasienter enn en annen, vil dette bidra til at vi undervurderer potensialet for aktivitetsøkning.

Endelig bygger analysene på en forutsetning om at selve pasientbehandlingen skjer effektivt. I den grad det også er mulig å effektivisere denne, vil disse analysene undervurdere potensialet for aktivitetsøkning.

## 3. Formål, utvalg og metode

### 3.1 Formål

Resultatene i kapittel to indikerer et potensiale for aktivitetsøkning på mellom 25 og 30 prosent i forhold til dagens nivå. En beste-praksis analyse gir imidlertid ikke informasjon om på hvilke områder et slikt potensiale kan hentes ut. Vi har derfor gjennomført en mer detaljert studie av tidsbruk og arbeidsformer ved åtte utvalgte poliklinikker, fire voksenpsykiatriske og fire barne og ungdomspsykiatriske. I tillegg har vi benyttet resultatene fra pilotstudien i Buskerud, slik at vi totalt sett har informasjon fra 12 poliklinikker.

I denne delen av studien har vi valgt å fokusere på følgende forhold:

- Hvordan fordeler tidsbruken seg mellom ulike aktiviteter, og mellom ulike profesjoner?
- Er det mulig å identifisere typiske arbeidsformer for ulike typer aktiviteter, og kan vi si noe om i hvilken grad ulike former er mer eller mindre ressurskrevende?

Vi har videre valgt å konsentrere oppmerksomheten om følgende aktiviteter/oppgaver:

#### *Aktiviteter knyttet til pasientbehandling.*

- Inntaksprosedyrer.
- Pasientbehandlingen, med særlig vekt på bruk av tverrfaglige team.
- Avslutningsprosedyrer
- Journalføring
- Møtestruktur

#### *Aktiviteter knyttet til kompetanseutvikling*

- Videreutdanning
- Veiledning
- Undervisning
- Forskning og utvikling

#### *Administrative oppgaver*

- Administrasjon og ledelse
- Merkantilt arbeid
- Journalføring
- Møtestruktur

#### *Aktiviteter knyttet til samarbeid med 1. og 2.linjetjenesten*

Alle diskusjonene baseres på data fra 12 poliklinikker, og vi skal kort beskrive hvilke prinsipper vi har benyttet ved utvelgelse av disse, samt det opplegget som er brukt ved intervjuene.

## 3.2 Utvalg

Materialet i denne rapporten er basert på to utvalg. I 1998 gjennomførte SINTEF Unimed NIS i samarbeid med Buskerud fylkeskommune en evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved fylkets psykiatriske poliklinikker. Denne evalueringen var et forprosjekt for en nasjonal studie, med Sosial- og helsedepartementet som oppdragsgiver. Formålet med prosjektet var å prøve ut metoder som senere skulle anvendes på nasjonalt nivå. To voksenpsykiatriske (VP), og to barne- og ungdomspsykiatriske (BUP) poliklinikker i Buskerud ble valgt ut til mer inngående studier: Ringerike psykiatriske senter (VP og BUP) og Buskerud sentralsykehus (VP og BUP). Resultatene fra dette pilotprosjektet er rapportert i Hatling (1998) og Ulleberg (1998).

I den nasjonale studien ble utvalget bestemt på bakgrunn av tilgjengelig nasjonal statistikk ved NIS. For voksenpsykiatrien ble den første utvelgelsen av poliklinikker gjort på bakgrunn av høy og lav produktivitet, forstått som antall polikliniske konsultasjoner per behandlerårsverk<sup>5</sup>. Det er her viktig å presisere at vi her ikke ser på produktivitet i forhold til helse eller bedring for pasienten. I tillegg viser statistikken at det er betydelig forskjell i produktivitet avhengig av om poliklinikkene er frittstående eller tilknyttet en døgnenhet. Av de tre-fire poliklinikkene som ble identifisert innen hver kategori ble utvalget så av ressurs hensyn avgrenset til en, etter geografisk spredning og kjente forskjeller i driftsform. Følgende voksenpsykiatriske poliklinikker ble til slutt valgt ut:

**Tabell 3.1** *Utvalget av voksenpsykiatriske poliklinikker, etter produktivitet og driftsform.*

	Høyproduktive	Lavproduktive
Frittstående	<b>Høyprod VP I</b>	<i>Lavprod VP I' og Ia</i>
Tilknyttet døgnenhet	<b>Høyprod VP II</b>	<i>Lavprod VP II</i>

For barne- og ungdomspsykiatrien ble en tilsvarende analyse gjennomført, og i første omgang ble åtte poliklinikker valgt ut etter følgende kriterier; høy og lav produksjon, geografisk representasjon, faglig orientering, organisasjonsform og alder. I neste omgang ble av ressurs hensyn

<sup>5</sup> Det vises her til Stortingsmelding nr 25 (1996-97) og Sosialkomiteens Innstilling S. nr. 258 (1996-97) som begge anvender dette produksjonsbegrepet. Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98) har også som målsetting at antallet pasienter per behandlerårsverk skal økes innen voksenpsykiatrien. Se ellers kapittel 2 for en drøfting av produktivitetsbegrepet.

<sup>6</sup> Denne består av en poliklinikk i en by og et team med avgrenset geografisk ansvar i en annen del av fylket. Store deler av analysen i denne rapporten har behandlet disse som to adskilte enheter.

også dette antallet redusert til fire. En av de lavproduktive poliklinikkene viste seg å ha så store bemanningsproblemer at den ble erstattet med en annen innen samme kategori. Følgende poliklinikker ble til slutt valgt ut:

**Tabell 3.2** Utvalget av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, etter produktivitet.

Høyproduktive	Lavproduktive
<b>Høyprod BUP I</b>	<i>Lavprod BUP I</i>
<b>Midd.prod BUP I<sup>7</sup></b>	<i>Lavprod BUP II</i>

### 3.3 Aktivitetsregistreringen

Første utkast til aktivitetsregistreringsskjemaet ble utviklet av Sintef Unimed NIS våren 1998. Utkastet ble presentert for representanter ved de fire poliklinikkene i Buskerud og deretter revidert på grunnlag av kommentarer og innspill fra representantene. Det endelige skjemaet inneholdt opplysninger om yrkesbakgrunn, kjønn, alder og antall års poliklinisk erfaring, samt tre hovedkategorier av poliklinisk aktivitet:

- *Direkte pasientrelatert arbeid.* Behandling/undersøkelser der pasienten(e) og/eller familie/par er tilstede.
- *Indirekte pasientrelatert arbeid.* Arbeid som gjøres i forhold til konkrete pasientsaker der pasienten ikke er tilstede.
- *Ikke pasientrelatert arbeid.* Arbeid som er av generell karakter og ikke gjøres i forhold til en spesifikk pasient/sak.

Hver hovedkategori av poliklinisk virksomhet var inndelt i mer spesifikke aktiviteter, der hver behandler ble bedt om å oppgi **antall timer** brukt til hver aktivitet i løpet av 2 ukers perioden<sup>8</sup>. Dette registreringsskjemaet ble tilnærmet uforandret brukt i de åtte poliklinikkene som inngår i den nasjonale studien, og som ble gjennomført i løpet av to uker i februar/mars 1999.

For å få en oversikt over antallet pasienter behandlet av den enkelte behandler i løpet av registreringsperioden utviklet vi for den nasjonale studien også et registreringsskjema for antall forskjellige pasienter. Her ba vi om opplysninger om antall pasienter i forhold til de to hovedaktivitetskategoriene innrettet mot enkeltpasienter:

<sup>7</sup> Dette er en middels produktiv poliklinikk, men ble valgt ut av hensyn til oppdragsgivers ønske om å inkludere en poliklinikk med fokus på samarbeid overfor barnevernet.

<sup>8</sup> BUP-BSS valgte selv å registrere aktiviteten i løpet av en uke og ikke to. Ukeperioden som ble registrert ble imidlertid ansett for å være lite beskrivende for den aktiviteten som vanligvis skjer. Dette skyldes at det var skolestreik, slik at det ble gjennomført færre møter med samarbeidspartnere enn vanlig.

- *Antall forskjellige pasienter man hadde hatt direkte pasientrelatert kontakt i forhold til, enten alene eller sammen med andre behandlere ved poliklinikken (som hovedterapeut eller ko-terapeut)*
- *Antall forskjellige pasienter man hadde hatt annet arbeid, pasientrelatert, i forhold til. Her ba vi om at man skilte mellom de pasienter hvor man bare hadde hatt denne kontaktformen, og de pasienter hvor man også hadde hatt direkte pasientrelatert arbeid.*

Denne tabellen utgjorde side to av aktivitetsregistreringsskjemaet (se vedlegg for skjema og rettledning). Her var det også utviklet et hjelpeskjema for bruk gjennom 14-dagersperioden (se vedlegg). I dette skjemaet kunne de skrive pasientens navn, og hvilke(n) kontaktform(er) de hadde hatt i forhold til denne gjennom de to ukene. Kun tallene fra dette hjelpeskjemaet skulle overføres til aktivitetsregistreringsskjemaet, slik at pasientens anonymitet ble bevart.

### 3.4 Kvalitative intervjuer

Selv om man på ulike måter har kartlagt hva behandlerne gjør, har man bare delvis nærmet seg spørsmålet om produktiviteten og arbeidsformene ved poliklinikkene. Det er derfor nødvendig å se nærmere på måten poliklinikkene er organisert.

Med bakgrunn i funnene fra pilotstudien gjennomført i Buskerud utviklet vi et strukturert intervjuksjema for å samle inn sammenlignbare opplysninger fra de åtte poliklinikkene. Her ba vi om detaljerte opplysninger om interne møter, strukturert samarbeid med førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten, intern og ekstern veiledning, eksterne verv og oppdrag samt utviklingsarbeid (se vedlegg). Vi anvendte i tillegg en semistrukturert intervjuguide hvor vi ba lederne, og delvis det merkantile personalet, om opplysninger vedrørende ulike forhold rundt bemanning, intern og ekstern organisering, øyeblikkelig hjelp, administrative forhold, kompetanse og fysiske forhold. Som en del av dette intervjuet har vi også bedt om et eget uttak fra det lokale pasientadministrative systemet vedrørende antall pasienter, konsultasjoner og pasienttimer per behandler for siste halvår 1998 og aktivitetsregistreringsperioden<sup>9</sup>. I intervjuet gikk vi til slutt gjennom arbeidsformene ved poliklinikken knyttet til fire forhold; inn-taksprosedyre, behandling, utskriving og journalføring (se vedlegg).

For å sikre at vi har fått et riktig omfang av de ulike aktivitetene, samt organisasjonsdetaljer, ble opplysningene fra skjema og intervjuguide skrevet ut og sendt tilbake til lederne for kommentarer/korreksjoner/supplering (Interim, Case summary - Miles and Huberman 1994)

Også overfor behandlerne anvendte vi en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg). Fordelen med slike semi-strukturerte intervju er at det har vært mulig å forfølge ny informasjon i

---

<sup>9</sup> Her har enkelte poliklinikker hatt problemer med å skaffe til veie dette materialet, og det er derfor i liten grad anvendt i analysen.

dybden. Gradvis har vi så gått mer inn på hvordan den enkelte behandler arbeider med en klient, både i forhold til klientene og interne og eksterne samarbeidspartnere. Etterhvert ble informantene også forholdt til utsagn og forhold vi hadde fanget opp i tidligere intervju (uten å tilbakeføre til bestemte personer). Gjennom en slik gradvis utbygging av tematikken i det enkelte intervju møter en raskt konflikten mellom dybde og bredde – hvor dypt skal vi gå inn i hvor mange enkelttema? Vi har lagt vekt på å få sammenlignbare opplysninger, og derfor i stor grad fulgt intervjuguiden.

Parallelt med å gjennomføre intervjuene er de også analysert, gjennom en kontinuerlig skriving på denne rapporten. På denne måten har det også vært mulig å få bedre klarhet i hvilke områder vi mangler informasjon, eller hvor sammenhengene ennå er uklare. Det har da vært mulig å ta opp deler av dette i senere intervju med andre informanter.

Totalt ble 22 ledere og behandlere intervjuet (noen ledere to ganger) i pilotstudien, i tillegg til samtaler med kontorpersonalet. I den nasjonale studien har vi intervjuet 37 ledere (de fleste to ganger) og behandlere, i tillegg til kontorpersonele. Vi har ingen steder intervjuet alle behandlere, men har lagt vekt på å få representanter for flere profesjoner alle steder. I den nasjonale studien la vi også vekt på å velge ut behandlere med høy og lav produktivitet (forstått som andel direkte pasientrelatert arbeid) i aktivitetsregistreringen. De fleste intervjuene har hatt en varighet på ca. 1 time. Det ble skrevet utførlige notater underveis i intervjuene. Det har ikke vært ressurser i prosjektet til å skrive ut intervjuene.

### **Analyse**

Det kvalitative materialet er analysert gjennom å først utvikle analytiske kategorier basert på hovedområdene identifisert gjennom pilotstudien. Intervjumaterialet er deretter sammenstilt ved hjelp av matriser (Miles and Huberman 1994), hvor profesjoner og poliklinikker har vært enheter. Etterhvert som analysen har utviklet seg er også andre områder for analyse framkommet, hvor tilsvarende framstillingsmetoder har vært anvendt. To analytiske hovedstrategier har vært valgt: For det første å studere om det er særegne forhold ved henholdsvis høy- og lavproduktive poliklinikker som kan forklare denne plasseringen. Analysen er her særlig på poliklinikknivå. For det andre gjennom en analyse av intervjumaterialet å beskrive hvilke forskjeller i arbeidsformer som finnes, og forsøksvis antyde hvilke konsekvenser de ulike har for produktivitet.

### **Om å forske i et politisk felt**

Vi har i dette prosjektet tatt utgangspunkt i hvordan poliklinikkene selv beskriver sin virksomhet. Det innebærer samtidig at enkelte sentrale aktører i denne omgang ikke er inkludert, her tenker vi særlig på brukerne av de polikliniske tjenestene (klienter/pasienter) og samarbeidspartnere innen andre deler av offentlig tjenesteyting.

En slik evaluering befinner seg i et «interessefelt», hvor en rekke aktører har ulike, legitime interesser:

- Det offentlige. Her tenker vi både på nasjonale og fylkeskommunale politiske og forvaltningsmessige organ, opinionen (særlig media), samt befolkningen både som finansierer og brukere

- de ulike profesjonsforeningene
- poliklinikkene
- enkeltbehandlerne

I både pilotstudien og den foreliggende evalueringen har vi intervjuet ledere og behandlere ved poliklinikkene, og derigjennom på ulike måter forsøkt å redegjøre for de perspektivene de har rundt poliklinikkens produktivitet. I en lang rekke diskusjoner og samtaler har de på ulike måter uttrykt stor skepsis til å måle produktivitet gjennom antallet konsultasjoner. De opplever at dette målet er lite funksjonelt, ved at det bare plukker ut en liten bit av det totale arbeidet de gjør overfor sine klienter.

## 4. Aktivitetsregistreringen – hovedtall

### 4.1 Utvalg

I alt besvart 56 behandlere i Buskerud skjemaet. To av disse hadde ikke registret aktivitet i løpet av perioden pga sykdom eller ferie. Tabeller og figurer med prosentandel tid brukt til de ulike aktivitetene bygger av den grunn på de resterende 54 behandlere. I den nasjonale studien besvarte totalt 116 behandlere skjemaet. 3 er utelatt grunnet feilaktig utfylling, uten at det var mulig å korrigere gjennom retur av skjemaet. Samlet antall respondenter i aktivitetsregistreringen er 169. Med mindre annet er oppgitt inkluderer tabellene Buskerud og den nasjonale studien.

### 4.2 Fordeling av aktivitet etter aktivitetskategorier og sektor

Hva rapporteres som mest tidkrevende innen hver hovedkategori for de to sektorene samlet?

I overkant av ¼ av aktiviteten medgår til direkte pasientrelatert arbeid. Dette er den hovedgruppen av aktivitetsformer det brukes minst tid på.

Innen hovedkategorien **Direkte pasientrelatert arbeid** utgjør naturlig nok individualterapi og familie/par/gruppeterapi størstedelen av arbeidstiden, henholdsvis 14,8 og 4,8 % av total tid.

**Indirekte pasientrelatert arbeid** er den hovedposten som totalt sett er mest tidkrevende. Innen denne posten er det *journalføring* som krever mest tid, nesten 11% av den totale arbeidstiden i registreringsperioden. Videre utgjør *interne møter* i forbindelse med pasientsaker 8,7 % av arbeidstiden. Tilsammen utgjør de to postene for *faglig rettleiding* (gitt og mottatt) 5,3 % av total arbeidstid. Den mer diffuse kategorien *Annet* (inkluderer brevskrivning og i forbindelse med pasientsaker) krever tilsvarende 5,8 %. Samarbeid med første-linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forhold det brukes lite tid på.

Når det gjelder arbeid som ikke gjøres i forhold til spesifikke pasientsaker, **Ikke pasientrelatert arbeid**, er det *administrasjon*, *interne møter*, *annet* og *kurs/studier av faglitteratur* som er mest tidkrevende. Tilsammen utgjør disse fire områdene nesten 24% av total tid.

I den neste tabellen presenteres tallene for enkeltområder, fordelt etter sektor, for alle de 12 poliklinikkene samlet.



Tabell 4.1 Prosentandel tid i poliklinisk virksomhet etter sektor og aktivitet.

	Voksen- psykiatri	Barne- og ungdoms- psykiatri
<b>Direkte pasientrelatert arbeid</b>		
Individualterapi	23,3	6,8
Familie/par/gruppeterapi	1,8	7,6
Hjemmebesøk	0,6	0,7
Annen type terapi	0,7	2,3
Pasienten ikke møtt	2,8	1,3
Observasjon/undersøkelser/ utredning	2,7	3,0
Tester	0,1	0,6
<b>Totalt direkte pasientarbeid</b>	<b>32,0</b>	<b>22,2</b>
<b>Annet arbeid, pasientrelatert</b>		
Faglig rettleiding (gitt)	2,4	2,4
Faglig rettleiding (mottatt)	3,0	2,8
Kurs/studier av faglitteratur	1,5	1,7
Reiser	1,5	4,3
Journalføring	12,0	9,7
Konsultasjon til/samarbeid med 1.linjetj.	1,5	2,9
Konsultasjon til/samarb. med spesialisthelsetj.	2,1	0,8
Annen konsulentvirksomhet	1,0	0,7
Administrasjon	5,0	2,9
Interne møter	7,0	10,3
Annet	5,0	6,4
<b>Indirekte pasientrelatert arbeid</b>	<b>42,0</b>	<b>45,0</b>
<b>Ikke pasientrelatert arbeid</b>		
Faglig rettleiding (gitt)	0,4	0,5
Faglig rettleiding (mottatt)	1,0	2,3
Kurs/studier av faglitteratur	5,0	8,3
Reiser	2,6	1,3
Journalføring	0,2	0,2
Konsultasjon til/samarbeid med 1.linjetjenesten	0,0	0,1
Konsultasjon til/samarbeid med spesialisthelsetjenesten	0,4	0,2
Annen konsulentvirksomhet	0,8	1,1
Administrasjon	5,0	7,7
Interne møter	6,3	4,9
Annet	4,3	6,0
<b>Ikke pasientrelatert arbeid</b>	<b>26,0</b>	<b>32,7</b>

1/3 av tiden i de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale anvendes til direkte pasientrelatert arbeid, mens under 1/4 av tiden i de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene

brukes til dette. Forskjellen mellom sektorene er på 10 prosentpoeng. Dette er den aktivitetskategorien behandlerne innen de barne- og ungdomspsykiatriske institusjonene bruker minst tid på. Behandlerne innen begge sektorene bruker mest tid på indirekte pasientrelatert arbeid.

Tabell 4.1 viser videre at det med noen unntak er *liten forskjell* mellom de to sektorene når man sammenligner på detaljnivå. Naturlig nok brukes det mer tid til familie/par/ gruppeterapi innen BUP, men det viktigste forholdet er at tidsbruk når det gjelder **Direkte pasientrelatert arbeid** er betydelig mindre ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i dette materialet.

Når det gjelder **Indirekte pasientrelatert arbeid** rapporteres det mer tid på *journalføring* innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale, mens det brukes mer tid til *reiser* innen BUP. *Interne møter* relatert til pasientarbeid ser også ut til å være mer tidkrevende innen BUP, noe som kan gjenspeile at teamarbeid er mer vanlig i BUP enn i voksenpsykiatrien. Ellers er det små forskjeller i tidsbruk innen denne hovedkategorien.

Likeledes er det ubetydelige forskjeller mellom de to sektorene innen kategorien **Ikke pasientrelatert arbeid**. Den eneste forskjellen av betydning er *kurs/studier av faglitteratur*, der det innen BUP brukes større andel av total arbeidstid enn innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale. Dette var det motsatte av det vi fant i pilotstudiens undersøkelse av aktiviteten i Buskerud (Ulleberg 1998).

Samlet sett brukes rundt 1/6 av tiden til ulike former for kompetanseutvikling (Faglig veiledning gitt og mottatt samt kurs/studier av litteratur), noe mer innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale enn innen de voksenpsykiatriske.

Vi har i et eget vedlegg presentert en samlet oversikt over disse enkeltområdene for hver poliklinikk, hvor det framkommer store forskjeller.

### 4.3 Fordeling av aktivitet på behandlernivå

Så langt har vi presentert gjennomsnittsverdier for behandlerne samlet. Er det så stor spredning mellom behandlerne, når vi ser aktiviteten i forhold til hovedkategorier?

Tabell 4.2 Aktivitetsformer, etter sektor. Tall i prosent. Totalt 12 poliklinikker.

	Voksenpsykiatri				Barne- og ungdomspsykiatri			
	N (beh).	Min	Mean	Max	N(beh).	Min	Mean	Max
Direkte pasientrettet arbeid	79	0	32,0	61,4	90	0	22,2	52,3
Annet arbeid, pasientrelatert	79	5,8	42,0	77,8	90	5,6	45,0	81,7
Annet arbeid, ikke pasientrelatert	79	0	26,0	89,1	90	0	32,7	90

Andel av tid brukt til direkte pasientrelatert arbeid varierer fra 0 % til 61 % mellom de enkelte behandlere. Likeledes er det lignende variasjonsbredde på de to andre hoveddimensjonene (Pasientrelatert arbeid og ikke pasientrelatert). Separate analyser for hver poliklinikk viser på samme måte store forskjeller i tidsbruk mellom de ulike behandlerne. En mulig forklaring på den store spredningen kan være at aktivitetsprofilen for den enkelte behandler svinger naturlig gjennom året. Det 14-dagersutsnittet vi har gjort i aktivitetsregistreringen kan derfor være lite representativt på årsbasis, slik at den totale variasjonen egentlig blir overestimert. Mange behandlerintervju tyder også på at så er tilfelle, både behandlere som var høyproduktive og lavproduktive mente at perioden i varierende grad var lite representativ. Samtidig er det grunn til å hevde at det er faktisk variasjon, jfr. praksisforskjellene og den betydelige autonomien det redegjøres for seinere i rapporten.

Gjenspeiler gjennomsnittstallene den enkelte behandlers polikliniske aktivitet i registreringsperioden? Kan forskjellene mellom sektor og institusjon forklares ut i fra forskjellig profesjonsbakgrunn?<sup>10</sup>

<sup>10</sup> På grunn av relativt få personer innen hver utdanningskategori har vi unnlatt å foreta noen statistisk hypotesetesting av datamaterialet.

**Tabell 4.3** ”Direkte pasientrelatert virksomhet”, etter profesjon. Tall i prosent av total arbeidstid.

	Voksenpsykiatri				Barne- og ungdomspsykiatri			
	N(beh.)	Min	Mean	Max	N(beh.)	Min	Mean	Max
Psykiater	13	17,6	33,1	46,7	7	5,6	27,3	42,1
Annen lege	10	0	25,1	45	9	12,3	19,4	32,0
Klinisk psykolog	9	11	35,1	61,4	13	0	19,8	44,1
Annen psykolog	13	6,2	34	59,1	18	8,9	21,4	44,1
Psykiatrisk sykepleier	21	1,3	31,8	53,8	3	28,6	39,2	48,5
Klinisk sosionom	6	19,7	34,6	47	15	4,4	25,7	52,3
Annen sosionom	5	13,3	31,4	60,8	2	26,4	31,7	37
Klinisk pedagog					9	8,9	21,9	35,4
Annen pedagog					5	6,1	18,5	28,2
Annen	2	42,9	50,9	59	8	0	24,6	42,1
Sum	79				90			

Tabell 4.3 viser at variasjonen i tidsbruk er langt større *innen* hver yrkesgruppe enn den er *mellom* de ulike yrkesgruppene. Aktivitetsregistreringen støtter derfor ikke antakelsen om at profesjonstilhørighet har konsekvenser for tid brukt til pasientbehandling. En mulig grunn til dette kunne vært at noen få ligger høyt eller lavt, men at hovedtyngden innen den enkelte profesjon er relativt samlet rundt gjennomsnittet. Vi har derfor sett særskilt på dette, og når vi deler opp de ulike aktivitetsformene i 5%-intervaller er det for alle yrkesgruppene en jevn spredning fra lavt til høyt. De viktigste forklaringene på forskjeller i aktivitetsprofil finnes med andre ord i hvordan den enkelte behandler former sin praksis, men også til forhold knyttet til selve aktivitetsregistreringsperioden (jfr. ovenfor). Dette belyses i senere kapitler i rapporten.

Antakelsen om at behandlere under utdanning bruker mindre tid til direkte pasientrelatert arbeid viser seg å gjelde særlig for leger (psykiater vs. annen lege), både innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. For psykologer (klinisk psykolog vs. annen psykolog) er det ingen forskjell, mens det for pedagoger innen BUP og sosionomer innen voksenpsykiatri er en liten forskjell.

Vi har tilsvarende analysert hvilke konsekvenser poliklinisk erfaring har for fordelingen mellom aktivitetskategoriene. Behandlere med under 5 års erfaring bruker noe mindre tid på direkte pasientrelatert arbeid innen begge sektorer (2-4%), minst forskjell innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale.

### 4.3.1 Antall pasienter

I aktivitetsregistreringsskjemaet ble behandlerne i den nasjonale studien også bedt om å angi antall forskjellige pasienter de forholdt seg til i løpet av registreringsperioden, fordelt på aktivitetskategoriene Direkte pasientrelatert arbeid og Annet arbeid, pasientrelatert. I de tilfeller man bare har hatt konsultasjoner med pasienten skulle dette oppgis som Direkte pasientrelatert arbeid (enten alene eller sammen med andre – i det siste tilfellet som hovedterapeut eller ko-terapeut). Hvis man hadde hatt f.eks. journalarbeid i forhold til pasienten skulle denne oppgis under Annet arbeid, pasientrelatert. For pasienter hvor man både hadde hatt konsultasjon og f.eks. journalarbeid skulle dette føres under egen kategori. Det var utviklet et eget skjema behandlerne skulle bruke gjennom 14-dagers perioden (se vedlegg), hvor sumtallene skulle inn i skjemaet som gikk til NIS. Dette viste seg å være komplisert å fylle ut, og vi har derfor et lavere antall besvarte skjema her enn i selve aktivitetsregistreringen. Behandlerne har hatt ulik stillingsandel gjennom 14-dagersperioden, og vi har derfor standardisert antallet pasienter i forhold til ukeverk<sup>11</sup>.

**Tabell 4.4** *Antall pasienter over to uker per behandlerukeverk. Direkte pasientrettet og annet arbeid, pasientrelatert. Fordelt etter sektor, og samlet.*

			Voksen- psykiatri	Barne- og ungdoms- psykiatri	Samlet
Direkte pasientrelatert arbeid	Alene		8,3	3,3	5,7
	Sammen med flere behandlere	Som hovedterapeut	0,9	1,2	1,0
		Som ko-terapeut	0,5	0,7	0,6
Annet arbeid, pasientrelatert	Kun denne kontakttypen		2,6	2,9	2,7
	Også Direkte pasientrelatert		2,6	3,1	2,9
Pasienten ikke møtt			1,9	1,0	1,4

To forhold er av spesiell interesse: For det første den betydelige forskjellen i antall pasienter behandlet mellom de to sektorene, hvor behandlerne innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale har kontakt med dobbelt så mange pasienter.

For det andre at det ut fra disse tallene er stor forskjell i behandlingsformer mellom de to sektorene. Innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale har man både direkte og indirekte pasientrelatert arbeid i forhold til et flertall av pasientene, mens man innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale har en slik kombinasjon i forhold til rundt halvparten.

<sup>11</sup> beregnet ut fra opplysningene om Totalt antall timer til poliklinisk virksomhet

Det er hevdet at profesjonstilhørighet har betydning for antallet pasienter man behandler. I de to neste tabellene framstilles dette sektorvis.

**Tabell 4.5** *Antall pasienter over to uker fordelt på kategorier, innen voksenpsykiatri. Etter profesjon. Per ukeverk<sup>12</sup>.*

Yrkesgruppe	Voksenpsykiatri						
	N	Direkte pasientrelatert arbeid			Annet arbeid, pasientrelatert		Ikke møtt
		Alene	Hoved-terapeut	Ko-terapeut	Bare denne	Også direkte	
Psykiater	6	9,9	1,7	1,7	1,4	1,0	1,0
Lege uten spes. i psykiatri	7	7,1	2,3	1,5	3,3	3,8	1,8
Psykolog med spes. i klinisk psykologi	8	8,7	0,4	0,1	1,9	4,0	2,4
Annen psykolog	8	6,6	1,5	0,4	2,0	1,0	1,4
Psykiatrisk sykepleier	17	7,9	0,2	0,3	3,9	2,9	1,8
Klinisk sosionom	4	7,9	0,8	0,0	2,7	3,5	3,2
Annen sosionom	4	10,2	0,5	0,0	1,2	1,6	1,6
Total	54	8,3	0,9	0,5	2,6	2,6	1,9

Tabellen viser at samlet sett forholder psykiatere, leger og andre sosionomer innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale seg til et større antall pasienter enn de øvrige yrkesgruppene. Det er her viktig å understreke at antallet behandlere innen hver profesjon er lite, så små forskjeller (f.eks. at utdanningskandidater behandler noe færre alene) bør ikke vektlegges. Det framgår også at psykologer i mindre grad enn medisinere inngår i behandlingssamarbeid med andre profesjoner. I gjennomsnitt møter en av fem pasienter ikke til avtalt time.

<sup>12</sup> Tabellen inkluderer bare de behandlere som har anmerket at de har hatt pasienter i minst en av underkategoriene i hver av hovedkategoriene (Direkte pasientrelatert eller Annet arbeid, pasientrelatert), eller avmerket med tilsvarende med 0.

**Tabell 4.6** Antall pasienter over to uker fordelt på kategorier, innen barne- og ungdomspsykiatri. Etter profesjon. Per ukeverk<sup>13</sup>.

Yrkesgruppe	Barne- og ungdomspsykiatri						Ikke møtt
	N	Direkte pasientrelatert arbeid			Annet arbeid, pasientrelatert		
		Alene	Hoved-terapeut	Ko-terapeut	Bare denne	Også direkte	
Psykiater	4	4,8	0,4	0,4	2,7	2,1	1,2
Lege uten spes. i psykiatri	7	3,3	0,3	0,4	2,8	2,6	1,1
Psykolog med spes. i klinisk psykologi	9	2,6	0,9	0,3	1,6	2,5	1,0
Annen psykolog	9	3,1	1,1	0,7	1,2	3,3	0,8
Klinisk sosionom	11	4,0	1,4	1,0	3,2	3,9	1,3
Annen sosionom	1	2,3	2,3	0,0	0,6	0,6	1,2
Klinisk pedagog	9	3,0	2,5	1,2	5,7	4,0	0,7
Annen pedagog	3	2,9	0,6	0,6	1,8	1,8	0,2
Total	53	3,3	1,2	0,7	2,9	3,1	1,0

I de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale forholder psykiatere og kliniske sosionomer seg til flest pasienter alene. I denne sektoren inngår medisinerere i ubetydelig grad i samarbeidsopplegg med andre behandlere. Det er samtidig viktig å være klar over at antallet behandlere innen hver profesjon er lite, og tabellen bør derfor fortolkes med stor forsiktighet. En av ti pasienter møter ikke til avtalt konsultasjon.

Det er ut fra vårt materiale ikke mulig å finne ut hvor mye tid som brukes til den enkelte pasient per konsultasjon, og i form av indirekte arbeid. Dette har vi ikke direkte opplysninger om, ettersom vi i aktivitetsregistreringen bare ba om antallet forskjellige pasienter. I dette ligger det en stor feilkilde, fordi mange pasientgrupper får tilbud om ukentlige konsultasjoner, en praksis som også varierer mellom behandlere og poliklinikker.

## 4.4 Oppsummering av hovedresultatene fra aktivitetsregistreringen

- Samtlige poliklinikker i vårt materiale bruker mest tid til indirekte pasientrelatert arbeid. Omlag 43 % av total arbeidstid går mer til slik arbeid. Innen denne hovedkategorien er

<sup>13</sup> Tabellen inkluderer bare de behandlere som har anmerket at de har hatt pasienter i minst en av underkategoriene i hver av hovedkategoriene; for Direkte pasientrelatert arbeid hovedterapeut vs. ko-terapeut) eller Annet arbeid, pasientrelatert, eller de har avmerket tilsvarende med 0.

journalføring og interne møter de mest tidkrevende aktivitetene innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene, mens de samme aktivitetene (i motsatt rekkefølge) er mest tidkrevende innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.

- Noe over en fjerdedel at arbeidstiden brukes til direkte pasientrelatert arbeid (terapi og undersøkelser). Bruk av familie/par/gruppeterapi er mer utstrakt innen BUP enn i voksenpsykiatrien, der hovedvekten av behandlingen gis i form av individualterapi.
- De voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale skiller seg fra hverandre ved at man innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene bruker 10 %-poeng mer tid til direkte pasientrelatert arbeid.
- Arbeid som ikke gjøres i forhold til spesifikke pasientsaker utgjør omlag 30% av den totale arbeidstiden, noe høyere innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale enn de voksenpsykiatriske. Administrasjon, interne møter og annet er de mest tidkrevende aktivitetene innen denne hovedkategorien.
- Rundt 1/6 av den samlede tiden brukes til kompetanseutviklende aktiviteter, noe mer innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.
- Det er betydelige forskjeller behandlerne imellom i tidsbruk i forhold til de tre hovedkategoriene. Dette er også tilfelle for behandlerne innen den enkelte poliklinikk.
- Profesjonsbakgrunn ser ikke ut til ha noen nevneverdig innflytelse på tidsbruk.
- Hver behandler innen voksenpsykiatri har i gjennomsnitt kontakt med 9 forskjellige pasienter i løpet av et ukeverk. Det tilsvarende tallet for barne- og ungdomspsykiatri er 5.





## 5. Pasientrelaterte forhold

I denne delen av rapporten er fokus på poliklinikkens prosedyrer og arbeidsformer rundt pasientbehandling. Kapitlet starter med å analysere poliklinikkens inntaksprosedyrer, reddegjør deretter for øyeblikkelig hjelp-tilbudet, går så inn på forhold knyttet til selve behandlingen og avsluttes med poliklinikkens avslutningsprosedyrer. Både aktivitetsregistreringen, lederintervju og behandlerintervju inngår i analysen.

### 5.1 Inntak

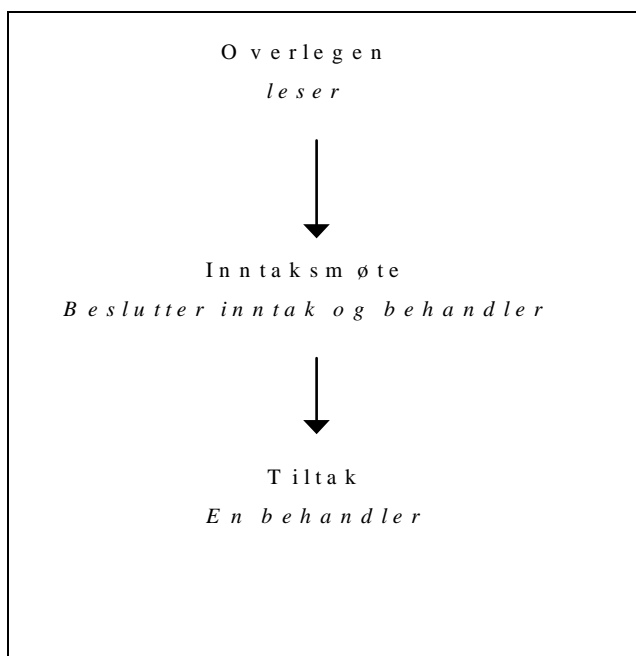
Det er formålstjenlig å dele inn inntaket i følgende komponenter:

- vurdering av hvorvidt pasienten bør mottas/avvises
- vurdering av hvorvidt pasienten har krav på behandlingsgaranti
- vurdering av hvilken type problem pasienten representerer, og hvordan man bør legge opp tilnærmingen på kort og lang sikt
- vurdering av hvilken behandler som bør følge opp saken videre

De to første punktene inngår i det en kan benevne som **mottaksfasen**, mens de to siste inngår i det en tilsvarende kan benevne **tiltaksoppfølging**. I lederintervjuene, og delvis i behandlerintervjuene, ba vi om opplysninger om hvilken inntaksprosedyre man hadde, hvilke aktører som var involvert, hvordan de var involvert, på hvilket stadie og hvilken tidsbruk dette innebar.

Alle poliklinikkene har faste inntaksrutiner, med stor innbyrdes variasjon.

Den minst ressurskrevende ordningen består av at overlegen leser alle mottatte henvisninger. Kontorpersonalet legger inn personlige opplysninger, og ventelisteopplysninger (fra eget ark - krysset ut av avd. overlegen, herunder også prioritetsgruppe). Øyeblikkelig hjelp tas samme dag. På det ukentlige inntaksmøtet (felles for teamene) er en sekretær med. Her vurderes henvisningene, fordeles på team etter geografisk tilhørighet og man beslutter hvilken behandler som skal ha hvilke nye pasienter. På direkte spørsmål om hvordan man forholdt seg til spørsmålet hvem som har kapasitet var svaret:



**Figur 5.1** Lite ressurskrevende inntaksprosedyre.

*”Vi spør ikke om kapasitet – vi vet hvor mange alle har. Alle har plikt til å ta to nye i uka. Over dette må det vurderes individuelt.”* En viktig faktor er at denne poliklinikken ikke har venteliste, men til gjengjeld gir man i gjennomsnitt tilbud om fem konsultasjoner. Inntaksprosedyren er framstilt i figuren. Behandleren setter opp dato/tidspunkt for første time. Sekretær sender brev til henvisende instans, pasienten samt evt. noen som skal være med (pårørende/psyk. sykepleier). Pasienten får eget ark for opplysninger. Kontorpersonalet lager så ferdig journalomslag, journalkort og behandler skjema (som ”går fram og tilbake” mellom kontor og behandlere underveis i behandlingsforløpet).

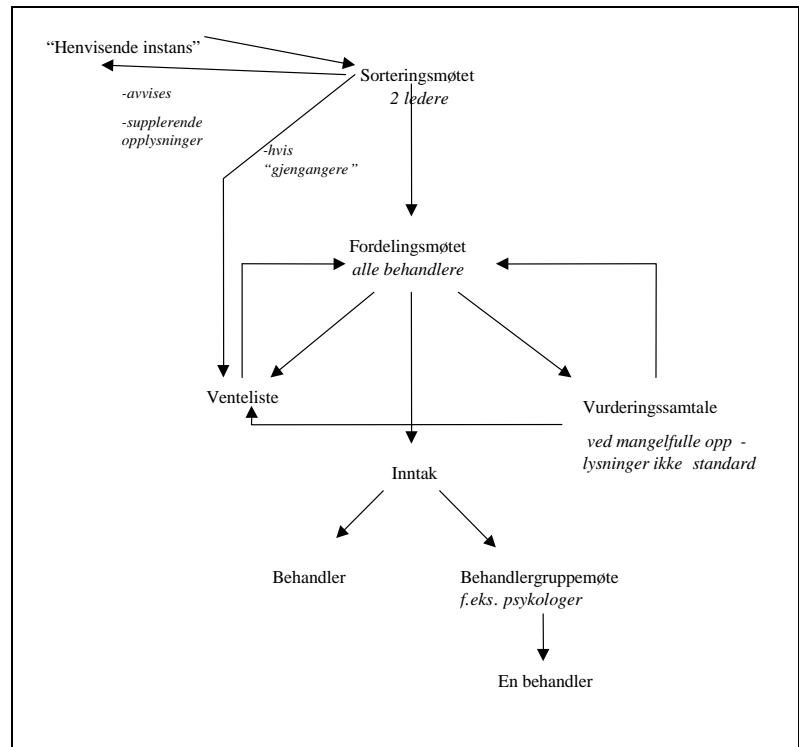
I den mest omfattende inntaksordningen leser leder (samt en stor del av behandlerne<sup>14</sup>) gjennom alle nye henvisninger. Hvis den blir vurdert som mangelfull blir den sendt tilbake til henviser, ellers går den videre til inntaksmøtet. På inntaksmøtet beslutter man om saken er akutt, og må tas direkte inn, om den skal settes på venteliste, om det bør foretas en vurderingssamtale eller om saken bør avvises. Overfor alle pasienter gjennomfører man inntil 3 vurderingssamtaler, vanligvis av to behandlere. Når dette er gjennomført går saken tilbake til inntaksmøtet, som så beslutter om saken bør avvises, om den bør settes på venteliste eller om pasienten bør tilbys behandling. Inntaksmøtet tar ved beslutning om behandling også stilling til om pasienter fra ventelisten skal tilbys behandling. Denne prosessen er ressurskrevende både når det gjelder innledende stadier (mange leser henvisningene), utredning av hvilke problem man står overfor (flere vurderingssamtaler) og selve beslutningsprosessen (som regel to inntaksmøter før man treffer en beslutning).

<sup>14</sup> Flere poliklinikker har en slik praksis.

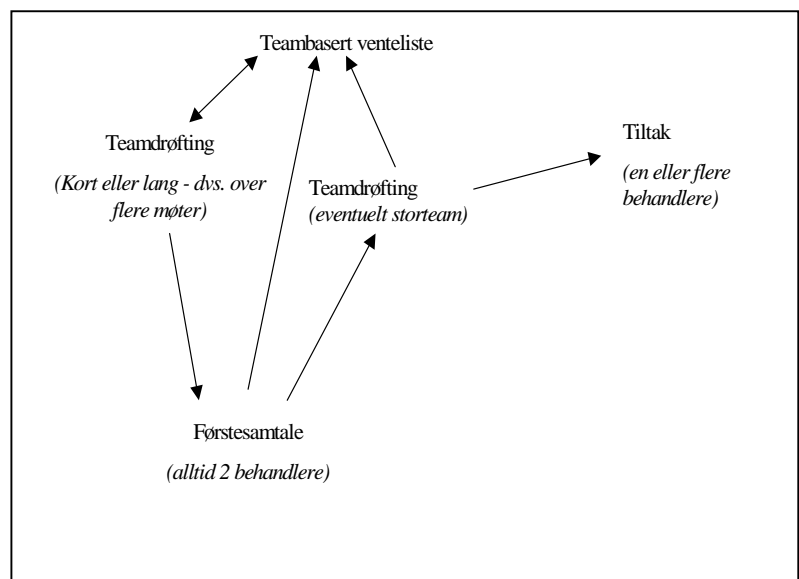
En tredje poliklinikk har en blandingsutgave. To ledere har et sorteringsmøte før fordelingsmøtet. Henvisninger kan avvises her, og det skrives i så fall et brev til henvisende instans. Herfra kan man også be henvisende instans om supplerende opplysninger. Hvis det er "gjengangere" kan de også settes på venteliste fra dette møtet.

På fordelingsmøtet drøfter man inntak av nye pasienter/ henvisninger (tar da også opp pasienter fra venteliste samt etter vurderingssamtaler). 3 mulige utganger fra fordelingsmøtet: Venteliste, inntak (enten direkte til navngitt behandler eller til behandlergruppe - feks. psykologer) eller til vurderingssamtale (når opplysningene er mangelfulle, det er ikke standard med vurderingssamtale). Etter en slik evaluering kan pasienter bli satt på venteliste hvis behov for annen kompetanse enn den som har gjennomført evalueringen. Alle opplysninger legges inn på data og papirjournal av det merkantile personalet. Det sendes brev til de som tas inn. Når en pasient er fordelt til en behandler, går han i gang med denne (når han får kapasitet - dvs. ikke nødvendigvis med en gang).

Den korteste mottaksprosedyren finner vi der kun poliklinikkleder fra poliklinikken deltar på et ukentlig inntaksmøte for den større institusjonen poliklinikken er en del av.



Figur 5.2 Inntaksprosedyre - blandingsutgave.



Figur 5.3 Teambasert inntaksprosedyre.

Her er de innledende stadier allerede gjennomført av instanser utenfor poliklinikken og det gjennomføres ikke på dette nivået særegne utredninger før behandling besluttes eller avvises. Saken blir referert på teamledermøte, og fordelt ut på team etter geografi. Hvert team vurderer ukentlig nye sakers hastegrad, og tar inn til behandling (herunder også fra eksisterende venteliste) eller setter på venteliste. I figuren vises hvordan prosedyren er videre for å vurdere problematikk og fordeling på behandler. En behandler anslo en slik innledende fase til å ta 1-2 måneder. Denne inntaksprosedyren er lite ressurskrevende i første del av mottaksfasen. Ventelistene innebærer at teamene regelmessig må vurdere disse pasientene opp mot nye pasienter, og andre del av mottaket ("hvem skal vi ta inn til faktisk behandling nå") beslaglegger dermed mye ressurser ettersom ventelistene her er lange. Tilsvarende er inntaksprosedyren meget tids- og ressurskrevende i vurdering av tiltaksoppfølging. Det er derfor viktig å skille disse fasene for å tydeliggjøre ressursbruken.

### 5.1.1 Fordeling på behandler – kompetanse eller kapasitet?

Vi drøfter under kapittel 6 om poliklinisk behandling som samlet tilbud poliklinikkens praksis når det gjelder tverrfaglighet. Et fenomen som henger sammen med dette er hvilken behandler som får ansvaret for oppfølging av pasienten. Dette vil være avhengig av flere forhold; hvilken problematikk pasienten representerer, hvilken formell og reell kompetanse behandlerne har og pasientbelastning på den enkelte behandler. Vi finner i vårt materiale at for de fleste poliklinikkene er pasientbelastning det utslagsgivende. Man prioriterer at pasientene skal få et tilbud raskt, av den behandleren som har minst pasientbelastning, framfor å måtte vente på en (muligens) mer hensiktsmessig kombinasjon. Her finner vi samtidig variasjoner, hvor en poliklinikk f.eks. setter pasienter på venteliste hos en yrkesgruppe. Det skjer derfor en fordeling etter både kompetanse og kapasitet, men hvor det de fleste steder er det siste som vektlegges. I tillegg åpner poliklinikkene også opp for den enkeltes interessefelt.

Denne praksisen samlet har klare føringer for behovet for tverrfaglighet underveis i behandlingsforløpet, for å sikre at pasientene mottar et så kvalitativt adekvat tilbud som mulig. Et interessant fenomen med tanke på henvisningspresset kom fram i intervju med en sosionom innen barne- og ungdomspsykiatrien. Ved denne poliklinikken hadde de i lengre tid ikke hatt venteliste, som ifølge vedkommende skyldes at førstelinjetjenesten tilpasser seg når poliklinikken hadde liten kapasitet eller liten kompetanse. Når poliklinikken får psykologer øker etterspørselen, noe som i følge vedkommende også sier noe om hva førstelinjetjenesten etterspør. De faglige dilemmaene og konfliktområdene vi redegjør for seinere i rapporten, blant annet i kapittel seks om hvilken kompetanse man skal ha ved poliklinikkene, er ikke isolert til poliklinikkene. Også eksterne aktører har forventninger til tilbudets faglige innhold, jfr. f.eks. Ramsdal (1996) hvor han viser at noen av de store bykommunene framhevet at poliklinikkens kompetanse i praksis ikke var større enn det man hadde i kommunene, og at det i stor grad var snakk om overlappende kompetanse.

Når det gjelder **inntaksmøter** er det relativt stor variasjon mht. tidsbruk. Ved en poliklinikk har man felles inntaksmøte med hele klinikken, og her deltar bare leder fra poliklinikken

ukentlig i 1 ½ t. De fleste av de andre har ukentlige inntaksmøter hvor alle behandlere (delvis med sekretær) deltar. Sekretærdeltakelse drøftes under pkt. om merkantile tjenester. Møtene varierer mellom ¾ time og to timer (ca en time er vanlig). To poliklinikker har en ordning med inntaksteam, den ene med inntaksmøte i tillegg (pga. ulik lengde på møtene bruker begge disse samme behandlerressurs, ca. ni behandlertimer).

Man skulle forvente at lengden av møtene er avhengig av antallet henvisninger, men det er ingen slik sammenheng i vårt materiale (en av de minste har det lengste møtet).

### 5.1.2 Drøfting

Det er betydelige forskjeller i ressursbruk knyttet både til behandlingen av hver enkelt henvisning, og til behandlerårsverk som går med til dette. Ut fra en ren ressursbetraktning er det ønskelig med en kritisk vurdering av hvorvidt de mest ressurskrevende prosedyrene med fordel kan forenkles.

Inntaksprosedyren har som målsetting å velge ut de riktige pasientene, og legge grunnlaget for en målrettet behandling. To forhold bør holdes atskilt i vurderingen av inntaksprosedyrer; hvordan og av hvem avgjøres mottaket (herunder garantistatus) og hvilken prosedyre har man for tiltaksoppfølging.

Mottaket har som sin primære oppgave å vurdere hvorvidt poliklinikken kan og bør gi vedkommende et tilbud. Dette fordrer vurderingskompetanse i forhold til garantistatus og beslutningsmyndighet på vegne av poliklinikken. Vi kan ut fra de opplysninger vi har ikke si noe om hvorvidt enkelte inntaksordninger er bedre i stand til å sile ut de riktige pasientene, f.eks. at de mest omfattende ordningene på en bedre måte er i stand til å prioritere de med det høyeste behovet for behandling<sup>15</sup>. Det er likevel tydelig ut fra beskrivelsene overfor at noen poliklinikker involverer langt flere behandlere i denne vurderingen (f.eks. lesing av henvisninger), og innhenter mer opplysninger før man vurderer inntak. Ventelister innebærer også at man hele tiden må vurdere disse i forhold til nye pasienter som søkes inn, og er dermed et sterkt argument for å redusere eller fjerne ventelistene (med de konsekvenser det har for utbygging av polikliniske tjenester og tilbudets omfang gitt til den enkelte pasient). Inntaksprosedyren omkring mottak beskrevet til slutt er åpenbart den mest ressursbesparende for poliklinikkens vedkommende, ettersom mye av arbeidet ligger på ytre instanser. Samtidig er dette en modell for inntak som også kan være relevant for øvrige klinikkavdelinger innen barne- og ungdomspsykiatrien (jfr. også forslaget om omdanning av behandlingshjem til klinikker), og for den framtidige oppbyggingen av distriktpsikiatriske sentra (DPS) i voksenpsykiatrien.

Vi kan ikke si noe om hvorvidt enkelte inntaksprosedyrer gir større målrettethet i behandlingen enn andre. Ettersom en del av de problemene som henvises til poliklinikken er rene

---

<sup>15</sup> En leder innen BUP prøvde å sile ut de som ikke var krise, og lot de stå maksimalt på venteliste. Vedkommendes erfaring var at hos en del hadde da problemene løst seg sjøl.

livsproblemer vil det noen ganger være nok med en eller to samtaler før pasienten er i stand til å håndtere problemene på egen hånd. Hvorvidt en mer omstendelig inntaksprosedyre er i stand til både å gi denne pasientgruppen adekvat hjelp og samtidig sile de ut fra de som skal ha et lengre poliklinisk behandlingstilbud vet vi ikke. Et forhold som har særlig relevans i barne- og ungdomspsykiatrien er forholdet mellom utredning og behandling. Det finnes standardiserte, og delvis tidkrevende, instrumenter for en lang rekke forhold, og det er ulike vurderinger mellom behandlerne i forhold til formålstjenligheten av disse opp mot det å gå mer direkte løs på behandlingen. Likeledes er det stor forskjell i grad av tverrfaglighet mellom de ulike inntaksprosedyrer vist over, med de konsekvenser det sannsynligvis har for det faglige innholdet i poliklinisk behandling. En tredje faktor som bør vurderes er inntaksmøtets autoritet til å fordele pasienter på enkeltbehandlere, uten delvis å gå veien om egne møter for behandlergrupper. Dette fordrer kontinuerlig lederoppfølging av pasientbelastning på den enkelte behandler (se under Administrasjon og ledelse). Lokalt bør alle disse forholdene trekkes inn i vurderingen av egen inntaksprosedyre.

## 5.2 Øyeblikkelig hjelp

En del av henvisningene kommer som øyeblikkelig hjelp. Her er det forskjell mellom sektorene, ø-hjelpsbelastningen er større innen voksenpsykiatrien. Det settes dermed også av større ressurser til dette her. Vakttilbudet poliklinikkene tilbyr er ifølge mange av de som ble intervjuet i pilotstudien i Buskerud helt sentralt i samarbeidsrelasjonen med førstelinjetjenesten. En av behandlerne ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk mente at dette ga førstelinjetjenesten en trygghet for at de ved kriser fikk et tilbud om rask konsultativ virksomhet; *«På denne måte er de ikke nødt til begjære noen innlagt for å få hjelp, slik som i Oslo»*. Dette reduserte ifølge denne behandleren innleggelsespresset betydelig. Samtidig går det med mye ressurser til denne virksomheten, fordi man ikke kan legge inn mye konsultasjonsaktivitet denne dagen. Dette er ifølge en behandler ved den samme poliklinikken en sårbar allianse; *De må oppleve at de får god service*.

Det er ikke mulig ut fra kategoriene i aktivitetsregistreringen å si noe om hvor mye tid som går med til øyeblikkelig hjelp-funksjonen. Avhengig av henvendelsens karakter og aktør kan dette være kodet som samarbeid (førstelinjetjenesten/spesialisthelsetjenesten) eller direkte pasientrettet arbeid.

På bakgrunn av vurderingene i Buskerud ba vi i lederintervjuene i den nasjonale studien om opplysninger om organisering av ø-hjelpstilbudet, samt hvilke ressurser i form av tid og type personell som ble båndlagt.

Ved noen av de mindre poliklinikkene (også voksenpsykiatriske) har man ikke dette tilbudet som en etablert ordning, men en stående ordning om at akutte telefoner kan settes over til en

behandler ( gjerne leder). For de øvrige varierer organisering og omfang av tilbudet betydelig<sup>16</sup>.

Ved de fleste poliklinikkene inngår alle behandlerne i øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Noen poliklinikker benytter bare leger og psykologer til dette arbeidet, mens en annen har 2-3 ansatte innen hvert team, med en lege som bakvakt. En profesjonseksklusiv ordning båndlegger en større del av den høyest kvalifiserte staben, men hvilke konsekvenser dette har i forhold til øvrig klinisk virksomhet vet vi ikke.

Noen poliklinikker har en fast time hvor de har ø-hjelpsfunksjonen, andre poliklinikker har dette tilbudet hele dagen. Det er ingen direkte sammenheng mellom tilbudets omfang og ressurser brukt på det. På spørsmål om hvorvidt en slik ordning har konsekvenser sier en behandler ved en poliklinikk som har et tilbud hele dagen at det ikke er noen særlig endring: *jeg kan ikke sette av tid til det på grunn av pasienttrykket, og tar det derfor innimellom de oppsatte konsultasjonene*. En annen poliklinikk med et tilsvarende tilbud sier at de har færre timeavtaler den dagen. Ved en av de store barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene setter de av 6 timer/uke/ansatt (som inngår i ordningen) til dette formålet. Totalt medgår 12 behandlertimer i uken til dette, men det er ikke alltid nødvendig å bruke tiden slik.

Øyeblikkelig hjelp-sakene vil også ha forskjellig arbeidsmengde, størst forbundet med pasienter hvor det er snakk om innlegging i institusjon. De voksenpsykiatriske poliklinikkene Høyprod VP II og Lavprod VP II har helt ulik praksis ved innleggelse. Ved Høyprod VP II er det vakthavende lege, felles for poliklinikken og døgnavdelingen, som avgjør om henvendelsen skal følges opp av sengeavdelingen eller poliklinikken. Ved sannsynlig innleggelse følger døgnavdelingen opp henvendelsen, ellers tar poliklinikken oppfølgingen. Ved Lavprod VP II krever døgninstitusjonen at poliklinikken alltid skal ta vurderingen, og dette er ifølge poliklinikken ofte svært arbeidskrevende vurderinger. De har organisert øyeblikkelig-hjelpordningen i en forvakt (som ikke gjør annet den dagen) og en bakvakt (som har mindre konsultasjoner enn vanlig for å være disponibel på kort varsel for forvakten). De anslo at de brukte mellom 1 ½ og to årsverk til dette øyeblikkelig hjelp tilbudet, og begrunnet dette med at de hadde ansvaret for vurderinger av innleggelse i institusjon som 1. linjetjenesten (og institusjonen selv) burde tatt. Andre poliklinikker i det samme området har et svært lite ø-hjelpstilbud. Med høyere kompetanse i førstelinjetjenesten ville det vært naturlig at en større andel av disse vurderingene ble foretatt der. Også ved andre poliklinikker ble det uttrykt skepsis til poliklinikkens ansvar for dette. De fleste sakene er hastesaker, med behov for innleggelse, og da blir poliklinikkene en unødig omvei. Mindre institusjonsinnleggelse er også den sannsynlige hovedgrunnen til at ø-hjelpstilbudet ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene er mindre ressurskrevende.

---

<sup>16</sup> Noen få poliklinikker har oversikt over slike henvendelser, og det vanlige er 1-2 henvendelser i uken. Det er med andre ord ikke noe stort omfang pasientmessig for de fleste.



**Drøfting**

Konsekvensene av et øyeblikkelig hjelp-tilbud mht produktivitet er ikke direkte avhengig av behandlerressurser avsatt til dette formålet. Med inndelingen i direkte pasientarbeid og pasientrelatert arbeid vil muligheten for og praksis for fleksibilitet mellom disse oppgavene mens man har øyeblikkelig hjelp-ansvar være avgjørende: Stor pågang av henvendelser og en praksis hvor man setter av tiden til å vente på telefoner medfører helt andre konsekvenser enn hvis det er få henvendelser og dagen anvendes til journalskriving (og noen pasientkonsultasjoner). En indikasjon på at denne praksisen varierer finne vi støtte for i aktivitetsregistreringen, hvor enkelte behandlere anga en ventetid på en time når pasienten ikke møtte.

Omfanget av ressurser avsatt til ø-hjelptilbud er også avhengig av arbeidsdeling mellom poliklinikken, førstelinjetjenesten og øvrig spesialisthelsetjeneste. Den for poliklinikken mest arbeidskrevende ø-hjelpsarbeidsformen er der hvor poliklinikken har ansvaret for utredninger i forhold til mulig innleggelse i døgninstitusjon.

### 5.3 Pasientbehandling

I tabell 4.1 viste vi at tid brukt til Direkte pasientrettet arbeid var henholdsvis 32,0% og 22,2% ved de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale. Tilsvarende brukte man 42,0% og 45,0% til Indirekte pasientrelatert arbeid og 26,0% og 32,7% til Ikke pasientrelatert arbeid. I de to neste tabellene vises fordelingen mellom de tre aktivitetskategoriene etter institusjon.

**Tabell 5.1** *Aktivitetsformer i voksenpsykiatri, etter institusjon – gjennomsnittsverdier. I prosent av total arbeidstid.*

	<i>Lavprod VP I</i>	<i>Lavprod VP Ia</i>	<b>Høyprod VP I</b>	<b>Høyprod VP II</b>	<i>Lavprod VP II</i>	Buskerud sentrals.	Ringerike
Direkte pasientrettet arbeid	26,7	29,1	42,9	36,1	24,9	37,7	27,3
Annet arbeid, pasientrelatert	27,3	36,7	41,6	46,3	44,7	42,6	40,8
Annet arbeid, ikke pasientrelatert	46,0	34,3	15,5	17,6	30,5	22,7	31,9

Høyprod VP I, Høyprod VP II og Buskerud sentralsykehus skiller seg ut med tildels betydelig mer av tiden brukt til direkte pasientrettet arbeid. Det er som forventet direkte sammenheng mellom tid brukt til pasientkontakt slik vi har målt det i aktivitetsregistreringen og antall konsultasjoner, slik det rapporteres i nasjonal statistikk. Her må vi ta forbehold om at opplysningene om antall konsultasjoner er fra 1997. Her er den voksenpsykiatriske poliklinikken i Buskerud i en viss mellomstilling. Ut fra nasjonal statistikk ligger den i et midtskikt hva antall konsultasjoner pr. behandlerårsverk angår, men i et øvre skikt hva tid til direkte

pasientkontakt angår. De to øvrige har et høyt antall pasientkonsultasjoner pr behandlerårsverk.

**Tabell 5.2** *Aktivitetsformer i barne- og ungdomspsykiatri, etter institusjon – gjennomsnittsverdier. I prosent av total arbeidstid.*

	Buskerud sentrals. <sup>17</sup>	Ringerike	Høyprod BUP I	Lavprod BUP I	Midd.prod BUP I	Lavprod BUP II
Direkte pasientrettet arbeid	31,7	30,2	18,8	17,7	18,1	21,8
Annet arbeid, pasientrelatert	43,3	45,6	38,1	46	49,2	46,6
Annet arbeid, ikke pasientrelatert	25,0	24,2	43,2	36,2	32,7	31,5

De to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i Buskerud (BSS, Ringerike) avviker betydelig fra de øvrige poliklinikkene. Poliklinikken ved BSS er ifølge nasjonal statistikk høyproduktiv, og har derfor et forventet resultat, mens Høyprod BUP I har en tidsfordeling som ikke avviker fra de middels- og lavproduktive. I følge årsmeldinger for denne poliklinikken hadde de fra 1997 til 1998 en nedgang i antall konsultasjoner på ca. 10%, et forhold som delvis kan være med på å forklare denne manglende forskjellen.

### 5.3.1 Antall pasienter behandlet

Vi har tidligere presentert tallene for antall forskjellige pasienter man har forholdt seg til i løpet av registreringsperioden. Her ba vi både om opplysninger om hvor mange pasienter de hadde hatt direkte pasientrelatert arbeid overfor, og hvor mange de hadde hatt indirekte pasientrelatert arbeid i forhold til. For det indirekte arbeidet ba vi også om at de skilte mellom antall pasienter de bare hadde arbeidet indirekte i forhold til (samtale med førstelinjetjenesten), og hvor mange de også hadde hatt direkte pasientrelatert arbeid overfor (f.eks. journalskriving etter en konsultasjon). I den neste tabellen presenteres tallene for den enkelte institusjon.

<sup>17</sup> Buskerud sentralsykehus og Ringerike psykiatriske senter inngår i pilotstudien fra 1998.

**Tabell 5.3** Antall forskjellige pasienter i løpet av registreringsperioden. Fordelt på kategorier. Institusjonsvis. Beregnet i forhold til ukeverk.

	Lavprod VP I	Lavprod VP Ia	Høy- prod I	Høy- prod II	Lav prod II	Høyprod BUP I	Lavprod BUP I	Middprod BUP I	Lavprod BUP II
<i>Direkte pasientrelatert arbeid</i>									
Alene	4,6	6,5	13,9	8,0	5,7	3,0	3,2	2,8	3,0
Hoved- terapeut	1,6	0,3	0,5	0,8	0,6	1,5	0,9	0,3	1,6
Ko-tera- peut	0,1	0,0	0,5	0,5	0,7	1,2	0,5	0,4	0,7
<i>Annet arbeid, pasientrelatert</i>									
Kun denne aktivitets- formen	1,5	0,8	3,7	2,6	3,0	1,9	2,3	1,0	4,0
Også direkte pasient- relatert arbeid	1,9	0,8	4,7	2,6	1,9	3,2	2,4	2,5	3,5
Pasienten ikke møtt	1,2	3,3	2,6	1,8	1,7	1,0	0,8	1,0	1,0

Når det gjelder voksenpsykiatri skiller særlig Høyprod VP I, som den ene av de to høyproduktive ut fra nasjonal statistikk, seg ut som en poliklinikk hvor behandlerne forholder seg til mange forskjellige pasienter. Den andre høyproduktive, Høyprod VP II, skiller seg ikke nevneverdig fra de lavproduktive. Dette kan skyldes forhold ved aktivitetsregistreringen. Vi ba her om antallet forskjellige pasienter i løpet av 14-dagers perioden. To poliklinikker, hvor den ene i hovedsak gir ukentlige konsultasjoner, den andre i hovedsak hver 14 dag, men begge har likt antall konsultasjoner i en konsultasjonsserie, vil komme svært ulikt ut. Dette kan illustreres som følger (x og y er to ulike pasienter):

**Tabell 5.4** Antall pasienter i aktivitetsregistreringen. Konsekvenser av ulik konsultasjonspraksis.

	Ukenummer				Antall pasienter	
	1	2	3	4	Aktivitetsregistrering i uke 1 og 2	Over alle 4 ukene
Poliklinikk A	x	x	y	y	1	2
Poliklinikk B	x	y	x	y	2	2

Det er derfor ikke mulig ut fra aktivitetsregistreringen å dra sikre konklusjoner med hensyn til produktivitet forstått som behandlede pasienter på årsbasis.

I vårt utvalg av barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner er det ikke forskjeller av betydning mellom høyproduktive og lavproduktive poliklinikker.

Alle poliklinikkene har **behandlingsmøter** i en eller annen form (behandlingsmøter, kliniske konferanser/møter, diagnostiske konferanser). Vi har også valgt å inkludere teammøtene i dette, selv om de også har mer lokalt/administrative funksjoner. Noen poliklinikker har ett relativt langt (ca. 1,5- 2 t) ukentlig møte (for de store poliklinikkene fordelt på team), mens andre har hyppigere og kortere (3/4–1 t 2-3 ggr/uke). Ressursmengden for disse to gruppene sett under ett varierer fra 1,5 til tre timer pr. uke. En poliklinikk skiller seg ut ved å ha egne diagnostiske møter (på teamnivå) samt teammøter (begge 1-2 ggr/uke, varighet fra 1,5-3 t) – altså minimum tre timer, max. 12 t. pr uke til behandlingsmøter. Dette er en av de lavproduktive poliklinikkene.

Når det gjelder behandlingsmøter er teaminndeling ressursmessig sett den minst krevende, ettersom fokus her er behandlingsopplegg i forhold til enkeltpasienter og –behandlere (evt noen behandlere i barne- og ungdomspsykiatrien). Tre team på seks kommer derfor gjennom tre ganger så mange pasienter på samme tid som et stort møte på 18, gitt samme tid til hver pasient. Høyprod VP II anvender så langt teamene kun til slike møter, og har av den grunn heller ikke teamledere.

### 5.3.2 Behandlingsformer og konsekvenser for produktivitet

I pilotstudien i Buskerud ble en del behandlere bedt om å dele inn sin pasientpopulasjon i tre til fire grupper, og spurt om det konkrete behandlingsopplegget i forhold til hver av disse. Fokus var her særlig på konsultasjonshyppighet, konsultasjonsserielengde og arbeid i forhold til pasientene utenfor selve konsultasjonen. Dette avdekket interessante forskjeller behandlerne imellom i forhold til sammenlignbare pasientgrupper, og er fulgt opp overfor behandlere i den nasjonale studien. Her er de brukt for å illustrere konsekvensen av pasientpopulasjonens sammensetning i forhold til produktivitet.

Det har utkrystallisert seg fire pasientgrupper innen **voksenpsykiatrien** (innen hver av de vil det være store variasjoner, grupperingen bør derfor sees på som en grov kategorisering):

- **De langtidssyke eller kronikerne.**

Disse får et tilbud om hyppige konsultasjoner til å begynne med, færre etterhvert. I kriser blir konsultasjonsfrekvensen hyppigere igjen. Denne pasientgruppen har et langvarig behandlingsforløp, som regel over flere år. Det er tidvis mye arbeid i forhold til samarbeidende instanser, særlig førstelinjetjenesten, men også familie og nettverk. Pasientene i denne gruppen har behov for et "hjelpejag". Denne pasientgruppen er i et grenseland mellom første- og andrelinjetjenesten, og de steder hvor det er en velfungerende førstelinjetjeneste er de overført dit. For poliklinikkene er dette en **ressurskrevende** pasientgruppe i forhold til alle de tre produktivetsbegrepene vi anvender i denne undersøkelsen:

1. I forhold til tid brukt til direkte pasientkontakt, fordi denne gruppen fordrer mye indirekte pasientarbeid.
2. I forhold til antall pasienter per behandlerårsverk, fordi denne pasientgruppen har langvarige behandlingsforløp
3. I forhold til antall konsultasjoner per behandlerårsverk, fordi denne gruppen fordrer mye indirekte pasientarbeid.

- **Pasienter med personlighetsforstyrrelser**

Dette er en pasientgruppe som får tilbud om hyppige konsultasjoner, gjerne flere i uken i perioder. Også dette er langvarige behandlingsforløp, men hvor det meste av behandlingen skjer i form av konsultasjoner. Dette er en pasientgruppe som i større grad ligger i et grenseland mot privatpraktiserende spesialister, og er for de fleste produktivetsmålene vi anvender en **lite ressurskrevende** pasientgruppe:

1. I forhold til tid brukt til direkte pasientkontakt, fordi denne gruppen fordrer lite indirekte pasientarbeid.
2. I forhold til antall konsultasjoner per behandlerårsverk, fordi denne gruppen fordrer lite indirekte pasientarbeid.
3. I forhold til antall pasienter per behandlerårsverk er de derimot ressurskrevende, fordi de som regel har lange behandlingsforløp.

- **Traumatiske livskriser/kriseintervensjon**

Dette er pasienter som av ulike grunner har fått problemer med livet. I de fleste tilfeller er de godt hjulpet med noen få konsultasjoner, og tilbudet består i hovedsak av hyppige konsultasjoner. For poliklinikkene er dette en **lite ressurskrevende** pasientgruppe i forhold til alle de tre produktivetsbegrepene vi anvender i denne undersøkelsen:

1. I forhold til tid brukt til direkte pasientkontakt, fordi denne gruppen fordrer lite indirekte pasientarbeid<sup>18</sup>.
2. I forhold til antall konsultasjoner per behandlerårsverk, fordi denne gruppen fordrer lite indirekte pasientarbeid.

---

<sup>18</sup> Hvis mange, vil journalarbeid utgjøre en del.

3. I forhold til antall pasienter per behandlerårsverk, fordi de som regel har korte behandlingsforløp.

- **Angst/depresjon**

Dette er en gruppe pasienter som, i den grad de får behandlingstilbud innen offentlige poliklinikker, får tilbud om hyppige konsultasjoner. Dette er også en pasientgruppe som ligger i et grenseland mot privatpraktiserende spesialister. I vårt materiale tilbys denne pasientgruppen delvis også gruppebehandling. For poliklinikkene er dette en **lite ressurskrevende** pasientgruppe i forhold til flere av produktivitetsmålene vi anvender:

1. I forhold til tid brukt til direkte pasientkontakt, fordi denne gruppen fordrer lite indirekte pasientarbeid.
2. I forhold til antall konsultasjoner per behandlerårsverk, fordi denne gruppen fordrer lite indirekte pasientarbeid.
3. I forhold til antall pasienter per behandlerårsverk vil de komme ulikt ut, avhengig av om de tilbys gruppebehandling eller ikke, og avhengig av behandlingsforløpets lengde (i vårt materiale varierer beskrivelsene av dette sterkt).

Når det for pasientgruppene presentert her ikke er forskjell mellom produktivitet i forhold til direkte pasientrettet arbeid og antall konsultasjoner skyldes det at vi ikke har tilstrekkelig materiale til å identifisere eventuelle systematiske forskjeller i enkeltkonsultasjonslengde mellom pasientgruppene (se forøvrig neste punkt).

For **barne- og ungdomspsykiatrien** har det tilsvarende utkrystallisert seg noen ulike klientgrupper, men behandlingsformene behandlerne beskriver i forhold til disse gruppene varierer nokså mye. Det har derfor ikke vært mulig på samme måte å lage klare kategorier for disse gruppene i forhold til de produktivitetsmålene vi anvender.

- **Ungdom med tilpasningsvansker (atferdsvansker/hyperaktivitet)**

Dette er en gruppe klienter (typisk en gutt) som av noen behandlere beskrives som i stor grad individualterapeutisk innrettet. Etter en periode med vurdering ( gjerne i samarbeid mellom flere profesjoner), går det over i hyppige konsultasjoner (ukentlig/hver 14. dag). I løpet av vurderingsfasen samtales det også med foreldre/henvisende instans om hva som er problemet og hvilket tilbud som skal gies. Det er lite samarbeid internt i konsultasjonsfasen. Andre behandlere beskriver dette som en gruppe hvor man arbeider mye i forhold til skole, en del i forhold til familien og relativt sett lite med gutten. Vi vet ikke om disse forskjellene i tilnærming skyldes at man som klinikere har forholdt seg til, og dermed beskrevet, ulike segment 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 de produktivitetsmålene vi anvender.

- **Angst/fobi/suicidalitet**

Dette er en gruppe pasienter hvor behandlingen skjer mer i forhold til barnet/ungdommen (typisk en litt større jente). Det er mest individualterapeutisk tilnærming, med noe arbeid i forhold til familien.

- **Psykososer/ alvorlige lidelser**

Dette er en gruppe pasienter hvor man tilbyr medikamentell behandling. I tillegg gies det her psykoedukativ behandling, som innebærer at man arbeider i forhold til både familie og barnet.

- **Overgrepssproblematikk**

Her vil det ofte være et samarbeid mellom flere profesjoner, hvor en psykolog/psykiater arbeider i forhold til ungdommen, mens sosionom arbeider i forhold til foreldre. Det er her et mer eller mindre kontinuerlig samarbeid mellom disse underveis i behandlingsforløpet, et behandlingsforløp som varierer mye, og kan gå over flere år. Behandlingsintensitet varierer også mye underveis, og ved langvarige forløp er det lite samarbeid med eksterne instanser.

- **Familieforhold**

Her er fokus på samspillsproblematikk i familien. I forhold til denne gruppen er vurderingsfasen beskrevet som kortere. Konsultasjonslengden er her som regel 1 ½ time, og som regel er det to behandlere knyttet opp mot dette (begge samtaler eller en observerer). I forhold til denne gruppen er det som regel sjeldnere samtaler (hver 14. dag/3. uke), og behandlingsforløpet er mer avgrenset (som regel ikke over 1 år). Overfor denne gruppen er det lite samarbeid med førstelinjetjenesten.

### 5.3.3 Konsultasjonslengde

Et forhold som ble påvist under pilotundersøkelsen var forskjeller i klinisk praksis når det gjaldt varighet av den enkelte konsultasjon. Dette ble derfor fulgt opp i den nasjonale studien, hvor vi både spurte hvilken profil de vanligvis hadde, og hva de gjorde når en "bombe" slippes i det pasienten går ut. Et eksempel på det siste som ble nevnt under pilotstudien var akutte problemer med økonomien.

De fleste behandlerne innen voksenpsykiatri har 45 minutter som standard konsultasjonslengde, som de anvender overfor de fleste pasienter (førstegangskonsultasjonen har vanligvis lengre varighet, og vi finner i vårt materiale også trygdemedisinske utredninger i form av en 2-3 timers konsultasjon). Der vi finner variasjon er for det første i forhold til hvor konsekvent man er med hensyn til konsultasjonslengde, fra de som sier de har fra 30 minutter til en time avhengig av pasientens behov slik de definerer det, til de som sier at de alltid gir 45 minutters eller en times konsultasjoner. Videre finner vi også variasjon med hensyn til hvordan man håndterer såkalte "bomber", hvor enkelte klinikere sier at de henviser dette som tema til neste avtalte konsultasjon, mens andre har som holdning at man da må sette seg ned og få avrundet dette på en god måte for pasienten.

Når det gjelder barne- og ungdomspsykiatri er mangfoldet også stort. Individuelle konsultasjoner har en varighet mellom 45 minutter og et time (her har noen konsekvent 45 minutter, andre har konsekvent 1 time), mens familierapier gjerne skjer i form av dobbeltkonsultasjoner over 1 ½ time.

Variasjonen i konsultasjonslengdepraksis ble også delvis erkjent på ledernivå. En leder uttrykte at på direkte spørsmål om dette at *"man bruker den tida man trenger"*, men dette var ikke diskutert som fenomen.

### **Drøfting.**

Det er ikke mulig ut fra vår undersøkelse å si noe om hva som ut fra kliniske forhold er optimal konsultasjonslengde. Dette forfølges i oppsummeringskapitlet som et område man bør studere videre. Det er ut fra et produktivitetsperspektiv likevel interessant at vi finner de variasjoner vi gjør. Konsultasjonslengdepraksisen har primært konsekvenser for hvor mange pasienter man kan ta inn i løpet av en dag, ettersom man over tid må ta hensyn til at det er andre oppgaver (journalføring, møtevirksomhet m.v.) som også skal utføres.

### **5.3.4 Individualbehandling vs. gruppebehandling**

Tre av de voksenpsykiatriske poliklinikkene drev eller hadde nylig drevet med gruppebehandling, gjerne en gruppe. En poliklinikk hadde for eksempel et tilbud for pasienter med angstproblematikk gående på kveldstid, hvor to psykologer samarbeidet om dette. Tilbudet foregikk 2 timer på kveldstid, og gjennom dette fikk 5-8 pasienter et 6 ukers tilbud (1 time var pårørendemøte). Enkelte pasienter hadde individualterapi i tillegg. Pasientene ble screenet på forhånd – *"det er nødvendig at de har en del ressurser"*. Ved en annen poliklinikk hadde de hatt et slikt tilbud overfor pasienter med angstproblematikk, med bistand fra en ekstern fagperson. Når denne måtte over i annen virksomhet, videreførte ikke poliklinikken dette tilbudet på egen hånd. Dette ble begrunnet med både manglende kompetanse og interesse. Gruppebehandling ble også trukket fram av en lang rekke behandlere (fra alle profesjoner) og fra både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri som et område hvor deres poliklinikk burde gjort mer. Ingen behandlere i vårt materiale trakk fram pasientpopulasjonen som en begrensende faktor. Derimot var flere ledere og behandlere inne på at foruten manglende kompetanse og interesse la også fysiske forhold begrensninger på mulighetene for gruppebehandling; det var ikke egnede rom ved poliklinikken.

### **5.3.5 Arbeidsdeling mellom poliklinikker, privatpraktiserende spesialister og førstelinjetjenesten**

I offentlige dokumenter rundt utvikling av tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser er nå begrepet behandlingsnettverk innarbeidet som modell. Det innebærer at pasienten/klienten over tid, og gjerne samtidig, vil ha behov for tjenester fra flere instanser og forvaltningsnivå.

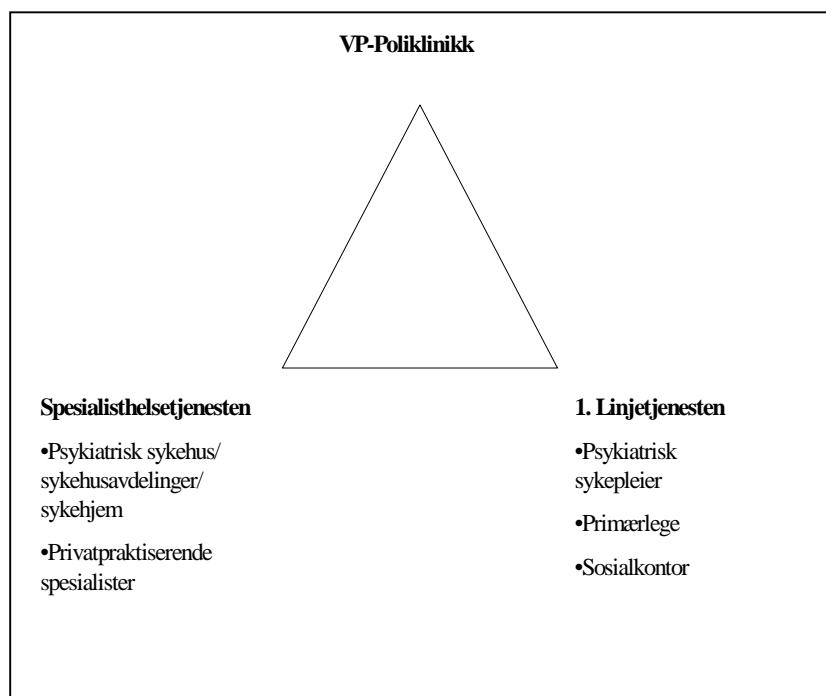
To forhold med betydning for poliklinikkens arbeidsformer har framkommet i våre intervjuer. For det første at de fleste profesjonene vi finner i de psykiatriske poliklinikkene også er



til stede i øvrige tjenestetilbud, det viktigste unntaket er det lave innslaget av privatpraktiserende barne- og ungdomspsykiatere. Det finnes derfor ingen naturgitt kompetanseavgrensning mellom poliklinikkene og andre tjenestetilbud. Det innebærer at en god del av det arbeidet man gjør i de psykiatriske poliklinikkene like gjerne kan utføres av de samme profesjonene, men da i andre organisasjoner. For det andre at kapasiteten ved tilstøtende tilbud har konsekvenser for hvilket tilbud man selv "må" gi, og overfor hvilke pasient/klientgrupper. Her spiller den geografiske skjevfordelingen av de fleste yrkesgrupper en stor rolle. Det henvises forøvrig til pkt. 5.1.1., hvor vi også illustrerer førstelinjens henvisningspraksis som konsekvens av behandlerkompetanse.

For de voksenpsykiatriske poliklinikkene kan dette behandlingsnettverket framstilles som i figur 5.4.

Høyprod VP I har som uttalt policy at de ikke gir et tilbud til pasienter med personlighetsforstyrrelser. Dette begrunnes med at de har et godt utbygd nettverk av privatpraktiserende spesialister (samlet sett flere enn poliklinikken). På denne måten kan man forsvare å ha et lavt gjennomsnittstall på konsultasjoner per pasient (personlighetsforstyrrelser har ofte lange behandlingsserier og hyppige konsultasjoner).



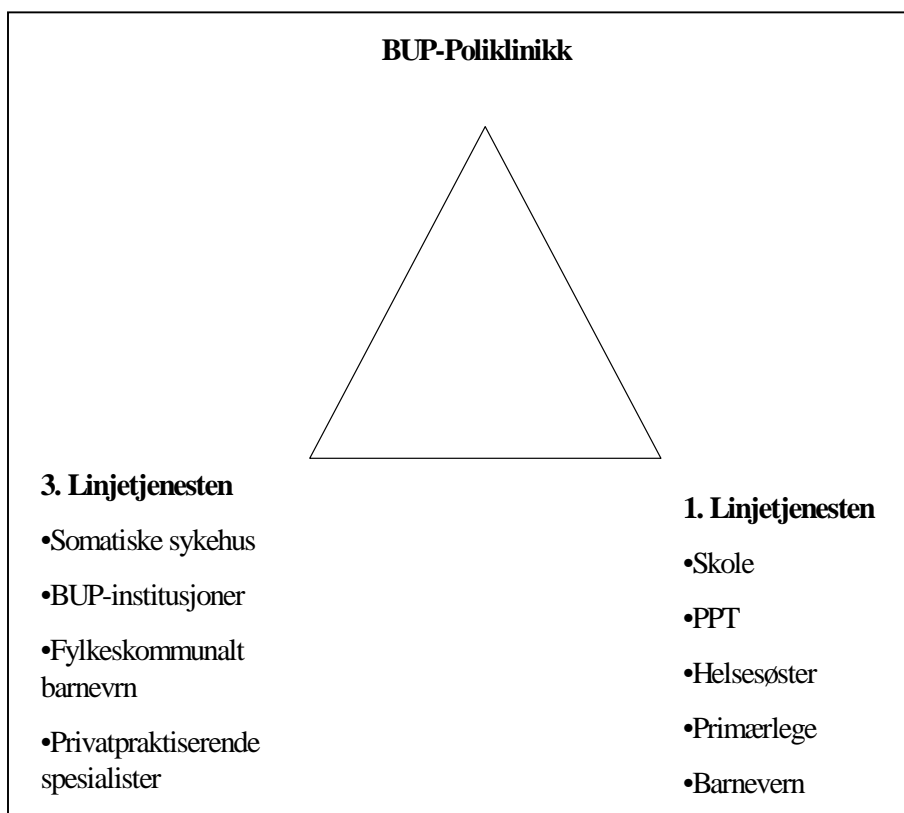
**Figur 5.4** *Behandlingsnettverk – voksenpsykiatriske poliklinikker.*

Ved andre poliklinikker hvor man ikke hadde et slikt tilbud av privatpraktiserende i sitt omland var dette en avgrensning de ikke kunne tillate seg. Tilsvarende ble det ved flere voksenpsykiatriske poliklinikker vist til betydningen av tilstedeværelse, eventuelt fravær, av en velfungerende førstelinjetjeneste med hensyn til tilbudet de ga for de langtidssyke. For de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene kan dette behandlingsnettverket framstilles som i figur 5.5.

I denne sektoren var et tilbakevendende fenomen forholdet til PPT. Også her ble det vist til betydningen av kompetansen og kapasiteten i PPT i forhold til både forberedende utredninger

av barnet, og oppfølging i forhold til skole (og delvis hjem). Se forøvrig Andestad (1997) for en drøfting av PPTs faglige utfordringer rundt tilbudsprofil. I barne- og ungdomspsykiatrien var det i mindre grad et utbygd tilbud av privatpraktiserende spesialister man kunne få avlastning fra.

Et eget område innen barne- og ungdomspsykiatrien er forholdet til barnevernet (jfr. også innledningen til kapittel 12). I vårt materiale har vi en poliklinikk hvor en av behandlerne kun arbeider i forhold til barnevernet. Denne behandleren har ikke ansvar for egne klienter, men skal være et bindeledd mellom BUP og barnevernet (både det kommunale og det fylkeskommunale).



**Figur 5.5** Behandlingsnettverk – barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

De aktørene vi intervjuet om dette var usikker på formålstjenligheten ved denne måten å organisere samarbeidet på. På den positive siden trakk man fram fordelene ved å ha noen som ivaretok både BUP- og barnevernsperspektivet, og som blant annet kunne gi veiledning til det kommunale barnevernet. Samtidig ble fraværet av egen klientbehandling og tildels uklar posisjon i forhold til den øvrige barnevernstjenesten i fylket trukket fram som problematisk. Det var heller ingen enhetlig oppfatning omkring denne organisasjonsmodellen ved poliklinikken. Det ble også vist til at denne ordningen praktiseres forskjellig ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i fylket. Ut fra de få intervjuene vi gjennomførte rundt dette temaet er det ikke grunnlag for å konkludere med at denne modellen hverken håndterer samarbeidsutfordringene mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern bedre eller verre enn andre modeller. Ut fra et rent produktivitetsperspektiv er dette en lite produktiv ordning, ettersom vedkommende behandler ikke skal tilby klientbehandling. Samtidig er det høstet en del erfaringer rundt muligheter og begrensninger knyttet til samarbeid i dette fylket som bør studeres mer systematisk enn denne studien har gjort. Dette følges opp i oppsummeringskapitlet.

### 5.3.6 Drøfting

Rundt 1/3 av behandlernes arbeidstid i de voksenpsykiatriske poliklinikkene og 1/4 av tiden i de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale medgår til Direkte pasientrettet arbeid. Innen voksenpsykiatrien er de høyproduktive poliklinikkene (i betydningen høyest antall konsultasjoner) de som har høyest andel Direkte pasientrettet arbeid. Det synes derfor som om prioritering av arbeidstid har direkte konsekvenser for antall konsultasjoner. En slik sammenheng finner vi ikke i de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene, noe som kan skyldes utvalget.

Poliklinikkens pasientsammensetning, som igjen er avhengig av arbeidsdelingen mot førstelinjetjenesten og privatpraktiserende spesialister, har slik vi har framstilt det direkte konsekvenser for poliklinikkens produktivitet. I forhold til ”beste praksis”-analysen vist i kapittel to vil to jevnstore poliklinikker innen voksenpsykiatrien, hvor den ene har en overvekt av pasienter med personlighetsforstyrrelser og livskriser, og den andre en overvekt av langtids-pasienter, komme svært ulikt ut, gitt at alle andre arbeidsformer ved poliklinikkene er like. Den første poliklinikken vil etablere standarden for ”beste praksis”, fordi den har et høyt antall konsultasjoner per behandlerårsverk, og angi et prosentvis forbedringspotensiale for den andre. På samme måte vil en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk med en utviklet samarbeidsmodell mot PPT kunne overlate mer av utredninger og oppfølging mot skole (og hjem) til denne tjenesten. Gitt alle andre forhold like vil en slik poliklinikk også etablere standarden for ”beste praksis”, fordi den vil ha et høyere antall konsultasjoner per behandlerårsverk grunnet kortere konsultasjoner (utredninger er ofte tidkrevende) og mindre indirekte pasientrelatert arbeid.

Det er derfor blant annet nødvendig med en nærmere analyse av pasientpopulasjon og arbeidsdeling i forhold til disse mot førstelinjetjeneste og privatpraktiserende spesialister for å konkretisere den enkelte poliklinikkens forbedringspotensiale med hensyn til produktivitet.

## 5.4 Avslutning av pasientforhold

Behovet for polikliniske tjenester er i dag større enn tilbudet. For at det skal være mulig å ta inn nye klienter må derfor noen eksisterende klientforhold avsluttes. Vi ba i lederintervjuene om en beskrivelse av hvilke beslutningsprosedyrer man anvendte i forhold til avslutning. I pilotstudien (Hatling 1998) viste det seg at ingen av de fire poliklinikkene i Buskerud hadde etablerte rutiner på institusjonsnivå, det var opp til den enkelte behandler og pasienten i fellesskap. I de åtte poliklinikkene vi nå har undersøkt finnes det tre hovedformer:

### **5.4.1 Ingen etablerte rutiner**

Her er det opp til den enkelte behandler, i samråd med pasienten, å avslutte konsultasjonsserien. Det er ikke det samme som at det ikke gjøres til gjenstand for drøfting med andre. Saker kan, men må ikke, bli tatt opp på behandlingsmøter, hvor både behandling og eventuell avslutning kan være et tema. I tillegg er dette også gjenstand for uformelle drøftinger behandlere imellom eller mellom behandler og team/poliklinikkleder. En av poliklinikkene har for eksempel diagnostiske konferanser hvor behandlingsplanen for klienten, inkludert målsetting og ansvar, drøftes. I dette ligger også en avtale med pasienten om bl.a. varighet og målsetting, hvor varighet kan reforhandles underveis. Poenget er at innen denne hovedformen er det ikke utviklet klare retningslinjer for når avslutning skal opp til vurdering, og hvilke aktører ved poliklinikken som skal involveres ut over behandler. I forhold til Øvretveits (1996) drøfting av teamets grad av fellesskap i forhold til klientens vei gjennom teamet (jfr. kapittel 1) er disse poliklinikkene i realiteten ikke team når det gjelder avslutningsfasen, de opererer som enkeltpraksiser. Dette gjelder de fleste teamene i denne studien.

### **5.4.2 Rutiner basert på konsultasjonsseriens lengde**

Ved en poliklinikk har man rutine på at behandlingsopplegg som har foregått lenger enn to år vurderes på teamvise møter (6-8 personer tilstede). Dette er en lavproduktiv poliklinikk.

### **5.4.3 Saker vurderes med regelmessige mellomrom**

To av poliklinikkene gjennomgår med faste intervall alle igangværende saker. Den ene har rutine på at alle saker skal gjennomgås i tverrfaglige team hvert halvår med tanke på avslutning. Ved den andre poliklinikken går man en gang i måneden gjennom liste over pasienter hver enkelt behandler har, herunder når behandlingsserien startet, og hvor mange konsultasjoner vedkommende har fått. Behandlerne har fått kriterier for hvilke opplysninger som skal vurderes, og forberedt seg. Denne gjennomgangen gjøres som en oversikt. Begge disse poliklinikkene er høyproduktive poliklinikker, innen hver sin sektor.

### **5.4.4 Hva er godt nok?**

Et dilemma som henger nøye sammen med avslutningsprosedyrer er hvilke kriterier en skal legge til grunn. Hvilket svar skal en gi på spørsmålet Hva er godt nok? Dette er et meget komplekst spørsmål, hvor vil svaret være avhengig av hvem en spør; pasienten, pårørende, behandler (behandlerkollektivet) eller samarbeidende instanser. Videre vil det også være avhengig av hvilken målsetting en har med behandlingen; avhjelpe de problemer en nå står overfor og/eller unngå rehenvisninger (sekundærprevensjon). Vårt klare inntrykk er at dette

ennå er en lite utviklet debatt i poliklinikkene. Dette må ikke forstås som at den er fraværende, heller at man i for liten grad **systematisk** har satt ulike faglige perspektiv opp mot hverandre, og utledet konsekvenser med hensyn til ressursinnsats og prioritering. Dette må også sees i sammenheng med diskusjonen i kapittel 6 omkring hva poliklinisk behandling skal være.

#### **5.4.5 Drøfting**

En hypotese her vil være at økt grad av strukturering rundt avslutning fører til høyere pasientgjennomstrømning, som en konsekvens av at det ytre etterspørselspresset lettere nedfeller seg i kollektivets vurderinger enn i den enkelte behandleres vurdering. Et slikt resonnement styrkes også av at vi ved flere poliklinikker ble fortalt at inntaksleder/inntaksteam evt. poliklinikkleder hadde som en av sine funksjoner å skjerme den enkelte behandler mot dette ytre presset (se også kapittel 7 om Befolkningsansvar). Poliklinikkene med de mest strukturerte avslutningsopplegget var også de mest høyproduktive poliklinikkene innen hver sektor (forstått som antall polikliniske konsultasjoner per behandler).

## 6. Poliklinisk behandling – hva skal det være som samlet tilbud?

En av hovedsiktemålene med å ha en tverrfaglig sammensetning av poliklinikken er å kunne tilby et bredt faglig tilbud. Samtidig har dette i ulike sammenhenger vært trukket fram som en problematisk arbeidsform, og i våre prosjektsøknader (Hagen 1997, Hagen og Hatling 1997) er dette formulert slik:

*Er det særlige forhold som hindrer optimal ressursutnyttelse – er det f.eks. slik at samarbeidsforholdene i selve grunnmodulen i det polikliniske arbeidet – det tverrfaglige psykiatriske team, oppfattes som dårlige og fungerer som en sperre for kostnadseffektivt pasientrelatert arbeid?*

Dette vil bli belyst nærmere i denne delen.

Helsedirektoratet (1985) drøfter blant annet den tverrfaglige kompetansen i poliklinikkdelen av det de mener bør være framtidens psykiatriorganisering, bo- og behandlingssentra (i dag vil vel dette stort sett tilsvare det Stortingsmelding 25 (1996-97) benevner Distriktpsikiatriske sentra). De deler inn oppgavene i tre; undersøkelse/behandling, pleie/omsorg og rehabilitering. Poliklinikkdelen bør være hovedbase for psykiatrisk/psykologisk/medisinsk kompetanse, og dekke tradisjonelle oppgaver som undersøkelse, behandling og kriseintervensjon ved siden av konsultasjon til 1. linjen. Ifølge de bør psykiatere og psykologer være de sentrale profesjonene, med en overvekt av psykiatere, som har et bredere arbeids- og ansvarsområde. De mener videre at psykiatriske spesialsykepleiere vil ha en naturlig funksjon i undersøkelses- og behandlingsopplegget, blant annet i samarbeid med hjemmesykepleie. Derimot mener de at sosionomenes plass og oppgave i 2. linjetjenesten er noe uklar, begrunnet i at pasientens sosiale behov (bolig, arbeid, økonomi m.m.) prinsipielt bør dekkes av lokalmiljøet, sosialkontoret m.m. Ettersom psykiatriske pasienter ikke får et godt nok tilbud på disse områdene i 1. linjetjenesten, mener de likevel at det er nødvendig med sosionomer som både kjenner hjelpeapparatet og psykiatriske pasienters spesielle problemer i 2. linjen. Sosionomer som skal arbeide i psykiatrien bør derfor få en formell utdanning på linje med den psykiatriske sykepleiere har.

Innebygget i Helsedirektoratets drøfting ligger også erkjennelsen av at det er uavklart hva det polikliniske tilbudet skal bestå av, og hvilke profesjoner som skal tilby det. Som drøftet andre steder i denne rapporten er dette i stor grad også avhengig av utviklingen av tilstøtende tilbud. Det finnes ingen entydig definisjon av dette tilbudet, og med fare for å forenkle til det ugjenkjennelige har vi valgt å dele inn arbeidsfeltet i fire hovedområder:

- Det første området er knyttet til *dagliglivets gjøremål* (ADL), og er sammen med begreper som omsorg/egenomsorg særlig knyttet til sykepleiernes hovedfokus.
- Det andre området er knyttet til *sosial kontekst*, og er sammen med områder som ressurs- og rettighetsorientering særlig knyttet til sosionomenes hovedfokus.

- Det tredje området er knyttet til *psykologisk endring/økt selvinnsikt*, og er særlig knyttet til psykologenes hovedfokus.
- Det fjerde området er knyttet til *biologi/symptomlindring*, og er sammen med endring og økt mestring særlig knyttet til psykiaternes hovedfokus.

Gitt at en slik modell er en fruktbar måte å dele inn både områder og fokus på, står poliklinikkene overfor betydelige utfordringer når dette skal tilbys den enkelte pasient. Pasienten representerer ofte mer enn én problematikk, og spørsmålet blir da hvordan en på best mulig måte skal tilby det helhetstilbudet pasienten trenger. Som Andersen og Karlsson (1998) drøfter, er det å være bevisst hvilket faglig perspektiv man har ennå et underutviklet område i norsk psykiatri, og faren er dermed at man i forhold til modellen ovenfor blir for ensidig profesjonsinnsrettet i sin tilnærming. Behandlernes kompetanse og virkeområde er også noe som ble berørt i mange av behandlerintervjuene. Dette handler om hva som skal være poliklinikkens profil framover, en diskusjon som i stor grad er påvirket av de endringer som har skjedd innen førstelinjetjenesten (jfr. kapittel 5.3.4).

Innen barne- og ungdomspsykiatrien har en et annet innslag av profesjoner, og en tilsvarende (over)forenkling kan innen denne sektoren være:

- Det første området er knyttet til *barns kognitive utvikling*, og er sammen med læringsbetingelser og skolerelaterte forhold særlig knyttet til pedagogenes hovedfokus.
- det andre området er knyttet til *familie og sosial kontekst*, og er sammen med områder som ressurs- og rettighetsorientering særlig knyttet til sosionomenes hovedfokus.
- Det tredje området er knyttet til *psykologisk endring/økt selvinnsikt*, og er særlig knyttet til psykologenes hovedfokus.
- Det fjerde området er knyttet til *biologi/symptomlindring*, og er sammen med endring og økt mestring særlig knyttet til psykiaternes hovedfokus.

### **To modeller for tverrfaglig samarbeid.**

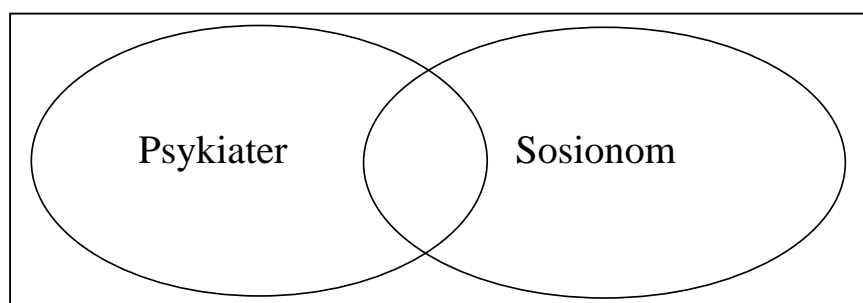
Ideelt kan en se for seg to modeller;

1. En kan enten la flere profesjoner tilby den samme pasienten tjenester innen hvert sitt spesialområde,
2. eller en kan gjennom tverrfaglige drøftinger gi fagspesifikke innspill overfor den enkelte behandler for at denne kan tilby et så bredspektret tilbud som mulig.

Fordelen med den første modellen er at hver profesjon kan konsentrere seg om å utvikle kompetanse innen sitt kjerneområde, ulempen er at pasienten må opparbeide en fortrolighet i forhold til flere behandlere (og tilsvarende at flere behandlere må opparbeide fortrolighet overfor den samme pasienten), en fortrolighet som inkluderer kunnskap om pasientens historie og virkelighetsoppfatning. Med unntak av psykiateres vurdering av medikamentell behandling (hvor en er inne i forhold til pasienten en del av en konsultasjon), er dette ikke noen vanlig arbeidsform innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale. Innen barne- og ungdomspsykiatrien er dette en langt mer vanlig arbeidsform, enten ved at to (eller flere) behandlere samarbeider om samme klient, eller ved at man i familiesaker arbeider parallelt med henholdsvis barnet og foreldrene.

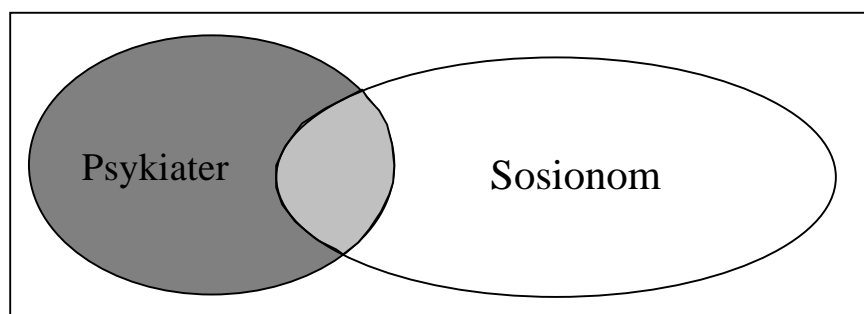
Fordelen med den andre modellen er at en gir pasienten **en** behandler å opparbeide fortrolighet i forhold til, ulempen ligger i kravet til tverrfaglig kompetanse hos den enkelte behandler, med fare for at en enten forstrekker sin kompetanse eller blir for endimensjonal i sin tilnærming. Dette siste er det ment at de tverrfaglige behandlingsmøtene skal kompensere for.

Dette drøftes nedenfor. Figur 6.1 er en idealtypisk illustrasjon av yrkesgruppenes kompetanse, og viser at de i tillegg til egne spesialområder også har overlappende kompetanse (et eksempel på det vil være kommunikasjonsferdigheter).



**Figur 6.1** Overlappende kompetanse og tverrfaglighet.

I figur 6.2 vises hvordan et tilbud fra bare en av profesjonene (tilfeldig valgt) fører til at en av hensyn til pasientens sammensatte behov og manglende tverrfaglighet kan gå langt inn i andre yrkesgruppers kompetanseområde (hvor gråtonen illustrerer at dette området kvalitativt sett dekkes dårligere).



**Figur 6.2** Uttynnet kompetanse ved manglende tverrfaglighet.

Det tverrfaglige arbeidet skjer på tre måter;

1. enten ved at man hele tiden eller i perioder arbeider sammen rundt en klient eller familie,
2. ved at man gir faglige innspill til den som utfører behandlingen - som regel i det som kalles behandlingsmøter eller kliniske møter
3. eller i mer ad hoc-pregede former, hvor man har behov for hjelp eller vurderinger fra en kollega.



Her er det store forskjeller mellom voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Det er kun unntaksvis at man i de voksenpsykiatriske poliklinikkene samarbeider strukturert i noen særlig grad **underveis i behandlingen** når det gjelder individuelle konsultasjoner. Derimot er det vanlig at to er sammen når poliklinikken gir tilbud om gruppekonsultasjoner (angst og spiseforstyrrelser var blant to problemområder det ble gitt et slikt tilbud i forhold til i poliklinikkene i vårt materiale). Det meste av det tverrfaglige samarbeidet innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene skjer **i de faste møtene**. Diskusjonene rundt inn-taket gir en første mulighet til å belyse hva som er pasientens problem, og hva en bør gjøre med dette, ut fra flere faglige ståsted. I tillegg kan pasienten også bli drøftet på ett behandlingsmøte underveis i konsultasjonsserien. I behandlerintervjuene framkom det at det er store variasjoner her, delvis grunnet i faglige forhold, delvis i tid. De faglige forholdene ble be-grunnet i at man både var forventet å arbeide mye alene, og at en del heller ikke så noe poeng i å legge fram "sine" pasienter til drøfting – man opplevde seg kompetent til å håndtere problematikken alene. Dette siste ble særlig framhevet av erfarne psykiatere og kliniske psykologer, mens høgskoleutdannede (sosionomer og psykiatriske sykepleiere) samt leger og psykologer i utdanningsstillinger i større grad la fram sine saker til drøfting. På denne måten fungerer behandlingsmøtene som veiledningsfora. Selv om man ikke fått tatt opp alle de pasienter man behandler<sup>19</sup>, skjer det også en tverrfaglig kunnskapsoverføring gjennom drøftinger av andre pasienter med tildels liknende problematikk hos andre behandlere. Det var også typisk at det var opp til behandlerne selv å vurdere om de hadde behov for å legge fram pasienter her (se forøvrig pkt. om Avslutning for ulike prosesser rundt dette). Den tredje samarbeidsformen, **ad hoc-samarbeidet**, er særlig knyttet til medisinerings. Her vil de andre yrkesgruppene ha behov for å konsultere en psykiater/lege for å vurdere forhold knyttet til medikasjon av pasienten (preparat, doseendringer m.m.). Ifølge legene tar dette en del av deres tid, og det stykker opp dagen. Fra andre behandlere blir manglende legetilgjengelighet derimot framhevet som et problem. Andre tema som ble nevnt under ad hoc var trykkespørsmål, hvor det noen ganger var nødvendig å konsultere sosionomen i teamet.

Fra behandlere innen høyskolegruppene ble det også stilt spørsmålstegn ved hvor stor grad av åpenhet det var for sosionom- og sykepleierperspektiver (f.eks. hos psykiatere). Dette ble også framhevet av en psykiater, som mente at voksenpsykiatriske poliklinikker i hovedsak burde bemannes av psykiatere og psykologer. Sosionomer og sykepleiere burde være i første-linjetjenesten. At sosionomer bør være i førstelinjetjenesten er allerede Helsetilsynet (1985) prinsipielt tilhenger av, men de mener at forholdene her ennå er for dårlig utbygget til at de svakest stilte pasientene vil få det tilbudet de trenger. En annen psykiater etterlyste mer spesialistkompetanse, og mente poliklinikken led under psykiatermangel. Fokus kunne da bli lagt på det han kalte "kvikke" vurderinger, samt diagnostiske og prognostiske vurderinger.

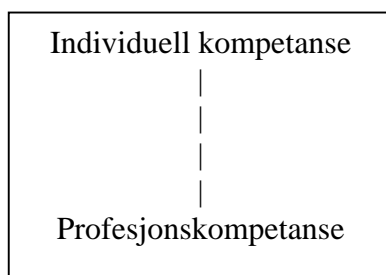
Med dette er vi inne på en annen av våre opprinnelige hypoteser, at det var store faglige uenigheter om behandlingsopplegget som reduserte muligheten for effektiv pasientbe-handling.

---

<sup>19</sup> Det store antallet pasienter (et gjennomsnitt på 20-30 pasienter per behandler i et team på 5 tilsier 100-150 pasienter) og mange korte behandlingsforløp medfører at det ikke er tid til å drøfte alle pasienter i et behandlingsmøte i løpet av den tiden de er inne.

Ingen av behandlerne vi intervjuet var opptatt av at faglige uenigheter var et stort problem innen voksenpsykiatri. Den viktigste årsaken til at dette ikke oppleves som noe problem i forhold til effektiv pasientbehandling kan best forstås i lys av graden av reellt samarbeid; så lenge en (særlig innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale) ikke har mange faktiske berøringspunkter med andre behandlere/profesjoner omkring behandlingsopplegget for den enkelte pasienten er det heller ikke mange arenaer hvor en slik konflikt kan utspille seg.

Derimot kan et spørsmål være om ikke denne utstrakte graden av autonomi bidrar til mindre effektiv behandling. En psykiater uttalte at *”det går for mange pasienter her uten mål og mening – uten behandlingsplan.”* (jfr. også kapittel 5.4 om Avslutning). Vedkommende trakk her fram pasienter med kroniske lidelser og diffuse personlighetsforstyrrelser. Gjennom erfaring er man også i stand til å tilby et mer helhetlig tilbud. Både i behandlerintervjuer og fellesmøter hvor vi deltok var det vanlig at man uttrykte begrensninger i sitt eget kompetanseområde, og områder hvor man mente man hadde en spesiell kompetanse. En sosionom mente at dette var lite konfliktfylt fordi man hadde fokus på individuell kompetanse. Dette kan illustreres i en figur:



**Figur 6.3** *Individuell kompetanse versus profesjonskompetanse.*

Jo lenger ned man gikk mot fokus på profesjonskompetanse som begrunnelse for arbeidsdeling, jo mer konfliktfylt ble diskusjonen. Dette var etter vedkommendes vurdering begrunnelsen for at diskusjonene og utsagnene dreide seg om individuell kompetanse. Ut fra sitt eget profesjonsståsted var vedkommende opptatt av hvem det er som taper på at profesjonskompetansen underkommuniseres.

Tre områder hvor det nå foregår store diskusjoner innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene hvor vi har intervjuet:

Det første er diskusjonen om **forholdet mellom utredning og behandling**. Denne kan igjen deles inn i flere elementer. For det første om hvilke utredninger som skal gjøres av hvem. Det andre handler om graden av kompletthet; hvor mange ulike områder bør utredes *før* behandling. Det tredje dreier seg om hvilke rutiner man skal ha rundt dette; skal alle nye klienter gjennom et standardoppsett av utredninger/tester, eller skal det vurderes ut fra hver enkelt klient (her er det et kontinuum)? Det neste er spørsmålet om gjennomføringen; skal klienten

gjennom en grundig utredning før man starter behandling, eller skal man starte behandlingen raskt og så identifisere utredningsbehov underveis? Det ble trukket fram fordeler og ulemper knyttet til begge alternativene. Ved å gjennomføre utredninger først, sikrer man at behandlingen starter med de „riktige“ problemstillingene. Ulempen er at det tar tid å gjennomføre dem og behandlingen kan dermed komme seint i gang. Videre er det ressurskrevende, og fra enkelte behandlere ble det framført at man ikke var i stand til å utnytte dem i den videre behandlingsoppfølgingen (utredninger kunne være både sprikende og diffuse, og mangle behandlingsimplikasjoner). Tilsvarende argumentasjon ble også framført i forhold til de øvrige punktene referert i dette avsnittet.

Det andre forholdet handler om **vektleggingen av individualterapi i forhold til familierterapi**, av noen beskrevet som en diskusjon mellom en tilnærming med fokus på barnet eller et fokus på familien.

Det tredje forholdet er diskusjonen om **graden av tverrfaglig behandling**. Innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale har man ulik praksis omkring blant annet reflekterende team. Ved en poliklinikk har man nå i stor grad gått bort fra dette, med den begrunnelse at det er for ressurskrevende. Ikke alle behandlere var enig i en slik dreining, og mente de dermed ga et dårligere tilbud.

De debatter som nå går omkring behovet for evidensbasert praksis, både nasjonalt (Tidsskrift for norsk psykologforening 11/98) og internasjonalt (Strauss 1998, Davison 1998), vil sannsynligvis heve konfliktnivået lokalt. Nathan, Berge and Nielsen (1999) drøfter dette i lys av det arbeidet som nå foregår i psykiaterkretser omkring utvikling av kliniske retningslinjer. For psykologi er etter deres mening ikke valget ingen slike retningslinjer, men derimot enten å utvikle egne eller å anvende retningslinjer utviklet av andre profesjoner.

*Specifically, there is no reason to assume that Norwegian psychiatry has the best interest of psychology and patients of psychologists in mind. Creating our own empirically supported practice guidelines would help resolve that potential problem (Ibid:618).*

Dette er en faglig utvikling som særlig har foregått blant psykiatere. Psykologene har i et par år debattert temaet, mens høgskoleprofesjonene hittil har vært tilnærmet fraværende (jfr. siste årganger av Embla og Sykepleien). I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) inngår slik fagutvikling som en del av de overordnede retningslinjene for omstrukturering/utbygging av voksenpsykiatri:

*Det må utvikles målrettede behandlingsprogrammer basert på dokumentert kunnskap om hva som er virksom behandling og rehabilitering (s. 66).*

Også Ramsdal (1996:192) er inne på dette når han drøfter oppgaveprioritering blant poliklinikkene:

*Avveiningen mellom primærarbeidsoppgavene indikerer poliklinikkens ”profil”. En vektlegging av kontakt og samordning med kommunene tilsier en slags sosialpsykiatrisk profil, der f.eks. organisasjonsutvikling, nettverksbygging osv. er sentral. (Indivi-*

*duell) pasientbehandling understreker en biomedisinsk og psykologisk profil – selv om dette selvsagt er en sterk forenkling.*

Et eksempel på faglig styring var at man ved en poliklinikk i vårt materiale hadde fastlagt at ved alle vurderinger av suicidalfare ved ø-hjelpshenvendelser skulle en lege være med. Det var ingen åpen konflikt rundt dette, men det var delte oppfatninger i den øvrige behandlergruppen om hvor nødvendig dette var. Ingen andre poliklinikker hadde lagt inn dette som fast rutine. En behandler beskrev det slik: *”Det er her opp til den enkelte å kjenne sin egen begrensning – vi har vel egentlig et krav på oss på å kjenne vår egen begrensning – og om når det må kalles på hjelp”*.

At dette allerede er et potensielt problem, særlig innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale, framkom i en lang rekke av de intervjuene vi har hatt med behandlere. Som nevnt tidligere er høyskoleprofesjonene opptatt av sin framtidige rolle i dette behandlingstilbudet, og psykologene er for sin del opptatt av at økt fokusering på gjennomstrømning gjør tilbudet mindre attraktivt for pasientgrupper og metoder de ønsker å prioritere. Det ble også fra flere psykiatere uttrykt tvil ved hvorvidt en del av dagens pasientgrupper, behandlingsmetoder og -målsettinger har livets rett i det framtidige offentlige polikliniske tilbudet. Her så de både privatpraktiserende spesialister og førstelinjetjenesten som mer aktuelle tjenestetilbud. Tilsvarende var det særlig fra sosionomer uttrykt bekymring for deres egen yrkesgruppe plass framover som følge av det noen oppfattet som utviklingen av barne- og ungdomspsykiatrien i retning mer individrettet og mindre familierettet tilnærming.

En diskusjon, som også tas av flere forfattere i Journal of Mental Health nr. 3 (1999), er hvilke pasienter som egentlig krever en tverrfaglig tilnærming. I den pågående diskusjonen om utformingen av de såkalte Community Mental Health Teams uttrykker blant annet Onyett (1999:246): *”Many CMHTs work with people who may be adequately served through unidisciplinary services working in primary care ...”*. Dette vil i følge Onyett også ha positive konsekvenser for betydningen av det tverrfaglige teamet:

*”Focusing CMHTs on those people who really need co-ordinated multi-disciplinary, multi-agency care also helps to increase the social value of team membership when it is made explicit that such work is extremely difficult and requires extraordinary knowledge, skills and experience. (Ibid:247).*

At dette støter an mot individuelle faglige interesser kan illustreres ved utsagn fra to kliniske psykologer i to forskjellige poliklinikker. Den ene hadde blant annet pasienter i psykoterapi, og med *”nesten ingen samarbeidsrelasjoner mot andre i poliklinikken”*. Disse burde gått på det private marked, men det å gi de behandling ved poliklinikken ble også begrunnet med at det var for å få variasjon i pasientgrunnlaget - *”holde ut”* - og for å vedlikehold egen kompetanse. Vedkommende tok heller ikke pasienter i livskriser, selv om de blir prioritert ved poliklinikkene, fordi *”jeg ikke er interessert i det”*. Den andre var frustrert over konsekvensene av poliklinikkens prioritering av *”de som lider mest”*. Det betød at en ikke fikk anvendt egnede psykologiske metoder for for eksempel angst, tilstander som ifølge vedkommende også var invalidiserende.

**Drøfting.**

Hvilke konsekvenser har forholdene trukket fram i dette kapitlet for denne rapportens hovedfokus, polikliniske arbeidsformer og produktivitet? Etter vår vurdering at økt faglig og administrativ styring av den enkelte behandler vil bringe disse konfliktene mer fram i lyset, og hvis de ikke blir håndtert på en fleksibel måte vil kunne bidra til redusert, ikke økt, produktivitet.

## **7. Poliklinikkene i spenningsfeltet mellom befolkningsansvar og et fullverdig tilbud til den enkelte pasient**

Et område som ble drøftet både med ledere og behandlere var hvordan de håndterte konflikten mellom på den ene side å gi et tilbud til den befolkningen de hadde ansvaret for innen rimelig tid, og på den andre side å gi et så fullverdig tilbud til den enkelte pasient som mulig. Denne konflikten viste seg ofte å være nært knyttet opp til diskusjonen om ventelisteføring og ventelistepraksis. Befolkningsansvaret kan dekomponeres til to ulike størrelser; hvor stor andel av befolkningen trenger/har utbytte av vårt behandlingstilbud, og hvilke grupper skal vi gi behandling? Vi ser i denne delen bare på den første gruppen.

Ramsdal (1996) viser hvordan de nyopprettede poliklinikkene i Østfold raskt kom opp i problemer forbundet med manglende kapasitet i forhold til behovet. Han fant at poliklinikkene hadde valgt to strategier; ved en poliklinikk ga de raskt et tilbud, men det var kortvarig, ved den andre hadde de ventelister, men ga lengre tilbud.

Som vi har drøftet i kapittel 5 er det ingen uttalt konsensus om hva som skal være behandlingsmålsettingen for den enkelte pasient, og dermed heller ikke når det faglig sett er riktig å avslutte en konsultasjonsserie (jfr. kapittel 5.4). De fleste poliklinikkene praktiserer dermed en utstrakt autonomi for den enkelte behandler, en praksis som også har som konsekvens at behandlerne hovedsakelig ivaretar pasientperspektivet i dette dilemmaet. En behandler uttrykte dette slik: *"Jeg føler at jeg har ansvaret for de som er inne – befolkningsansvaret får andre ta seg av"*. Befolkningsansvaret blir dermed et ledelsesansvar, selv om nesten alle poliklinikkene gjennom den måten de praktiserer inntak på synliggjør etterspørselspresset overfor behandlerne. Vi finner i vårt materiale tre hovedformer for hvordan ledelsen ivaretar dette befolkningsansvaret.

### **7.1 "Vi forholder oss ikke til det"**

Her fant vi at ledelsen, med ulik grad av bevissthet rundt det, tok behandlernes perspektiv. Et typisk utsagn var at: *"det er ingen vits i å gi bare noen få konsultasjoner når de først er kommet inn"*. Da foretrakk man heller å opprette ventelister, med de mentale og arbeidsmessige konsekvenser det hadde.

## 7.2 Kollektiv bevisstgjøring

Ved en poliklinikk valgte ledelsen bevisst å rapportere antall henvisninger, hvor mange som ble avvist, og begrunnelsen, også hvor mange de bør ta inn - hvem kan i så fall ta den - på det ukentlige inntaksmøtet, for som en av lederne sa ”å skape en felles bevissthet om etter-spørselspresset”. De har en liste på hvor mange pasienter som venter på

- hver enkelt behandler
- på sin yrkesgruppe (her har psykologene eget møte for å fordele)
- 

Hver enkelt behandler får denne listen, og listen settes opp hver mnd. Ved flere andre poliklinikker var dette også oppe på årlige/halvårlige planleggingsmøter som et tema. I denne gruppen finner vi flere blandingsformer av ventelisteholdninger. Det som kjennetegner denne kategorien er at de ikke anvender noen styringsmekanismer overfor den enkelte behandler med hensyn til oppfølging av dette populasjonsansvaret (jfr. punktet om Avslutning).

## 7.3 Bevisst prioritering

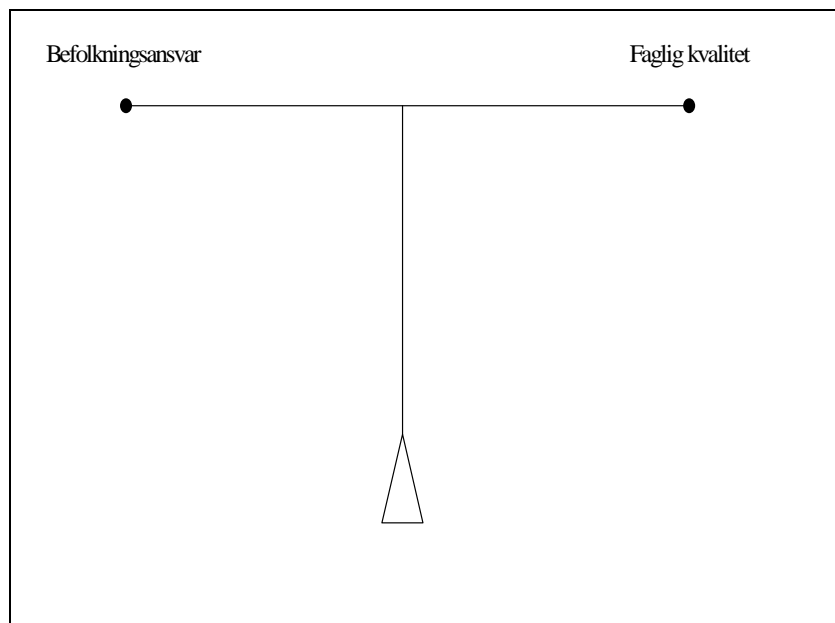
En av poliklinikkene i vårt materiale har institusjonalisert befolkningsansvaret gjennom måltall for hvor mange konsultasjoner man i gjennomsnitt gir. Som en del av denne bevisste prioriteringen har man en løpende diskusjon om hvordan man skal unngå ventelister, samt flere mekanismer for å sikre at målsetningen om høy pasientgjennomstrømning følges opp av den enkelte behandler (gjennom aktiv bruk av det pasientadministrative systemet på behandlernivå).

## 7.4 Drøfting

Selv om det for de fleste behandlerne var definert som et klart ledelsesansvar å forholde seg til befolkningsansvaret, er det umulig å unngå det som en tematikk blant behandlerne. Så lenge det finnes ventelister blir dette også noe behandlerne tar inn over seg. Flere behandlere opplevde dette som følelsesmessig belastende, og at de var i et krysspress mellom et ytre etter-spørselspress og egne krav til behandlingskvalitet. Ved poliklinikken med den mest bevisste prioriteringen ble det fra flere behandlere uttrykt bekymring for om det behandlingstilbudet man ga til enkelte grupper var tilfredsstillende, særlig gikk det etter deres mening ut over pasienter med behov for lengre behandling. Det var ikke enighet i staben om denne vurderingen. Samtidig var det uttalt konsensus i staben om at man skulle unngå ventelister. Da poliklinikken startet hadde man diskusjoner med førstelinjetjenesten om deres behov, og de ønsket først og fremst rask tilgjengelighet. Vektlegging av befolkningsansvaret hadde derfor stor legitimitet i staben, samtidig som man ut fra faglige vurderinger var bekymret for noen av konsekvensene denne vektleggingen ga.

Disse dilemmaene kan illustreres i følgende figur:

Måten dette håndteres på i en del poliklinikker medfører at, selv om ansvaret for dette dilemmaet ligger på ledelsesnivået, det også påfører behandlerne mentale belastninger. Hva kan være grunnen til at dette ikke løftes opp til å bli et felles ansvar, hvor poliklinikken tar et ansvar for hva som er godt nok? En måte å forstå dette på ligger i at begge nivå på noen måter er tjent med denne måten å håndtere det på, og hvor kostnadene ved å endre det kan være ganske store.



**Figur 7.1** Dilemmaet mellom befolkningsansvar og faglig kvalitet.

For ledelsen vil det å utløse og lede prosesser hvor faglige konfliktlinjer raskt vil utløses være en lite fristende strategi, samtidig som man gjennom at det er der som fenomen sikrer at behandlerne til en viss grad forholder seg til det. For behandlerne gir denne manglende avklaringen stor grad av individuell autonomi i det enkelte behandlingsforløp (av enkelte opplevd som for stor). Faglig usikkerhet hos den enkelte og uklar kunnskapsstatus innen fagområdet er elementer som trekker i samme retning.

Innebygget i mange av de pasientadministrative systemene ligger en mulighet til å framstille opplysninger om den enkeltes praksisprofil (forhold ved pasienten, tidsbruk og konsultasjons-serielengde for å nevne noen). Vårt inntrykk er at disse opplysningene i liten grad anvendes som bakgrunnsmateriale for diskusjoner om prioriteringer, et forhold som ble begrunnet med at det var kontroversielt. Flere ledere uttrykte at deres hovedfokus var å utvikle gode registreringsrutiner, og de var engstelig for at bruk av disse opplysningene i forhold til oppfølging av den enkelte behandler ville gå ut over datakvaliteten. Ved en poliklinikk i vårt materiale har man nå, sannsynligvis delvis som konsekvens av dette prosjektet, begynt å anvende opplysningene på denne måten, med behandlernes støtte. Ved en annen har man i lang tid hatt en slik praksis, uten at noen av behandlerne vi intervjuet uttrykte motstand mot dette. Men som en av behandlerne sa: *"Ikke alle kunne arbeidet her"*, i betydningen ikke alle behandlere vil finne seg i en så systematisk monitorering av deres praksis.





## 8. Journalføring

Som vist i tabell 4.1 er journalføring en av de aktivitetene hvor behandlerne innen begge sektorene bruker mye tid, henholdsvis 12,0% og 9,7% ved de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale. Dette framstilles på institusjonsnivå i tabell 8.1.

**Tabell 8.1 Tid brukt til journalføring. I prosent av total arbeidstid. Institusjonsvis.**

Lavprod VP I	Lavprod VP Ia	Høyprod VP I	Høyprod VP II	Lavprod VP II	Høyprod BUP I	Lavprod BUP I	Midd.prod BUP I	Lavprod BUP II
9,2	13,0	15,2	9,2	8,0	7,7	12,3	9,6	8,9

Høyprod VP I anvender mest tid til dette, mens det for øvrig er spredning mellom institusjonene. Ved denne poliklinikken har de nå i gjennomsnitt 5 konsultasjoner per pasient, og en av faktorene de selv trekker fram som viktig for dette lave tallet er innslaget av trygdemedisinske vurderinger. Dette skjer som regel i form av en lengre konsultasjon, og innebærer en skriftlig uttalelse i ettertid. De har også som uttalt målsetting at det raskt skal sendes epikrise etter avsluttet konsultasjonsserie, samt at det skal skrives en foreløpig epikrise etter 5 konsultasjoner.

Vi har i aktivitetsregistreringen sett på om det er noen sammenheng mellom behandlerens erfaring og tid brukt til journalføring, ut fra antakelsen om at dette "går lettere med årene". Når vi deler inn behandlerne i over og under 5 års erfaring, viser dette seg til en viss grad å være tilfelle, for BUP ser vi da en nedgang på 10%, for VP en nedgang på 7%. Dette er framstilt i tabell 8.2.

**Tabell 8.2 Tid brukt til journalføring. Etter sektor og erfaring. I prosent av total arbeidstid.**

	Voksenpsykiatri	Barne- og ungdomspsykiatri
Over/lik 5 års erfaring	11,2	9,2
Under 5 års erfaring	12,0	10,8

Aabakken m. fl. (1995) finner i sitt materiale en tilsvarende variasjon mellom legene i tidsbruk ved journalopptak (indremedisin), og "variasjonen syntes størst når det gjelder papirarbeid".

I behandlerintervjuene ba vi om nærmere opplysninger om journalføringsrutiner. Tre forhold vil her bli beskrevet nærmere:

- journalpraksis
- Journalanvendelse
- Opplæring i journalføring

## **8.1 Journalpraksis**

Det var to hovedformer av journalføring i vårt materiale: Enten at behandlerne dikterte inn journalnotater, at de så ble skrevet ut av kontorpersonalet og returnert til behandler for korrektur, eller at behandlerne skrev alt inn på PC selv. Når det gjaldt brevskrivning finnes det et større innslag av blandingsformer.

Det har ikke vært mulig å se noen sammenheng mellom tilgangen på PC'er og tid brukt til journalskriving. Selv ved poliklinikker hvor man har hatt EDB på behandlernivå i lang tid er det fortsatt mange erfarne behandlere som dikterer journaler og brev, ut fra at de opplever at dette går raskere. Poliklinikker som innfører EDB har erfart at unge behandlere tar dette i bruk raskere, og at det først anvendes til brevskrivning. For behandlere som hadde lang trening i å diktere ble overgangen til PC en merbelastning.

Et kompliserende og arbeidskrevende forhold flere beskrev var at enkelte av de pasient-administrative systemene innen voksenpsykiatrien har tungvinte utskriftsmuligheter. Man måtte bl.a. telle linjer for å finne ut hvor på arket det neste journalnotatet skulle skrives inn.

Ved flere poliklinikker ble det framhevet at en av de største problemene produktivitetmessig var de manglende mulighetene til elektronisk lagring av foreløpige behandlingsnotat (f.eks. notat i forbindelse med kliniske konferanser). Mye av dette ville det vært mulig å anvende direkte i en epikrise, men slik reglene er nå må det slettes etter kort tid og skrives på nytt.

Et av hovedproblemene mange sekretærer (og behandlere) trakk fram i våre intervjuer, var den store variasjonen i journalføring behandlerne imellom. Noen skrev lange og utførlige notater fra hver enkelt konsultasjon, mens andre hadde redusert dette til et minimum. Her er det også ulike krav til skriftlighet avhengig av type konsultasjon. En klinisk pedagog anslo f.eks. at 15-30 minutter ble brukt til journalskriving etter hver konsultasjon, litt mer ved gruppekonsultasjoner. En pedagogisk observasjon fordret derimot raskt fire timer skrivearbeid etterpå. En behandler som i all hovedsak arbeidet familieterapeutisk, anslo summen av for- og etterarbeid per behandlingstime til to timer. Vedkommende syntes selv dette var for mye. BUP-data ble ikke benyttet grunnet manglende opplæring og utstyr, så journalarbeidet var en kombinasjon av skrivemaskin og diktering.

Fra flere behandlere ble det også trukket fram at utførlige notater hos kolleger ikke nødvendigvis medførte økt faglig anvendbarhet, enkelte gikk så langt som å si tvert imot. Uten at det er nevnt i våre intervjuer kan en også godt se for seg at noen personellgrupper/behandlere vil hevde at enkelte journaler blir for korte.

To forhold som kunne forklart den store variasjonen i journalpraksis har vært at pasientens tilstand/problematikk bestemmer det skriftlige behovet og/eller profesjonsspesifikke kulturer med hensyn til skriftlighet. Som vist andre steder i denne rapporten er det svært glidende overganger i arbeidsoppgaver mellom de ulike personellgruppene, grunnet at pasientfordelingen ofte skjer ut fra kapasitet og ikke kompetanse (jfr. kapittel 5.1), og fordi man, særlig innen voksenpsykiatriske poliklinikker, stort sett arbeider alene med en pasient. Det er derfor ikke reelle faglige grunner til den store variasjonen som beskrives i våre intervjuer. Denne variasjonen finnes mellom behandlere innen den enkelte poliklinikk, og også innen den enkelte profesjonsgruppe. Flere behandlere framhevet også at dette var noe den enkelte utviklet gjennom sin praksis, og en del uttalte også usikkerhet med hensyn til om den måten de gjorde det på var den mest hensiktsmessige. Usikkerheten var særlig noe som ble trukket fram av behandlere fra høyskolesektoren. Dette er også i tråd med funnene fra andre deler av det medisinske felt (indremedisin):

*Det annet viktige funn var at vi ikke klarte å utvikle pålitelige mål på journalkvalitet. Studien tyder på at ulike legers kvalitetsoppfatninger av den samme journal var for forskjellige til å fanges opp på en vitenskapelig holdbar måte. Våre funn reflekterer at det i for liten grad er etablert holdninger til hva journalkvalitet er (Solberg m. fl. 1995:489).*

På direkte spørsmål om hvorfor man ikke allerede hadde foretatt en slik gjennomgang svarte en behandler at *det vil utfordre den enkelte beholders autonomi, og samtidig bringe opp vår faglighet – på godt og vondt*. Både ulik fagtradisjon med hensyn til skriftlighet og ulik posisjon i det faglige hierarkiet (jfr. kapittel 6) er momenter som vil påvirke den lokale prosessen rundt utvikling av journalføring.

## 8.2 Journalanvendelse

Anvendelse av journalopptegnelsene i det kliniske arbeidet krever tid. I behandlerintervjuer hvor vi fokuserte på journalpraksis var mange tvilende til om dagens journalpraksis var hensiktsmessig. Mye tid, for de fleste alt for mye tid, ble brukt på å diktere/skrive inn journalnotater. Samtidig var tiden til forberedelse ofte så liten at man ikke fikk tid til å gå gjennom mer enn opptegnelsene fra siste konsultasjon. Flere var derfor inne på at fokus i journalarbeidet burde dreies i retning mer kortfattet om den enkelte konsultasjon til også å omfatte mer oppsummerende notat om utviklingen over tid. Vi fant ikke at konkret gjennomføring av dette har vært diskutert ved poliklinikkene.

## 8.3 Opplæring

Journalføring er en krevende form for skriftlighet, hvor en både må forholde seg til et forskriftsverk og, grunnet innsynsrett, i siste instans må kunne dokumentere overfor en domstol hvilke tiltak en har gjennomført. Samtidig er dette et område hvor de kliniske videreutdanningene og poliklinikkene ikke tilbyr systematisk opplæring og veiledning. To forhold knyttet til opplæringsbehov kom fram i våre intervjuer med behandlere; hvordan skal man mest effektivt bruke de journalføringssystemer som eksisterer (diktafon/PC) og hva skal en journal faktisk inneholde? Noen profesjoner har lang tradisjon i bruk av diktafon gjennom sin profesjonsutdanning, og var derfor ”ferdig utlært” når de kom så langt som til poliklinisk praksis. Andre hadde først tatt i bruk diktafon da de startet ved poliklinikken, og enkelte strevde fortsatt med å bruke den effektivt. To behandlere i vårt materiale kladdet før de dikterte, et fenomen som også ble beskrevet av andre. Dette opplevde de selv som en meget arbeidskrevende metode, men de hadde ikke fått opplæring i effektiv bruk. På samme måte så mange med skepsis fram til innføring av PC på behandlernivå, et fenomen som ikke var begrenset til voksenpsykiatri. Skepsisen var begrunnet i det merarbeid det ville påføre de i en opplæringsfase, også om de ville få tilstrekkelig opplæring. Også innen barne- og ungdomspsykiatrien var behandleres bruk av PC til journalføring varierende, enkelte foretrakk en kombinasjon av BUP-data til registrering og diktering ved journalopptegetninger.

Et dilemma flere behandlere trakk fram var hvordan de skulle utforme journalen som et arbeidsredskap for seg selv i behandlingen, uten at det samtidig fungerte ødeleggende i behandlingssituasjonen. Et eksempel på det er pasienters innsynsrett i sin egen journal/eventuelt pårørendes innsynsrett i sine barns journal, som la begrensninger på hva som kunne stå av egne vurderinger (i enkelte tilfelle også opplysninger pasienten/klienten ga). En del behandlere var derfor frustrert over at det ikke var tillatt å ha såkalt ”skyggejournal”, og at slike overveininger en del ganger gjorde journalskriving meget komplisert. En erfaren kliniker var også opptatt av betydningen av språkbruk i journalen. Etter flere år i sektoren visste hun nå hvilke begrep hun skulle bruke i journal og oversendelsesbrev for å utløse aktivitet fra barnevernet, uten som hun sa ”at de overreagerer”. Begge disse forholdene tilsier at både journalens hensikt og utforming innebærer et stort læringsbehov, et behov som ikke kan ansees dekket i dag.

## 9. Kompetanseutvikling

En av de viktigste trekk ved norsk psykiatri vi har kunnet observere gjennom 90-tallet er den økte kompetansen innen sektoren (Halsteinli (red.) 1998). I opptrappingsplanen (St prp 63 1997-98) skisseres en ytterligere kompetanseheving og personelløkning. En slik utvikling har skjedd og er planlagt også innen den polikliniske delen av psykiatrien. Samtidig har vi en pågående debatt om sektorens kompetanse er i tråd med den kunnskapen som nå eksisterer internasjonalt, eksemplifisert gjennom en snart toårig debatt i Tidsskrift for norsk psykologforening under tittelen Hva skjer i Nord-Norge. I hvilken grad gjenspeiler dette seg i hvordan behandlerne anvender tiden sin?

Tre av de forholdene vi ba om opplysninger om i aktivitetsregistreringen var faglig rettleddning gitt og mottatt samt tid brukt på kurs og studier. Dette analyseres her samlet.

**Tabell 9.1 Tid brukt til faglig rettleddning (gitt og mottatt) samt kurs og studier av faglitteratur. Pasientrelatert (Pas) og Ikke pasientrelatert (Ikke). Tall i prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt.**

	Faglig rettleddning gitt			Faglig rettleddning mottatt			Kurs/studier av faglitteratur			Sum		
	Pas	Ikke	Sum	Pas	Ikke	Sum	Pas	Ikke	Sum	Pas	Ikke	Sum
Voksenpsykiatri	2,4	0,4	2,8	3,0	1,0	4,0	1,5	5,0	6,5	6,9	6,4	13,3
Barne- og ungdomspsykiatri	2,4	0,5	2,9	2,8	2,3	5,1	1,7	8,3	10,0	6,9	11,1	18
Sum	2,4	0,4	2,8	2,9	1,7	4,5	1,6	6,7	8,8	6,9	8,8	<b>16,1</b>

Samlet sett går rundt 1/6 av tiden til behandlerne med til en eller annen form for kompetanseheving. For de fleste forhold er det relativt små forskjeller mellom sektorene, med unntak av kurs/studier av faglitteratur, hvor man innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale bruker nesten dobbelt så mye tid som innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale. Dette slår såpass tungt ut at samlet sett bruker man innen BUP 40% mer tid til kompetanseoppbygging. Forholdet mellom antall årsverk og utdanningsstillinger er tilnærmet likt for de to sektorene, og kan derfor ikke forklare dette.

Hvordan fordeler dette seg så i forhold til de enkelte institusjonene?

**Tabell 9.2 Tid brukt til faglig rettleiding (gitt og mottatt) samt kurs og studier av faglitteratur. Pasientrelatert (Pas) og Ikke pasientrelatert (Ikke). Tall i prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt. Etter institusjon.**

		Lavprod VP I	Lav- prod VP Ia	Høyprod. I	Høyprod II	Lav- prod VP II	Høyprod BUP I	Lav- prod BUP I	Midd .prod BUP I	Lav- prod BUP II
Fagl. rettl. gitt	Ind	3,0	1,8	0,0	1,9	2,0	1,1	3,6	1,0	1,4
	Ikke	0,0	0,0	0,0	0,5	0,9	0,2	0,2	0,8	0,8
	Sum	3,0	1,8	0,0	2,4	2,9	1,3	3,8	1,8	2,2
Fagl. rettl. mottatt	Ind	2,1	0,0	5,3	4,3	2,2	2,7	1,6	4,4	3,6
	Ikke	0,0	1,6	0,3	1,5	1,3	9,2 <sup>20</sup>	1,3	1,4	0,5
	Sum	2,1	1,6	5,6	5,8	3,5	11,9	2,9	5,8	4,1
Kurs/ Litt. studier	Ind	0,8	0,0	0,0	2,9	1,6	0,2	2,3	0,5	1,3
	Ikke	0,0	7,6	2,5	2,6	6,6	7,1	13,0	3,4	10,4
	Sum	0,8	7,6	2,5	5,5	8,2	7,3	15,3	3,9	11,7
Sum	Ind	5,9	1,8	5,3	9,1	5,8	4,0	7,5	5,9	6,3
	Ikke	0,0	9,2	2,8	4,6	8,8	16,5	14,5	5,6	11,7
	Sum	5,9	11	8,1	13,7	14,6	20,5	22,0	11,5	18,0

Tabellen viser at det er betydelige forskjeller mellom institusjonene. Det er her viktig å være klar over at dette er små institusjoner, hvor tilfeldigheter spiller inn. En behandler på et kurs i en uke slår kraftig ut. De lave tallene for Høyprod VP I kan blant annet forklares med dette, jfr. oversendelsesbrevet fra overlegen:

*Registreringsperioden i uke 6 og 7 har vært aktive hele arbeidsuker for flertallet. Litt uvanlig er at det ikke har vært noen kurs eller konferanser.*

Selv om dette antyder en viss underrapportering, er det likevel ifølge aktivitetsregistreringen en betydelig andel av behandlernes tid som går med til kompetanseoppbygging samlet sett innen sektoren.

Fordelt etter behandlererfaring, slår dette særlig ut innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale. Her bruker de med mindre enn fem års erfaring tre ganger så mye tid på kurs/litteraturstudier som innen voksenpsykiatri, og mer enn tre ganger så mye som de med over fem års erfaring innen begge sektorer.

<sup>20</sup> For å si noe om hvor følsom disse tallene er for ulik begrepsoppfatning skyldes det høye tallet for Ikke pasientrelatert mottatt faglig rettleiding på Høyprod BUP I 2 personer, med hhv. 30 og 16 timer her. Det er rimelig å anta at en del andre har kodet tilsvarende aktivitet under kurs/litteraturstudier.

## 9.1 Veiledningsmengden – i stor grad en konsekvens av spesialistutdanningene

I Stortingsmelding 25 (1996-97) viser Departementet til det økte behovet for kompetanse og spesialisering innen psykisk helsevern. En drøfter her samtidig problemene forbundet med det store mangfoldet av videre- og etterutdanningstilbud innen sektoren, og den manglende statlige styringen av innholdet i disse utdanningstilbudene. En bebuder en samlet gjennomgang av utdanningene, både for å se på hvorvidt forskjellene utdanningene imellom er faglig begrunnet, og hvordan kompetansebehovet kan dekkes når det gjelder brukergrupper som får svake tilbud i helsevesenet i dag. I denne delen gjennomgår vi utdanningsinnholdet for de viktigste profesjonene innen poliklinikkene, og drøfter til slutt hvilke konsekvenser vi mener dette bør ha for nasjonal statistikk.

Innen **voksenpsykiatriske poliklinikker** dominerer to profesjoner når det gjelder spesialistutdanning som en del av de polikliniske virksomheten; leger og psykologer. Ved en av poliklinikkene i vårt materiale hadde det i de senere år i tillegg også vært gitt et tilbud til ansatte om å spesialisere seg også som klinisk sosionom og psykiatrisk sykepleier, men dette var ikke nevnt i de øvrige poliklinikkene. Både det lave innslaget av kliniske sosionomer i voksenpsykiatrien og at vi har få små distriktpoliklinikker i vårt materiale tilsier at dette antallet er underestimert, og at det etter all sannsynlighet vil stige i framtiden.

Ifølge den norske lægeforenings kursbok (1998/99) skal hovedutdanningen i psykiatri inneholde 4 års tjeneste ved psykiatriske institusjoner, hvorav minst 12, maksimalt 24 måneder ved poliklinikk<sup>21</sup>. Ett års sideutdanning kommer i tillegg. Inkludert i spesialistutdanningen er minimum 70 timer psykoterapiveiledning, 1 time ukentlig over 2 år, samt 1 time ukentlig klinisk veiledning gjennom hele hovedutdanningstiden. I tillegg er det krav om 200 timer kurs/utdanning, inkludert et 5 ukers obligatorisk psykiatrikurs. Det heter i de generelle bestemmelser at enhver godkjent utdanningsavdeling også er forpliktet til å ha minimum 2 timer ukentlig strukturert undervisning for alle legene i tilknytning til klinikken, som i særlig grad skal ivareta behovet for å gi utdanningskandidatene nødvendig teoretisk bakgrunn for avdelingens virksomhet. Avhengig av hvor i utdanningen man legger hovedtyngden av kurs/utdanning/psykoterapiveiledning kan utdanningsbelastningen ved poliklinikken variere fra 144 timer på 1 år (minimum) til 558 timer over 2 år (maksimalt). Det er i kravene ikke spesifisert at den ukentlige kliniske veiledningen skal gies av noen innen poliklinikken, men i vårt materiale er det vanlig at dette gies av overlegen (med unntak av en poliklinikk hvor det gies som gruppeveiledning ved flere poliklinikker). Psykoterapiveiledningen gies som regel i tilknytning til den polikliniske praksisen (det er grovt sagt her man driver psykoterapi), men ikke nødvendigvis av en medarbeider ved poliklinikken. Her er det langt mer vanlig at man, både av kapasitets- og særlig kompetansehensyn, engasjerer ekstern veileder. Oppsummert påfører det å ha utdanningskandidater poliklinikkene en ikke ubetydelig undervisnings- og

---

<sup>21</sup> Andre avdelingstyper er også spesifisert



veiledningsbelastning<sup>22</sup>. Kravet til variert praksis som en del av spesialistutdanningen tilsier også at ass.leger er en yrkeskategori som har høy naturlig turnover ved poliklinikkene, med de konsekvenser det har for produktiviteten.

For spesialiteten klinisk voksenpsykologi gjelder et samlet praksiskrav på 5 årsverk. Fire av disse skal være i klinisk- psykologisk arbeid med klienter, hvorav tre år skal være ”i klinisk psykologisk arbeid hvor voksne utgjør hovedklientellet” (Norsk psykologforening 1996). En må ha minimum 6 måneders erfaring med poliklinisk hhv. inneliggende klientell. Det kreves minst 160 timers veiledning i løpet av de fem årene, og den skal strekke seg over minst to år. Veiledningen kan ikke skje sjeldnere enn én gang i måneden, og det skal ikke være mindre enn 4 og ikke mer enn 10 timer per måned. Inntil 100 av disse timene kan være gruppeveiledning, med inntil 4 kandidater. I tillegg er det krav om minimum 208 timer kurs i løpet av utdanningen. Det stilles ikke krav til tilbud om og deltakelse i fortløpende avdelingsvis undervisning. Det er med andre ord større grad av fleksibilitet i psykolog-spesialiseringen enn i legespesialiseringen, med konsekvenser for maksimums/minimumsanslagene. En psykolog med et minimum av seks måneders poliklinisk praksis uten veiledning/kurs vil ikke båndlegge polikliniske ressurser i det hele tatt, mens et maksimumsanslag vil være 368 timer over to år.

Som det framgår av denne framstillingen er kravet til både veiledning og undervisning større blant leger, og ass.leger framstår derfor som den mest ressurskrevende gruppen å ha i en poliklinikk med tanke på tid medgått til kurs og veiledning.

Innen **barne- og ungdomspsykiatrien** har man et spesialistutdanningstilbud til fire profesjoner; leger, psykologer, sosionomer og pedagoger.

For spesialiteten barne- og ungdomspsykiatri har man 4 ½ års hovedutdanning, hvorav minst to år i poliklinisk arbeid. Ett års sideutdanning kommer i tillegg. En skal i løpet av hovedutdanningen motta minst to timer ukentlig veiledning, hvorav minst en time skal være gitt av barnepsykiater. Kravet til to timers ukentlig avdelingsvis undervisning gjelder også her. En skal i løpet av utdanningen også ha gjennomgått 180 timers kurs. Avhengig av hvor i utdanningen man legger hovedtyngden av kurs/utdanning kan utdanningsbelastningen ved poliklinikken variere fra 384 timer over to år (minimum) til 564 timer over to år (maksimalt).

Kravene til klinisk barnepsykologi er de samme som for klinisk voksenpsykologi.

I rammeplanen for klinisk videreutdanning av sosionomer i barne- og ungdomspsykiatrien heter det at varigheten for utdanningen er minimum tre år. I løpet av disse tre årene skal utdanningskandidaten motta 240 klokketimer veiledning, med en rimelig jevn fordeling over de tre årene. Minimum 160 timer skal være individuell veiledning av sosionom. Kurstilfanget er delt inn i yrkesspesifikke og tverrfaglige emner. Det yrkesspesifikke består av minimum 88 timer per år, tilsammen 262 timer. Det tverrfaglige anbefales også gjennomført over alle tre år, tilsammen 270 timer. Etersom dette er utdanningsstillinger hvor det ikke er krav til annen

---

<sup>22</sup> I tillegg til tiden medgått til selve utdanningen, undervisningen og veiledningen vil det grunnet geografiske forhold også ligge en del reisetid for utdanningskandidatene.

praksis, vil den fulle utdanningsbelastningen falle på poliklinikken. Den årlige gjennomsnittstiden som medgår til utdanning vil være 278 timer, over tre år 772 timer.

Videreutdanningen i klinisk pedagogikk er nå under endring. Den nye rammeplanen trer i kraft fra 1/8-99 (Kliniske pedagogers forening 1999). Timefordeling og opplegg er noe endret, og begge gjengis derfor her (den nye planen i parentes). Utdanningen skjer normalt over en periode på tre år ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Gjennom utdanningen skal pedagogen motta regelmessig veiledning av godkjent klinisk pedagog over 3 år, maksimum 5 år, tilsammen 270 timer (260 timer). Veiledningen skal i hovedsak være individuell, men inntil 70 timer kan være gitt av annen yrkesgruppe med klinisk kompetanse eller yrkesspesifikk gruppeveiledning (60 timer/ikke mer enn 5 deltakere). Kurstilfanget er delt inn i et yrkesspesifikt seminar og tverrfaglige seminarer. Det yrkesspesifikke seminaret skal bestå av minimum 300 undervisningstimer over 3 år (300 timer/minimum 8 samlinger per år). De tverrfaglige seminarene skal være minimum 180 undervisningstimer over 3 år (150 timer). (I studiet inngår også en avsluttende fordypningsoppgave). Dette er utdanninger som kun vil skje ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, og den fulle utdanningsbelastning vil derfor falle på poliklinikken. Totalt består utdanningen av 750 (710) timer. Etersom veiledningen kan strekkes over 5 år, mens det øvrige må foregå innen 3 år, vil den årlige maksimums- og minimumsbelastningen være henholdsvis 250 (237) og 214 (202) timer.

### 9.1.1 Felles undervisning

Det framgår av oversikten over at det er et betydelig undervisningsinnslag i utdanningene, delvis også med en tverrfaglig komponent. Ved en av de voksenpsykiatriske poliklinikkene som inngår i vårt materiale har man gjort den obligatoriske undervisningen felles for leger og psykologer. Ved en av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene var kandidatundervisningen felles for alle utdanningskandidater. Begge disse formene reduserer behovet for spesialistkapasitet til undervisning<sup>23</sup>. Vi vet ikke hvilket omfang dette har ved de andre poliklinikkene, men halvparten av poliklinikkene hadde på undersøkelsestidspunktet både psykologer og leger i utdanningsstillinger.

---

<sup>23</sup> *Pedagoger og sosionomer har ikke særskilte krav til fortløpende undervisning i sin utdanning, og hvis deltakelse i slike obligatoriske undervisningsopplegg ikke inngår som en del av utdanningene innebærer det en ytterligere utdanningsbelastning.*

## 9.2 Hvilke veiledningsordninger har man ved de ulike poliklinikkene?

Som redegjort for under det forrige punktet ligger det i kravet til alle spesialiseringene at de skal ha individuell veiledning (noen utdanninger åpner også opp for innslag av gruppeveiledning). Det store innslaget av behandlere under utdanning medfører at poliklinisk spesialistkompetanse brukes til veiledning, undervisning og kvalitetsoppfølging.

Tre av de voksenpsykiatriske poliklinikkene har ukentlig individuell veiledning av spesialist (psykiater/psykolog) til utdanningskandidater innen sin profesjon, som regel av en times varighet. Ved en av disse poliklinikkene har legene dette to ganger i uken. Den fjerde har 2-4 ganger i måneden. Ved en av disse poliklinikkene foregår ass.legeveiledningen delvis som gruppeveiledning sammen med andre institusjoner i området, samt individuell veiledning av ekstern veileder. Ved den samme poliklinikken får psykologer uten spesialistgodkjenning delvis veiledning av klinisk psykolog ved enheten, delvis av ekstern, privatpraktiserende psykolog.

Innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale har man i mindre grad tilsvarende opplegg for de øvrige profesjonene (psykiatriske sykepleiere og sosionomer). En intervjuet psykiatrisk sykepleier ved Lavprod VP II hadde veiledning med overlege hver 14. dag, samt ukentlig veiledningstilbud for sin yrkesgruppe ved døgningstusjon. Ved en annen lavproduktiv poliklinikk mottok sosionomen ekstern veiledning hver 14. dag, av 1 ½ times varighet. Dette var både generell veiledning samt veiledning på konkrete saker.

I en lang rekke intervjuer understreket behandlere betydningen av klinisk veiledning. Opplevelsen av både å stå alene samt mangle kompetanse var argumenter de framførte. En leder uttrykte dette slik (i forhold til unge psykologer): *De er preget av snillhet og vil gjerne hjelpe. Samtidig krever denne jobben at de har is i magen, de må klare å ha folk på vent. De må også klare å prioritere saker opp mot hverandre, samt også å avslutte saker. I tillegg må de også kunne stille krav til samarbeidspartnere – ikke bare gi, men også kreve.*” Alt dette var områder han mente burde dekkes i veiledningen. Samtidig erkjente han at dette var problematisk, fordi man samtidig går tett inn på behandlerne, med fare for å nærme seg sin egen usikkerhet.

### 9.2.1 Veiledning for spesialister

Det er også et visst innslag av veiledning for spesialister. Eksempelvis fikk en klinisk psykolog veiledning to ganger i måneden, og mente denne formen for kompetansevedlikehold og –oppbygging var en nødvendighet. Omfanget av dette er usikkert. Enkelte av poliklinikkene har også egne møteformer for de kliniske spesialistene (gjern som fellesmøter for psykiatere og kliniske psykologer), som delvis har en slik funksjon.

### 9.2.2 Videreutdanning for spesialister

I stortingsmelding nr 25 (1996-97) gjennomgår en tilbudet av videre- og etterutdanninger for profesjonene innen sektoren. En del av disse er tilbud til fagpersoner som allerede har oppnådd sin spesialitet (f.eks. psykoterapi, psykoanalyse, gruppeterapi, Marte Meo, familierapi). Vi finner også fagpersoner i vårt materiale som er i ferd med å ta slike utdanninger. De kan være tidkrevende; et av oppleggene som ble beskrevet innebar veiledning minimum 2 ganger i uka, mens et annet innebar ukentlig veiledning. Begge var langvarige opplegg. Vi har ikke gjort noen systematisk kartlegging av omfanget, og heller ikke av permisjonsordningene som praktiseres. Inntrykket er likevel at det ikke er mange, og at de skjer som en kombinasjon av lønnet og ulønnet tid. Selv om selve deltakelsen i utdanningen skjedde innen arbeidstiden, var lesing av faglitteratur mv. noe det var forventet at en gjorde på fritiden.

En av utfordringene vi raskt avdekket når vi gikk inn på dette var begrunnelsene som ble gitt for å ta slike videreutdanninger. Fra en av de kliniske spesialistene som gjennomgikk en slik videreutdanning ble dette begrunnet ut fra egeninteresse, og at det var *”for å holde ut/beholde engasjementet i en jobb hvor en ser lite resultater”*.

### 9.2.3 Profesjonsseminarer

Som vi har vært inne på ulike steder i denne rapporten er det ulike faglige oppfatninger omkring tilbudets utforming. Disse har også et organisatorisk uttrykk i profesjonsspesifikke møte- og veiledningsformer. Innen barne og ungdomspsykiatrien i Oslo har man månedlige profesjonsseminarer for henholdsvis pedagoger, psykologer og sosionomer á 1 ½ times varighet, men legene har et totimers seminar 2 ganger månedlig. I Sogn og Fjordane har man tilsvarende seminar for psykologer i BUP 2-3 ganger i halvåret. Dette er et firetimers møte, men grunnet reiseavstander medgår hele dagen. Ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk arrangerer man månedlig forum for psykiatriske sykepleiere, hvor poliklinikkens sykepleiere møtes sammen med de psykiatriske sykepleierne i poliklinikkens nedslagsfelt. Ved en barne- og ungdomspsykiatriske institusjon gis psykologene i utdanningsstilling veiledning av en ekstern, privatpraktiserende psykolog.

### 9.2.4 Studentveiledning

En del poliklinikker har også studenter fra ulike helsefagutdanninger i veiledning (særlig psykologistudenter/medisinerstudenter). Omfanget av dette er ukjent, men for eksempel anslo en klinisk psykolog at for psykologistudenten han hadde hatt ansvaret for i et halvt år gikk det med ca 3-4 timer i uken. Det var stipulert med en time ukentlig veiledning fra universitetets side, men i tillegg kom forberedelser samt opplæring i undersøkelsesmetodikk. Fra andre

poliklinikker rapporteres det også om tilsvarende ordninger, f.eks. veiledning av to sykepleierstudenter i 8 uker (2-4 ganger i måneden) á 1 time (samt for/etterarbeid) og ukentlig veiledning av elev i psykiatrisk hjelpepleie á 1 time i 8 uker.

I tillegg er behandlere involvert i undervisning innen ulike helseprofesjonsutdanninger (medisin, psykologi og sykepleie er alle inne i vårt materiale). Omfanget er ikke stort, og er begrenset til noen få poliklinikker. Det er bare en universitetstilknyttet poliklinikk i vårt materiale, og omfanget er naturlig nok størst her. Vi kjenner ikke til hvordan dette praktiseres lokalt, men det er rimelig å anta at praksis med hensyn til om det gjøres innen arbeidstiden eller ikke varierer. Med den autonomi behandlere har i sin arbeidssituasjon (jfr. kapittel 5.3 om behandling og kapittel 10 om administrasjon og ledelse) vil graden av lokal styring av ekstern undervisning også være delvis fraværende.

### 9.3 Undervisning

Ut over den formelle spesialistutdanningen i sektoren foregår det også en kontinuerlig intern kompetanseheving av behandlingspersonalet. Vi har i våre intervju med lederne spurt om hvilke former og fora for undervisning man har, og undervisningsomfang.

Når det gjelder formaliserte **undervisningsmøter** er det stor variasjon i materialet. En av de små poliklinikkene har ikke regelmessig undervisning<sup>24</sup>, en annen har det inkludert i behandlingsmøtet. Tre poliklinikker har ukentlig undervisning med varighet fra 45 min til 1t 15 min (ikke alle deltar), en har to ganger i måneden á 1 ½ time, mens de øvrige har månedlige møter (fra 1,5-3,5 timer – det siste er fordelt på to ulike møter). Undervisningsmøtene er lagt opp som fellesmøte for alle behandlere. De mest ressurskrevende undervisningsoppleggene er ikke knyttet til universitetsfunksjon, og har heller ikke sammenheng med andel behandlere i utdanningsstillinger. Det er naturlig å forvente at det også er en del forberedelse knyttet til en del av disse tilbudene, uten at omfang er fanget opp i våre undersøkelser. Som et utgangspunkt for beregning av tid medgått til forberedelse kan en sannsynligvis anvende universitetenes faktor for forelesninger; 4 til 4,5, avhengig av originalitet. Ut over dette kommer også planlegging. De store poliklinikkene har bredt sammensatte undervisningsutvalg som har ansvar for å legger opp undervisningsprogrammet, de mindre poliklinikkene har en (mer eller mindre reelt) ansvarlig person til dette.

Ettersom vi ikke eksplisitt definerte undervisning, kan en del av slikt forberedelsesarbeid være inkludert i flere kategorier i aktivitetsregistreringen; faglig rettleiing gitt, kurs/studier av faglitteratur, interne møter og annet vil være de mest sannsynlige. Hvorvidt det er definert som pasientrettet eller ikke avhenger naturlig nok av tema. En lignende fordeling vil en finne også for selve undervisningsaktiviteten. Det er derfor ikke mulig å lese omfanget av undervisning ut av vår aktivitetsregistrering.

---

<sup>24</sup> De hadde det tidligere, men var ikke i stand til å gjennomføre det nå.

## 9.4 Drøfting

Det brukes betydelig tid og ressurser på kompetanseutvikling innen de psykiatriske poliklinikkene. Et argument både ledere og behandlere trakk fram for å forsvare dette var at spesialistkompetansemangelen man opplever innen sektoren gjør at behandlere noen ganger arbeider ineffektiv, man har ikke kjennskap/fortrolighet til de best egnede behandlingsmetoder (i den grad de finnes). Ut fra gjennomgangen av innholdet i de ulike kliniske spesialistutdanningene virker det videre som om utdanningstilbudene er for lite koordinert med hensyn til omfang og opplegg. Det er også stor variasjon i tverrfaglig tilnærming innebygget i utdanningene. Høgskoleprofesjonene har dette i betydelig grad innebygget, psykologer og i ennå mindre grad psykiatere har lite av det.

Denne utbredte kompetanseoppbyggingen kan også gi som konsekvens det Røvik (1998) benevner høy inntakskapasitet. Med dette mener han at det innen organisasjonene finnes flere autonome aktørgrupper med tilknytning til eksterne utviklingsarenaer. Dette har som konsekvens at det aldri vil være bare ett organisasjonsteoretisk perspektiv representert i organisasjonen. Selv om han drøfter det i forhold til organisasjonsteoriens inntreden i organisasjoner, har det også relevans i forhold til poliklinikkens faglige utvikling. Det vil ikke være mulig med den utstrakte grad av ekstern faglig virksomhet en nå ser innen poliklinikkene å rendyrke ett faglig perspektiv, i hvert fall ikke uten betydelige konflikter. Til det er de eksterne nettverkene for mangfoldige og sterke. I neste instans vil dette også ha relevans for organisasjonsfeltet, etter hvert som dette kommer inn som tema i videreutdanninger og i andre faglige sammenhenger.



## 10. Administrasjon og ledelse

Et av de forholdene som ble trukket fram som problematisk i pilotstudien i Buskerud (Hatling 1998) var administrasjon. Flere forhold var her framme; manglende tid avsatt til dette, manglende administrativ kompetanse samt administrativ kultur.

Vi drøftet i lederintervjuene ulike forhold knyttet til administrasjon. I pilotprosjektet i Buskerud var det behandlerintervjuene som ga mest informasjon om dette, og administrasjon var derfor også en del av behandlerintervjuene i den nasjonale studien.

**Tabell 10.1** Administrativ tid, fordelt etter sektor og aktivitetskategori. Tall i prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt.

	Voksenpsykiatri	Barne- og ungdomspsykiatri	For hele materialet
Annet arbeid, pasientrelatert	5,0	2,9	3,9
Annet arbeid, ikke pasientrelatert	5,0	7,7	6,4
Sum administrativ tid	10,0	10,6	10,3

Det er relativt lik andel tid som medgår til administrasjon i en eller annen form i de to sektorene. Mens de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale bruker like mye tid til begge kategoriene, bruker de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale over 2/3 av tiden til Ikke pasientrelatert administrasjon.

I Buskerud ble det fra lederhold innen poliklinikken opplevd at den tiden som var avsatt til administrativt arbeid var svært utilstrekkelig. Vi ba i aktivitetsregistreringen blant annet om at behandlerne anslo tid medgått til administrasjon. En nærmere analyse av hvordan den administrative tiden fordeles på individer, viser at hovedmengden av Ikke pasientrettet administrasjon gjøres av noen få behandlere ved hver poliklinikk.

Dette indikerer at man bør se nærmere på om det årsverksbegrepet man har er reelt. Jfr. her kommentar fra samtale med leder ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk:

*Til de kliniske stillingene er det knyttet "produksjonskrav", i 1999 skal spesialister utføre 220 konsultasjoner<sup>25</sup>, til lederstillingen er det tilsvarende krav 138 konsultasjoner. Leder mener det er så mange ledelsesoppgaver knyttet til lederstillingen for poliklinikken at det ikke burde være krav til klinisk produksjon for denne stillingen.*

<sup>25</sup> Med 230 dager i året innebærer dette at man har en målsetting om 0,96 konsultasjoner per behandler per dag, med andre ord under dagens gjennomsnitt.



Nytt fra mars 1999 er at denne fylkeskommunen har vedtatt at det ikke lenger skal knyttes konsultasjonskrav til polikliniske lederstillinger. I forhold til nasjonal statistikk blir dermed tre spørsmål aktuelle; Hvilket omfang har denne ordningen på landsbasis? Rapporteres disse inn som behandlerårsverk (etter profesjon) eller under Annet (som i hovedsak dekker merkantilt personale)? Rapporteres dette inn som refusjonsberettigede årsverk?

Her fører dagens refusjonsordning til at ledere ved poliklinikkene kommer i et krysspress. På den ene siden må de (av hensyn til institusjonseiers krav til inntjening) sette et høyt antall polikliniske årsverk. Samtidig bør de av hensyn til det administrative arbeidets omfang (og i mindre grad nasjonal produktivitetststatistikk) redusere lederens kliniske årsverk. For å illustrere forskjellene ble det ved en poliklinikk i vårt materiale rapportert inn 2,85 kliniske årsverk for de tre faglig/administrative lederne. De anslo selv at ca 1,5 årsverk av dette var administrasjon.

**Tabell 10.2 Fordelingen av behandlerårsverk og administrative årsverk. Tid brukt på pasientrelatert og ikke pasientrelatert administrasjon. Tall i prosent av total arbeidstid. Institusjonsvis.**

	Lavprod VP I	Lav- prod VP Ia	Høyprod VP I	Høy- prod II	Lav- prod VP II	Høyprod BUP I	Lavprod BUP I	Midd- prod BUP I	Lavprod BUP II
Årsverk beh.	4,1 + 2 i spl. team (y)	4,75 (y)	9 (8,7) (x)	14,5	14 (12,5)	8 (7,8) (x)	22,3 (21,4) (x)	6 (5,7) (x)	22 (21)
Adm. og merkantile årsverk	2	1,5	2 (2,3) (x)	*	4 (5,5)	2 (2,2) (x)	4,5 (5,4) (x)	1 (1,3)	4,6 (5,6)
Forholdet beh./adm. årsverk	3,1	3,2	4,5 (3,8) (x)		3,5 (2,3)	4 (3,5) (x)	5 (4) (x)	6 (4,4)	4,2
Antall team	1	1	2	2	3	1	3	1	3
Administrasjon fra Aktivitetsregistrering. Pasientrelatert og Ikke pasientrelatert. I prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt.									
Pasient- relatert	1,9	6,4	1,5	7,5	7,6	5,8	1,7	3,1	3,1
Ikke pasient relatert	10,8	5,2	2,3	4,6	4,6	11,9	7,2	9,8	8,6
Sum	12,7	11,6	3,8 (z)	12,1	12,2	17,7	8,9	12,9	11,7

\* Felles administrasjon med psykiatrisk avdeling.

- (x) Tallene i parentes er årsverk korrigert for administrative oppgaver anslått av poliklinikkledere
- (y) Når det gjelder Lavprod VP I/Lavprod VP Ia er den hele kontorlederstillingen og den halve avdelingsoverlegetstillingen fordelt likt på de to enhetene.
- (z) Aktivitetsregistreringen ble gjort i en periode med sykdom i den merkantile staben, hvor behandlerne opplevde at flere merkantile oppgaver ble lagt på de, noe som forsterker inntrykket av lavt tidsforbruk til administrasjon.

Det er stort sett likhet i forholdet mellom behandlerressurser og merkantile ressurser mellom poliklinikkene, og det ser ikke ut til at de forskjellene som finnes slår ut i forhold til behandlertid brukt på administrasjon

Det framgår av tabellen at det ikke er noen sammenheng mellom størrelse på poliklinikk (antall årsverk/antall team) og tid brukt til administrasjon. Det er altså ikke slik at store poliklinikker, med to eller flere team, nødvendigvis bruker mer tid på administrasjon enn små. Vi ser også at to relativt jamstore poliklinikker som Høyprod VP I og Høyprod BUP I danner ytterpunktene, og at de øvrige ligger relativt likt. Det er her store forskjeller mellom *pasientrelatert* og *ikke pasientrelatert* administrasjon.

Det er videre interessant at to så merkantilt sett ulike poliklinikker som Høyprod VP II og Lavprod VP II har så lik tid brukt til administrative formål.

Poliklinikkene som inngår i vårt materiale har ulik størrelse, og det er derfor rimelig at de **administrative møtene** er forskjellig. Fem av poliklinikkene har to eller tre team, og har derfor administrative møter hvor teamlederne deltar. Unntaket her er Høyprod VP II, som bare anvender teamene til kliniske møter, og ikke har teamledere. En voksenpsykiatrisk poliklinikk er delt i to geografisk adskilte team, og har ledermøter hver 14. dag av to timers varighet, hvor avdelingsoverlege, sjefpsykologene ved de to teamene og administrativ leder deltar (pga. geografi delvis via billedtelefon).

Et forhold som øker ressursbruken knyttet til administrasjon er ønsket om å inkludere alle faggrupper i administrative spørsmål. Innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale innebærer dette at man ved flere større poliklinikker har fagråd som en del av den administrative strukturen, bestående av teamledere samt faggrupeledere. Disse møtene kommer delvis i tillegg til teamledermøter. Den mest ressurskrevende ordningen har slike møter hver 14. dag (1,5 t), i tillegg til ukentlige teamledermøter (45 min).

Kun en av poliklinikkene har regelmessige møter mellom faglig leder ved poliklinikken og det merkantile personalet, i underkant av ett i måneden. Ved de øvrige poliklinikkene må en anta at det ikke drives systematisk utvikling av den merkantile funksjonen i forhold til den øvrige polikliniske virksomheten. Dette er betenkelig med tanke på det betydelige administrative arbeidet som utføres både av ledere og behandlere ved poliklinikkene.

Når vi analyserer fordelingen av ikke pasientrelatert administrativ tid på institusjonsnivå finner vi at noen poliklinikker har en eller to behandlere som bruker mye av tiden sin til denne

typen arbeid (de poliklinikkene som bruker mye), mens andre har det mer jevnt fordelt på flere med lavere andel på hver enkelt behandler.

## 10.1 Ledelse

Poliklinikkene har tradisjonelt vært meget selvstendige enheter, med et selvstendig faglig, økonomisk og personalmessige ansvar. Selv om dette delvis er endret for en del av poliklinikkene, er de fortsatt på flere områder autonome. Dette stiller også krav til bred lederkompetanse blant lederne. Kun en av lederne ved poliklinikkene i vårt materiale har formell lederskolering ut over det man har som ledd i spesialistutdanningen. Som redegjort for under kapittel 9 er administrasjon og ledelse av tildels svært lite omfang i disse utdanningene.

### Ledelseskulturer.

Et område som både ledere og behandlere var inne på var den manglende lederskoleringen, et kjent tema innen norsk helsevesen. Fra behandlere (ikke alle) innen alle poliklinikkene ble det da også reist kritiske røster mot mangelen på strategisk ledelse, for mye fokus ble lagt på den daglige driften (uten at det dermed kan sies at dette er en massiv kritikk). En del mente også at det ble for mye detaljstyring i det små, kombinert med manglende tydelighet. Det ble derfor et problem å holde fokus, noe som igjen gikk ut over framdriften. Det var en opplevelse av at saker i for liten grad ble brakt fram til en endelig avgjørelse, de fikk versere i organisasjonen «i det uendelige». Deler av dette ble også opplevd slik av de lederne vi intervjuet, og ble både forklart med manglende lederskolering og -erfaring, og i særlig grad for liten tid avsatt til administrative gjøremål. Dette ble igjen begrunnet både med at man mangler en administrativ kjerne og at arbeidsoppgaver i for liten grad ble delegert – «alle setter seg inn i alt». Organisasjonene ble, i varierende grad, opplevd som demokratisk, hvor svært mye gikk rundt på høring. Det var ifølge enkelte i BUP vanskelig å få ledere som **leder**, man var mer opptatt av demokrati/at alle skal bli hørt. En BUP-leder sa at han praktiserte en flat ledelsesstruktur, hvor han blant annet ønsket at *”folk leser all post”*, for gjennom det å vise interesse for det som skjer. Samtidig ble det ved enkelte poliklinikker beskrevet en praksis hvor det i realiteten var lederen som bestemte.

En slik måte å lede på er ikke nødvendigvis bare negativ. Den åpner opp for stor grad av autonomi for den enkelte behandler, noe særlig de erfarne innen systemene påpekte var et gode. De nyutdannede var derimot mindre tilfreds med å bli overlatt så mye til seg selv. Et sannsynlig scenario vil være at man i framtiden både må deleger administrasjon på flere samt etablere en tydeligere beslutningsstruktur, endringer som begge vil være kontroversielle i forhold til hhv. behandlernes ønske om fokus på behandling og den utbredte kulturen med involvering i forhold til poliklinikkens drift og framtid.

Informasjonsoverfloden og korte høringsfrister på en del saker var andre ledelses- og administrasjonsutfordringer som ble trukket fram i intervjuene. Dette fordrer helt andre silingsmekanismer enn nå, og ledig utredningskompetanse lokalt for å kunne utforme forslag til

høringsuttalelser. Slik dette er nå blir det for tilfeldig. En av lederne syntes også at en del av dette arbeidet var «tull, med for omstendelig saksbehandling, ettersom svaret var gitt på forhånd». Det ble her konkret vist til en del av arbeidet rundt fylkeskommunens psykiatriplanarbeid. De bruker mye tid til å «tenke utbygging». En av lederne mente at halve lederstillingen gikk med til dette. En konsekvens av dette var at de mister inntjening på denne stillingen, og opplever dermed at presset fra fylkesadministrasjonen om høy inntjening blir et krysspress (se ellers kapittel 12 om kontakt mot samarbeidende instanser). En leder innen BUP mente i samme retning at den største administrative utfordring de sto overfor var knyttet til utbygging. Det besto både i å få til den konkrete oppbyggingen (inkludert oppdatering av byggeplaner), planlegging av konkrete tiltak/innhold i det framtidige behandlingstilbudet samt få utbyggingen gjennom de administrative/politiske prosesser.

En behandler opplevde at det var en god del møter som for denne var unødig; «Jeg er utdannet for å snakke med pasienter». Som eksempel på slike møter trakk behandleren fram budsjettmøter, ansettelsesintervju og komitearbeid på detaljnivå.

### Hvilke profesjoner skal lede?

Et område knyttet til ledelse er hvilke profesjoner som skal være ledere av en psykiatrisk poliklinikk, og hva som skal være lederens hovedoppgaver. I Ramsdals (1996) intervju av behandlere ved poliklinikkene ble det fra psykologene hevdet at "det ikke nødvendigvis var riktig å ha leger som ledere ved poliklinikken, særlig hvis poliklinikkene skulle profilere seg mot organisasjonsutvikling og nettverksbygging i kommunene" (s. 197).

I vårt materiale er det ulike ledelsesformer. Ved to av de voksenpsykiatriske poliklinikkene er det en høyskoleutdannet daglig leder, selv om det er en psykiater som er den ansvarlige faglige leder av poliklinikken. Ved to andre større poliklinikker inngår flere yrkesgrupper i et lederteam, men to mellomstore poliklinikker har en psykiater som leder på alle de tre områdene fag, økonomi og personalledelse. De lederformene som er utviklet forklares med lokale forhold, særlig høy arbeidsbelastning/geografisk fravær hos overlegen. I så måte er dette en pragmatisk tilpasning til et ledelsesbehov som ikke dekkes av den faglig ansvarlige. I en lang rekke leder- og behandlerintervjuer ble dette diskutert. Fra flere behandlere ble det vist til behovet for en leder som tok seg av den personalmessige oppfølgingen, og som var til stede når faglige spørsmål oppsto. Dette var ikke bare et behov hos mindre erfarne behandlere, men ble også uttrykt av erfarne klinikere, særlig innen høyskoleprofesjonene. På den andre side var det også fra enkelte psykiatere uttrykt sterk skepsis til en slik deling av lederansvaret. De stilte seg tvilende til om høyskoleutdannede var kompetent nok til å være faglige rådgivere overfor andre yrkesgrupper, en tvil de ikke hadde på egne vegne. Koplek med slike holdninger lå derfor også en klar oppfatning av poliklinisk behandling som en medisinsk spesialitet. Vi viste i innledningen til Onyett and Ford (1996) som deler ledelse av kliniske team blant annet inn i klinisk veiledning (som bare kan gjøres av den enkelte profesjon selv) og driftsmessig ledelse, forstått som oppfølging av behandlere og profesjoner i forhold til teamets oppgaver gitt av institusjonseier (som alle profesjoner kan utføre). Selv om også Onyett and Ford viser til at det er glidende overganger her, mener de at den største utfordringen med hensyn til utvikling av gode ledelsesformer ligger på driftssiden. Vårt

materiale er for lite til å si noe generaliserbart om hvilke ledelsesformer som best ivaretar de ulike hensynene, men noen områder kan stikkordsmessig settes opp:

- psykiatere synes å prioritere faglig overordnet ledelse, og delegerer og/eller nedprioriterer lettere økonomisk og personellmessig ledelse
- behandlere har et behov for en lett tilgjengelig daglig ledelse, som kan veilede i forhold til og ta stilling til et bredt område av problemstillinger
- disse to forholdene skaper et tomrom poliklinikkene har valgt ulike løsninger i forhold til; ved enkelte poliklinikker å ansette en høgskoleutdannet daglig leder (som ivaretar behandlerbehovet og deler av det kontinuerlige økonomioppfølgingsarbeidet), ved andre poliklinikker å etablere lederteam (for å ivareta alle former kollektivt) og ved poliklinikkene med psykiater som leder ifølge en del av behandlerne å nedprioritere den personellmessige oppfølgingen.

Med unntak av en større poliklinikk, hvor man har et lederteam med barne- og ungdomspsykiater som leder, har alle de øvrige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene en klinisk psykolog som leder på alle de tre områdene fag, økonomi og personalledelse.

### **Teamledelse**

Poliklinikkene i vårt materiale er inndelt i team når de er større enn 6-8 behandlere. Hvorvidt de har teamledere, og hvilket ansvarsområdet de skal ha, varierer derimot. To poliklinikker, en innen hver sektor, hadde ikke teamledere. Ved den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken ble det stilt spørsmål ved om det nå var behov for ledere av de ulike teamene. Fram til nå har dette vært enheter uten egen ledelse, og i de ledende organene innen poliklinikken sørget man for representasjon fra enhetene, men ikke på en slik måte at de dermed var utpekt som ledere. Dette var en ordning innrettet på å sikre representasjon fra alle faggrupper og enheter. Forslaget om ledelse ble begrunnet med at disse kunne koordinere samarbeidet i klient saker, for bedre å ta imot nye medarbeidere og for å etablere samarbeidsrelasjoner internt i organisasjonen. Her erkjenner man at ledelse innen slike enheter både handler om faglig og personellmessige forhold. Ved to andre barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker med teaminndeling har nettopp teamleders ansvarsområde vært mye diskutert, herunder personellansvar. Dette er ikke bare et formelt punkt, men handler også om hvem som i praksis skal følge opp behandlere som har problemer (i yrkesutøvelse eller personlig), i mindre grad følger teamets/poliklinikkens prioriteringer eller på andre måter utgjør et ledelsesproblem. Teamleder opplever dette direkte i forhold til sin lederrolle, men det ble fra flere uttrykt at myndigheten lagt til rollen ikke sto i forhold til ansvaret lagt til den.

Den voksenpsykiatriske poliklinikken anvendte bare teamene som en funksjonell inndeling i forhold til de kliniske møtene (de ville ellers bli uforholdsmessig store og uproduktive). Ved denne poliklinikken har man en høgskoleutdannet daglig leder med ansvar for både faglige spørsmål og personelloppfølging.

Et omdiskutert område også innen barne- og ungdomspsykiatrien er hvilke profesjoner som kan være ledere på mellomnivå. I vårt materiale har de store poliklinikkene valgt ulike ord-

ninger. Den ene benevner teamlederne koordinatorene, og alle yrkesgrupper kan dermed gå inn i rollen. Den andre har teamledere, en funksjon bare leger og psykologer kan inneha. Dette siste har vært en kilde til frustrasjon fra de andre yrkesgruppene i lang tid.

Som vi ser av ledelsesdiskusjonene både på poliklinikknivå og teamnivå er det delvis uklarheter rundt hva som er faglige og hva som er driftsmessige forhold (for begge særlig knyttet til personaloppfølging), og også hvordan ansvaret for dette skal fordeles. Innebygget i denne diskusjonen er spørsmålet om hva lederansvaret skal innebære. Vi har andre steder i denne rapporten vist at det vil bli et økende behov for faglig ledelse av poliklinikkene, hvor en av de store utfordringene vil være å håndtere faglige konflikter. En tilsvarende utfordring er også identifisert rundt utviklingen av de engelske Community Mental Health Teams (CMHT) (Norman and Peck 1999), og de framhever derfor at en sentral ledelsesutfordring er:

*If CMHTs are to be effective an important objective for team managers is to address all aspects of power. In practice this means examining lines of accountability within teams, and the roles and responsibility of team members. In most terms it may mean psychiatrists relinquishing some of their illegitimate power (e.g. power based upon traditional conception of medico-legal responsibility) in order to free up teams to develop more effective working arrangements.” (s. 224).*

Vi har på samme måte vist at det er et ikke ubetydelig innslag av utbrenthet i poliklinikkene, samtidig som opplæringskostnadene forbundet med denne tjenesten er høy, noe som tilsier at en annen viktig ledelsesutfordring ligger i å ivareta personaloppfølging for å motvirke høyt sykefravær og høy turnover.

De fleste poliklinikkene har fram til nå vært relativt små enheter. Flere av behandlerne trakk fram at en forventet konsekvens av den storstilte utbyggingen av denne tjenesten vil være at administrasjon vil «stjele» arbeidskapasitet fra behandlernes faglige aktivitet. Vi er usikker på om dette er en nødvendig utvikling, men dette må sees i lys av den relativt flate strukturen som nå praktiseres. Hvis man fortsatt skal praktisere stor grad av involvering i alle ledd vil dette bli konsekvensen. En alternativ utvikling vil være at man profesjonaliserer ledelsesfunksjonen, og samtidig begrenser ansattes involvering. Dette vil kreve kulturendring; man har fram til nå, særlig i barne- og ungdomspsykiatrien, vært vant til å delta. Her kan det være fruktbart i en endringsprosess å trekke veksler på de drøftinger Sirnes (1998) gjør når det gjelder forholdet mellom lærere og rektor:

*Rektor skal ikkje gjøra ting med lærarane, men på vegne av dei. Det er en del av yrkesidentiteten at dei ikkje er objekt innafor ein leiingsstrategi, men at dei sjølv i stor grad er med på å utforma strategien, dvs. at dei inntar subjektlassen i han. (s. 122).*

Lederne innen poliklinikkene har på samme måte som rektorene sin legitimitet som «fremst blant likemenn». De tildels omstendelige administrative prosessene oppleves av mange som tidsødende, og mange ville derfor redusere administrasjon. Samtidig var det få som ville ha mindre innflytelse over de pågående prosessene.

**Oppsummering.**

Oppsummert bærer ledelsen ved de psykiatriske poliklinikkene preg av å være lokalt utformet, som regel som følge av en lang oppbyggings- og utviklingsprosess. Det er også betydelige spenninger forbundet med lederrollene på ulike nivå, både slik de er praktisert og slik ulike grupper forventer at de skal utformes/praktiseres. Samtidig er det liten formell lederkompetanse blant lederne, faktorer som sannsynligvis alle vil vanskeliggjøre en organisasjonsutvikling i tråd med øvrige forhold redegjort for i denne rapporten.

## 10.2 Administrativ tid og produktivitet

Noen har framhevet at de psykiatriske poliklinikkene er for små enheter til å bli administrert rasjonelt. Det finnes neppe én administrativ modell for denne typen virksomhet, men den store variasjonen som tross alt finnes i dette materialet tilsier at noen administrasjonsformer er mer ressurskrevende mht. behandlertid enn andre. Et enkelt regnestykke tilsier at hvis gjennomsnittet av administrasjonstid er 6%, vil en halvering (som ut fra tallene fra Høyprod VP I er realistisk), på landsbasis for voksenpsykiatriens del frigjøre ca. 59000 behandlertimer<sup>26</sup>. Dette vil vi gå nærmere inn på i punktet om merkantilt arbeid.

## 10.3 Sykdom og turnover

Poliklinisk arbeid er i sin natur en unik relasjon mellom en (for barne- og ungdomspsykiatrien ofte flere) behandler(e) og pasienten/familien. Dette innebærer at manglende stabilitet i tilstedeværelse hos behandlere vil slå ut i produktivitet på en annen måte enn innen døgnbasert virksomhet, fordi denne relasjonen på kort sikt ikke kan erstattes av andre behandlere. Denne typen behandling er derfor meget følsom for forhold som sykefravær og turnover.

Flere av de poliklinikkene vi har i vårt materiale har hatt tildels langvarig sykefravær i 1998, et forhold som ikke fanges opp i årsverksbegrepet som anvendes i nasjonal statistikk. Omfanget av dette er det vanskelig å beregne konsekvensen av. Fordi det har så direkte konsekvenser for poliklinikkens produktivitet bør dette likevel være et område man fra arbeidsgiverhold ser nærmere på ved de poliklinikkene hvor dette er et problem.

En av de forholdene som ble identifisert i pilotprosjektet (Hatling 1998) var konsekvensene av turnover mht. produktivitet. Turnover medfører at man i oppstarten og avslutningen av et tilsettingsforhold har mindre polikliniske konsultasjoner enn ellers<sup>27</sup>. Nytilsatte trenger tid både

<sup>26</sup> 1135 polikliniske behandlerårsverk x 230 dager x 7,5 timerx3/100

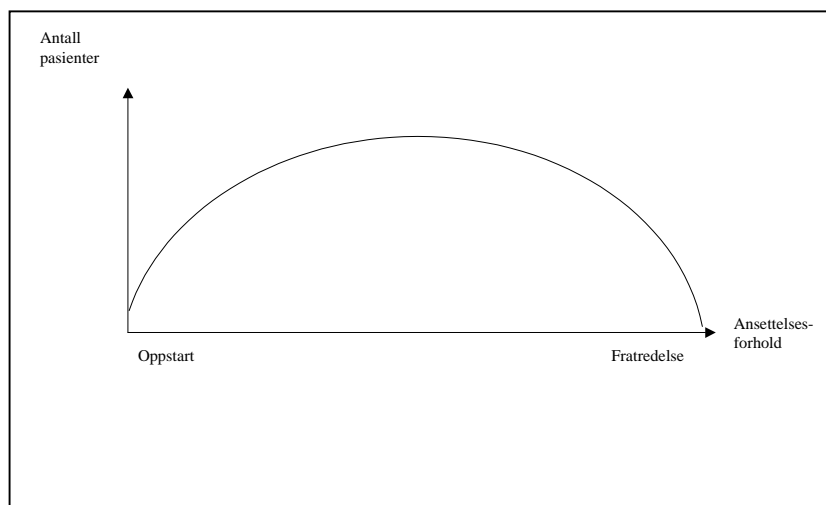
<sup>27</sup> En nytilsatt lege ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk hadde i en uke av aktivitetsregistreringsperioden 10% pasientrelatert arbeid. Ifølge overlegen var tiden gått med til "å pakke ut av esker samt komme i orden".

til å bli kjent med poliklinikkens arbeidsformer samt gradvis påta seg selvstendige behandlingsoppgaver. Poliklinikkene har også som policy at de fleste behandlingsrelasjonene skal avsluttes før behandlerne slutter. Dette er illustrert i figur 10.1.

Høy turnover gir i tillegg store opplæringskostnader (både i form av formell og uformell veiledning), noe vi må forvente går ut over pasientarbeidet (se ellers kapittel 9 om kompetanseutvikling.). For noen yrkesgrupper er turnover en konsekvens av spesialiseringen (særlig leger), for andre er det en konsekvens av mobiliteten innen denne sektoren. Spesielt poliklinikker i distriktene har problemer med å rekruttere og beholde erfarne psykologer (ennå verre når det gjelder psykiatere), og har derfor en stor andel nyutdannede.

#### Utbrenthet.

I kapittel 6 viste vi hvordan en del behandlere opplevde frustrasjoner knyttet til framtidens poliklinikktilbud.



**Figur 10.1** Turnover og behandlingsintensitet.

I mange av intervjuene var vi inne på hvordan det var å arbeide innen en slik tjeneste. Mange opplevde at det tidvis var tøft å stå i, hvor det var nødvendig å finne måter å avregere på i forhold til de påkjenninger jobben periodevis representerte. Det å stikke innom en kollega for en prat eller å få gråte litt, sludre med kontorpersonalet eller bare sitte på kontoret «*helt apatisk*» *slappe av på kontoret eller smårøyker* var noen av de mekanismene de brukte. Noen av behandlerne ble spurt om hvor mye tid som kunne gå med til dette, og det var selvsagt avhengig av problematikk, men de anslo fra 5-15 minutter etter hver samtale for å avregere/ta seg inn. En anslo at dette noen ganger kunne ta fra ½ til en time i løpet av en dag. Disse tallene gjør på ingen måte krav på å være representative, men gir et visst bilde av et i konsultasjonsmessig forstand uproduktivt arbeid, men samtidig en del av arbeidet som ifølge de er helt nødvendig for å overleve selv. Vi fant ingen som opplevde at det ikke var lokal anerkjennelse for at dette var nødvendig og viktig, men enkelte var bekymret for at ensidig eksternt fokus på produktivitet ville endre på dette. Se forøvrig punkt 10.1 om ledelse for en videre drøfting av ledelsesutfordringer knyttet til dette.

Ifølge en behandler hadde i en poliklinikk teamet med den høyeste andelen søknader og lengst ventetid også en del mer sykefravær. Et rimelig hypotese man dermed kan stille er at dette har sammenheng med arbeidsbelastning, men det har ikke vært mulig å forfølge dette mer i detalj.

Mens det i nasjonale dokument rundt den polikliniske driften har vært et fokus på hva de ansatte ved poliklinikkene bruker arbeidstiden til, har det i etterkant av den foreløpige pilot-



studierapporten også dukket opp et annet fenomen. I en av kommentarene til denne skriver en av lederne:

*Private telefonsamtaler/gjøremål tror jeg i liten grad forekommer (ved vår institusjon). Arbeidstelefonsamtaler på fritiden forekommer det nok endel av (fordi en ikke har hatt tid til å ringe eller ikke nådd fram til folk i arbeidstiden). Skrivning av rapporter, søknader, administrativt arbeid m.m. foregår også ofte på fritiden.*

Hun anbefaler derfor at vi i den nasjonale studien inkluderer spørsmål om omfanget av denne ubetalte overtiden. En annen leder er inne på det samme: *Tvert imot er det grunn til bekymring, for mange av våre medarbeidere som arbeider mye overtid, tar imot telefoner/stiller opp spontant i fritiden når det kriser seg til i saker, presser inn ekstra avtaler i et fra før tett program og i tillegg belastes med uhensiktsmessige arbeidsbetingelser. (..) Det å ha så ansvarfulle, fleksible og oppofrende medarbeidere handler mye om kvalitetssikring og forebygging av mer ressurskrevende intervensjon. Man balanserer her på grensen til utbrenthet og belastningsskader på personalet. Dette er et problem jeg tenker mye på i de periodene vi har mange krisesaker.*

Graden av (delvis) ubetalt overtid ble ikke berørt i de innledende intervjuene, men ble fulgt opp i den nasjonale studien (se bl.a. spørsmålene om utviklingsarbeid i lederintervjuene). For de poliklinikkene som kunne angi tid medgikk lite ubetalt tid til slik virksomhet. Det var også få av behandlerne som framhevet dette som et problem for egen del, og det er derfor ikke dekning for å si at dette er et generelt fenomen. I forhold til diskusjonen om produktivitet vil et økt antall pasientkonsultasjoner ha konsekvenser i forhold til øvrige arbeidsområder. Hvis det allerede er en kultur for å «ta med seg arbeid hjem» vil et slikt fokus kunne forsterke en slik tendens. Det er likevel vårt inntrykk at dette i særlig grad er et lederfenomen.

## 10.4 Merkantilt arbeid

I Opptappingsplanen (St prp nr 63) slår man fast at (s. 25): *Økt bruk av økonomisk og administrativt personell i psykiatrien vil gi helse- og sosialpersonell muligheter til ytterligere vektlegging av klientrettet arbeid.* Arbeidsdelingen mellom behandlere og kontorpersonale har derfor vært et område i denne studien. Vi vil nedenfor gjennomgå generelt merkantilt arbeid, inntaksprosedyrer, journaltilgjengelighet og PC-bruk/systemansvarlige.

### 10.4.1 Generelt merkantilt arbeid

Et problem som ble uttrykt av merkantilt personale ved de fleste poliklinikkene var at kapasitetsproblemer medførte at de måtte prioritere de viktigste oppgavene. Dette var arbeid knyttet til journalskriving/journalvedlikehold, telefoner, betjening av pasienter i "luka"/resepsjonen

samt kassefunksjon. Det innebar også at i perioder med liten kapasitet var det vanskelig for behandlerne å få hjelp fra det merkantile personalet til mindre oppgaver.

Et element som også kom fram i intervjuer med ledere, behandlere og merkantilt personale var kompetansen hos det merkantile personalet. Høgskolen i Sør-Trøndelag har i et samarbeid med R-BUP nå et landsdekkende ettårig 5-vektstallstilbud for merkantilt personale innen barne- og ungdomspsykiatrien, et tilbud en av poliklinikkene i vårt materiale benyttet seg av.

### **10.4.2 Inntaksprosedyrer**

Under punktet om inntaksmøter viste vi også til at det er ulik praksis rundt sekretærenes deltakelse i inntaksmøter. Ved de fleste poliklinikkene deltar en fast sekretær, men ikke ved alle. Ved en poliklinikk ble manglende deltakelse begrunnet i kapasitetsproblemer, det var viktigere å betjene telefonen. Ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk hadde man PC tilgjengelig under møtet, og det var da poliklinikkleder som la inn direkte opplysninger/vurderinger/beslutninger framkommet under møtet.

Det er en stor mengde informasjon som forberedes til og bearbeides underveis i et inntaksmøte (ulike skjemaopplysninger for nyhenvisninger, ventelistestatus, behandlerkapasitet, muntlige forespørsler m.v.), hvor det på enkelte områder også mangler opplysninger. I løpet av møtet fattes det også beslutninger om oppfølging, noe som medfører både journaloppdatering og korrespondanse med pasient og henvisende instanser. I stor utstrekning involverer dette det merkantile personalet arbeidsmessig. Det virker derfor umiddelbart uhensiktsmessig at ikke det merkantile personalet (ledende sekretær) deltar i dette møtet med et klart definert ansvarsområde. Som påvist andre steder er det også uklarerhet rundt en del rutiner, og deltakelse her fra det merkantile personalet kan bidra til i første omgang å påvise uklarerhet, i neste omgang utvikle omforente rutiner.

### **10.4.3 Journaltilgjengelighet**

Aabakken m.fl (1995) finner i sitt materiale at den totale tidsbruken ved journalopptak er signifikant lavere når journalen er tilstede. Tilgjengelighet på journal var også en av de faktorene flest behandlere trakk fram som et ønske om forbedring. Kontorpersonellsituasjonen var i perioden vi intervjuet vanskelig ved flere poliklinikker grunnet sykdom, og ved andre poliklinikker opplevde både behandlere og kontorpersonalet at bemanningsfaktoren var for lav. Det å finne fram og sette tilbake journaler, samt sørge for at innholdet var komplett, ble derfor skjøvet over på behandlere. Dette ble både opplevd som tidsødende og irriterende for behandlerne.

#### 10.4.4 PC-bruk/systemansvarlige

De barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene er veldig ulikt utstyrt mht. IT-løsninger. Ved noen poliklinikker har alle behandlerne egen PC, med direkte tilgang til BUP-databasen. Det betyr at de kan hente ut all nødvendig klientinformasjon derfra, og selv skrive inn behandlingsopplysninger. De aller fleste gjør dermed dette arbeidet selv, sekretæren har lite journalskriving. Ifølge en sosionom vi observerte var det å åpne BUP-databasen med en gang ved begynnelsen av dagen rutine. Hun førte BUP-data fortløpende, og startet dagen med å legge inn opplysninger om klienter fra gårdsdagen (i den grad det ikke var gjort samme dag). Det tok 1-2 minutter å registrere opplysninger fra ett besøk. Hvis det var tid skrev hun også inn journalnotat (fra kladdnotater gjort under klientmøtet). Et slikt notat (i form av stikkord) tok 3-4 minutter). Ut fra våre (få) observasjoner virker BUP-databasen rask å bruke for å legge inn rutineopplysninger, i tillegg til at det også var rask tilgang til en rekke opplysninger om klientene og samarbeidspartnere (telefonnummer, adresser m.m.). Et annet standpunkt, som også er av relevans for BUP-databasens reliabilitet, trekkes fram i en av kommentarene til den foreløpige rapporten:

*De fleste medarbeiderne har konstant dårlig samvittighet fordi vi er lite flinke til å registrere. Tlf.samtaler og interne drøftinger blir nok registrert i relativt liten grad av de fleste. Folks forklaring på dette er at de har det for travelt, registreringen er for tidkrevende og oppleves lite meningsfull og at behandling/service prioriteres foran når de er i tidsnød.*

Denne kommentaren er fra en poliklinikk som har lite EDB-utstyr tilgjengelig for behandlerne.

Samtidig er det for lite opplæring i bruk av EDB som verktøy, et eksempel på det var at de fleste behandlerne ved en BUP ikke visste hvordan man skulle bruke e-post (som var lagt inn). Flere behandlere var også inne på at de ikke kjente det fulle potensialet i BUP-data, og derfor etter egen vurdering heller ikke brukte det hensiktsmessig nok.

Ved andre poliklinikker har de aller fleste behandlerne ikke PC'er, og har derfor ikke tilgang til BUP-databasen. Her må alt legges til skriving (en kombinasjon av skrevne kladder og innleste bånd).

Innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene har både PC-utstyr og programvare hittil vært langt dårligere enn innen barne- og ungdomspsykiatrien. I vårt materiale finner vi likevel en poliklinikk med lang tradisjon i å bruke PC blant behandlerne. Interessant nok i et produktivitetperspektiv var at enkelte behandlere la om praksisen ved høyt arbeidspress, og gikk over til diktering på grunn av at det tok kortere tid (jfr. punktet om journalføring).

Et forhold mange av lederne var inne på var behovet for lokal systemansvarlig/EDB-kompetanse. De fleste hadde ordninger knyttet til større institusjoner i nærheten, men de var også avhengig av lokal Edb-kompetanse blant annet for å kunne anvende opplysningene i det pasientadministrative systemet i intern og ekstern rapportering. Innen barne- og ungdomspsy-

kiatrien har HIADATA et ansvar for skoloring av det merkantile personalet her, men også her var flere ledere inne på behovet for merkantilt personale med grunnleggende EDB-kompetanse.

Vi har ikke gjennomført systematiske observasjoner av behandlere ved poliklinikker med forskjellige pasientadministrative systemer, for å gå i dybden på styrker og svakheter ved de enkelte. Uavhengig av diskusjonen om journalskriving utføres mest ressursbesparende ved hjelp av PC eller diktafon, synes det likevel som om en del rutineregistreringer og administrative forhold med fordel kan forenkles på behandlernivå gjennom systemer som BUP-data. To forhold gjør at dette ikke er gjennomført ved alle poliklinikker i vårt materiale:

- systemene som fram til nå har vært tilgjengelig for voksenpsykiatrien har vært for tungvinte i bruk. Dette synes nå løst i de siste versjonene hos de store systemleverandørene (under innføring).
- ikke alle behandlere har tilgang til egen PC på kontoret (ved noen poliklinikker kun et fåtall).

## 10.5 Møtestruktur

En av hensiktene med å organisere den polikliniske virksomheten i team er at den skal kunne gi et tverrfaglig tilbud. Dette innebærer at man også må ha en del for a for faglige diskusjoner og samhandling (jfr. tidligere drøfting under behandling).

I tabell 4.1 framgikk det at interne møter var den pasientrelaterte aktiviteten man brukte mest tid på innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale, mens den kom som en god nummer to innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale. Interne møter utgjorde også en betydelig del av den ikke pasientrelaterte aktiviteten Det er likevel ikke et gjennomgående trekk er at de poliklinikkene som har høy frekvens av møter på ett område også har det på øvrige, noe som også framgår av den neste tabellen.

**Tabell 10.3** *Interne møter, Pasientrelatert og Ikke pasientrelatert. I prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt. Institusjonsvis.*

Møter	Lavprod VP I	Lav- prod VP Ia	Høyprod VP I	Høyprod VP II	Lavprod VP II	Høyprod BUP I	Lavprod BUP I	Middprod BUP I	Lavprod BUP II
Pas. relatert	5,0	8,6	3,2	10,0	8,8	10,3	11,4	7,6	11,3
Ikke pas. relatert	20,9	4,6	1,8	2,5	8,6	4,5	6,9	2,7	3,5
Sum	25,9	13,2	5,0	12,5	17,4	14,5	18,3	10,3	14,8

Det høye tallet for "Ikke pasientrelaterte" interne møter i Lavprod VP I er fordelt relativt jevnt på de fleste behandlerne, og uttrykker dermed en høy møtefrekvens. Dette kan i stor grad forklares med det daglige 45-minutters morgenmøtet (se senere). For Høyprod VP I skyldes trolig det lave tallet Indirekte pasientrelaterte møter at de har valgt å føre dette på faglig rettleidning mottatt. De øvrige poliklinikkene ligger i et midtskikt, hvor variasjonen i om møtene er pasientrelaterte eller ikke kan skyldes ulik kodingspraksis.

I lederintervjuene ba vi om opplysninger om en detaljert oversikt over hvilke møter de hadde, hyppighet, varighet, deltakere og formål med møtene. Møtene kan ut fra disse opplysningene grupperes i 5 formål; Inntak, behandling, undervisning, ledelse samt annet. Med unntak av Annet er det redegjort for disse på de respektive steder i rapporten.

I Annet ligger blant annet profesjonsspesifikke møter, som de fleste store/mellomstore poliklinikker både innen BUP og VP har. I Oslo har man, for barne- og ungdomspsykiatriens del, disse felles for alle poliklinikkene. Tilsvarende modeller finnes også innen voksenpsykiatri i andre fylker, fordi enhetene blir for små. Ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk har man forum for psykiatriske sykepleiere sammen med kommunalt ansatte. Frekvens og lengde varierer mellom poliklinikkene, fra et månedlig timesmøte til ukentlige a 1,5 t., og innen en og samme poliklinikk også mellom profesjonene. Å fjerne disse møtene vil frigjøre tid i størrelsesorden 1-5%, avhengig av hvilken ordning man praktiserer<sup>28</sup>. Den store variasjonen, både mellom poliklinikkene og mellom profesjonene, tilsier at dette er en lokalt utviklet praksis, og dermed et område hvor man bør gå inn og se på formålet med disse. Ifølge en av behandlerne ved en poliklinikk hadde de profesjonsspesifikke møtene to funksjoner eller konsekvenser; for det første at de styrker faget og eget faglige ståsted, men de styrker også opplevelsen av å stå i hver sin leir. Den pågående diskusjonen om faglig lederskap i poliklinikkene er en del av dette (Holte et al. 1999).

I tillegg har de fleste poliklinikkene administrasjons-, personal- og/eller postmøter hvor alle deltar. Også her varierer frekvens og lengde, fra 4 ganger i året til ukentlige á 1 ½ t. Det er

<sup>28</sup> Dette tallet er underestimert, fordi en del profesjoner har fellesseminar med andre institusjoner/instanser. Reisetid kommer derfor i tillegg.

ingen direkte sammenheng mellom poliklinikkenes produktivitet og innslaget av slike møter, men den mest høyproduktive voksenpsykiatriske poliklinikken har det minste omfanget av slike møter. De fleste har også planleggingsdager en eller noen få dager i året.

Lavprod VP I har et daglig morgenmøte av 45 minutters varighet, uten spesifisert formål. Dette kommer i tillegg til inntaks- og behandlingsmøter, og bidrar til at denne poliklinikken kommer høyt ut på møteaktivitet i aktivitetsregistreringen. En tilsvarende regularitet har Høyprod VP I, men her har man inntaks-, behandlings- og undervisningsmøtene fordelt ut over uken i dette tidsrommet, og denne poliklinikken kommer tilsvarende lavt ut.

Ut over dette har enkelte poliklinikker også mer lokale møteformer, f.eks. (utdannings)kandidatmøter, utvalgsmøter (feks. bibliotekutvalg og testutvalg)m.v. Dette gjelder bare noen få (store) poliklinikker, og omfanget av hvert enkelt er lite, men her har neppe vår kartlegging vært systematisk nok. Dette bør likevel studeres nærmere med tanke på grenseoppgang opp mot administrative oppgaver, og hvorvidt det er hensiktsmessig at dette skal beslaglegge behandlerkapasitet (evt. hva).

### **10.5.1 Møtetidspunkt som disiplinerende faktor**

De fire voksenpsykiatriske poliklinikkene har forskjellig regime når det gjelder møtetidspunkt. De to høyproduktive har det mest disiplinerende regimet. Høyprod VP I starter alle sine møter klokken 8.00. mens Høyprod VP II starter sine klokken 08.30. I et intervju med en behandler i Høyprod VP II, hvor vi blant annet gjennomgikk dagopptegnelsene fra aktivitetsregistreringen, gikk halvtimen før møtestart med til det behandleren kalte forberedelse av dagen. De to øvrige voksenpsykiatriske poliklinikkene har enten et tematisk uspesifisert møte fra 8-8.45 eller en kultur på sosial omgang i en halv til en time.



## 11. Fag- og organisasjonsutviklingsarbeid

Stortingsmelding 25 (1996-97) peker også på behovet for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling innen de psykiatriske enhetene. Her drøfter man både organisatorisk forhold, rutiner og fagutvikling som aktuelle tema.

Flere av poliklinikkene er relativt nye, og de har vært i en kontinuerlig utbygging. Poliklinikkene er også preget av mange selvstendige fagpersoner, med stor grad av faglig autonomi. Som vi har vært innom flere steder i denne rapporten drives det blant annet av disse grunnene et utstrakt utviklingsarbeid innen poliklinikkene.

Ved en av poliklinikkene i pilotstudien (Hatling 1998) hadde de følgende prosjektliste:

- En gruppe har arbeidet med idegrunnlag og verdier, herunder å utarbeide et felles ståsted for pasientbehandling, samt en felles målsetting/visjon.
- En gruppe har arbeidet med strukturering av ø-hjelp, både når det gjelder prinsipper og rutiner. Et eksempel på dette er at mottakende behandler følger klienten i 3 samtaler, så kan han/hun gå over til ny behandler.
- En gruppe har arbeidet med å vurdere bruk av psykometriske metoder (inkludert minste basis datasett og diagnostiske metoder), og endte opp med å anbefale metoder. Behandlerne ønsker å være selvstendige, noe som medfører at ikke alle bruker det
- En gruppe har arbeidet med strukturering av journalføring, hva skal inn, og hvordan bør det settes opp. Dette arbeides det også med i forhold til andre enheter ved psykiatrisk avdeling (noen har, andre har ikke).
- En gruppe har også arbeidet med sikkerhet i avdelingen (det har nylig vært episoder hvor en pasient har trakassert personale over tid).

Alt dette arbeidet skal på sikt inn i en prosedyrebok. Ifølge en av lederne hadde arbeidsgruppene vært en OK måte å arbeide på, ved at de med interesse kan jobbe med noe. Ved at mye av arbeidet foregår i gruppene, og de gir tilbakemelding på fellesmøtene, forhindrer man også overload på fellesmøtene. I tillegg avlastet det også ledelsen, hvor ledelsen har vært knyttet opp mot hver sine grupper. Resultatene vurderes derimot som både/og, særlig sett i forhold til framdriften.

Vi ba i lederintervjuene i den nasjonale studien om en detaljert gjennomgang av utviklingsarbeidet i 1998, og pågående. Her ba vi om hvilket tema det omhandlet, hvem som deltok samt et anslag over tid medgått (betalt og ubetalt). Flere av poliklinikkene oppga at det ikke var mulig å beregne hvor mye tid som var medgått, mens andre ga omtrentlige anslag. For de fleste fagområdene deltok 1-2 behandlere, på organisasjonsområdene deltok gjerne leder eller 1-2 medarbeidere når det var eksterne organisasjonsutviklingsprosjekter, de interne medførte i større grad involvering av større del av staben. Selv om hoveddelen av arbeidet var avgrenset til noen få medarbeidere benyttet man i tillegg fellesfora (personalmøter mv) til å drøfte saksområdet og framdrift.



Vi fant lite direkte forskningsarbeid ved poliklinikkene. Noen få medarbeidere var knyttet opp mot pågående forskningsarbeider forankret ved andre institusjoner, og tilsvarende drev noen egne mindre forskningsarbeider.

Det var innen to områder man drev utviklingsarbeid; fagutvikling og organisatoriske forhold..

## **11.1 Fagutvikling**

Alle poliklinikker hadde en eller annen form for fagutviklingsarbeid. Enkelte har en eller to medarbeidere som deltar på avgrensede områder. Eksempler på dette er konferanserekke om spiseforstyrrelser, hvordan unngå akuttinnleggelser ved institusjon hvis poliklinikken har utrykninger, konsekvenser av trafikkulykker, prosedyre for ADHD-utredning, klientevaluerings skjema innen BUP. Andre er involvert i en lang rekke prosjekter som involverer mange medarbeidere (jfr. ovenfor), men også TIPS-prosjektet, Helhetlig psykiatriplanlegging, suicidalitet, voldtekstmottak, fagbehandling og angstgruppe. Innen begge disse hovedformene finner vi stor variasjon i arbeidsmengde i forbindelse med prosjektene. Noen ble av behandlere beskrevet som meget arbeidskrevende. Vi finner ingen sammenheng mellom høy- og lavproduktive poliklinikker og innslaget av fagutviklingsprosjekter, heller ikke i forhold til grad av ressursinnsats. Det alt overveiende av fagutviklingsarbeid var lokalt initiert, men de større prosjektene var del av eksterne initiativ.

## **11.2 Organisatoriske forhold**

Nesten alle poliklinikker i vårt materiale har nylig vært, eller er nå, involvert i utbyggingsprosjekter, et arbeid som ofte skjer i form av representasjon i eksterne arbeidsgrupper. Her finner vi en blanding av ledere og/eller enkeltbehandlere som deltar. I tillegg til selve møtedeltakelsen involveres også poliklinikkens øvrige personale gjennom interne diskusjoner, både i allerede etablerte møtefora (personalmøter/planleggingsmøter) og gjennom uformelle diskusjoner. Vi har ingen oversikt over ressursbruken i forhold til slike prosjekter, men det er naturlig å anta at det, ettersom dette vil influere på alles framtidige arbeidssituasjon, i faser vil være store diskusjoner knyttet til dette. Disse utbyggingsplanene er også som regel knyttet opp mot utredningsarbeid i forhold til tjenestens utforming, et arbeid hvor poliklinikkene naturlig nok også deltar på tilsvarende måte. Bare en av poliklinikkene hadde i 1998 prosjekt i forhold til organisasjonsutvikling. Dette var en poliklinikk som brukte 3 halve dager og en hel dag på å diskutere teamarbeid. To poliklinikker hadde prosjekter i forhold til rutiner, den ene med fokus på harmonisering av journalrutiner og deltakelse i et større prosjekt i regi av sektoren - ”pasienten først”, den andre arbeidet med brukertilfredshet.

En av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene har månedlig ekstern gruppeveiledning for alle behandlerne. Her tar de, i tillegg til faglige spørsmål, også opp organisatoriske forhold.

### 11.3 Drøfting

Det er ikke ut fra våre opplysninger grunnlag for å si at poliklinikkene i dag legger ned betydelige ressurser i fag- og organisasjonsutvikling, men alle har det i en eller annen form.

Som en konsekvens av Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) og Opptrappingsplanen (St prp nr. 63 1997-98) vil poliklinikkene bli involvert i et betydelig organisatorisk utviklingsarbeid framover. For de voksenpsykiatriske poliklinikkene vil oppbyggingen av distriktspsykiatriske sentra bety at det alt overveiende av dagens poliklinikker vil bli berørt av endringene. For de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene vil både den bebudede utbyggingen av sektoren og forslaget om å omdanne behandlingshjemmene til klinikker innebære organisatorisk utviklingsarbeid. For denne sektoren står en også overfor utfordringen med å definere hva behovet for tjenestene er lokalt. Flere av lederne var inne på at dette også var et ressurskrevende arbeid. Når f.eks. så mange av stillingene innen noen poliklinikker var prosjektstillinger, fordret både det å få og drive prosjekter lokal plankompetanse. Ifølge en av lederne ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk hadde de brukt 2 år på å bygge opp en slik kompetanse. Hennes hjertesukk var den manglende muligheten for langsiktig planlegging med så mange prosjektutlysninger; *Hvor blir det av muligheten for 5-årsplanene?*

Tilsvarende vil kravet til kvalitetssikring av eksisterende rutiner/behandlingsformer og fagutvikling øke (jfr. kapittel 6 om evidensbasert praksis).

Det er også sannsynlig at innholdet i den foreliggende rapporten vil være en medvirkende faktor til økt aktivitet innen begge disse områdene. En utfordring for sektoren framover vil derfor være hvordan man skal håndtere disse arbeidsmessige merbelastningene samtidig som man skal møte forventningene om økt produktivitet. Dette behøver ikke nødvendigvis stå i motstrid til hverandre, vi har gjennom denne rapporten vist at det er en lang rekke områder hvor man kan endre praksis i mer produktiv retning. Utfordringen vil derimot i særlig grad ligge på målrettet prioritering og ledelsesmessig oppfølging.



## 12. Kontakt mot samarbeidende instanser

Poliklinikkene har hele tiden vært tiltenkt en rolle blant annet som bindeledd mellom den øvrige psykiatriske spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Det fordrer at man har etablert et samarbeid i forhold til disse nivåene. I stortingsmelding nr. 25 (1996-97) heter det blant annet at *”Den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten må i større grad utforme sine tjenester som bistand til førstelinjetjenesten i kommunene”* (s. 96). Her pekes det både på viktigheten av tilgjengelighet og det å inneha tilstrekkelig kompetanse til å gi råd, veiledning og opplæring til personell i kommunene.

Når det gjelder samarbeidsrelasjoner for barne- og ungdomspsykiatrien ønsker en i Stortingsmelding 25 (1996-97) spesielt gjennom tildeling av utbyggingsmidler å prioritere tiltak som styrker samarbeidet med barnevernet, men også pediatri og rusmiddelomsorg nevnes. Sosialkomiteens innstilling S. nr. 258 (1996-97) vektlegger også arbeidet i forhold til barn med *”de samme psykiske lidelser som voksne”*, og et mindretall i komiteen *”mener at det fortsatt er viktig å opprettholde klare skiller mellom barnepsykiatri og barnevern, selv om det på noen områder er behov for et utstrakt samarbeid. Barn og unge som har behov for psykiatriske helsetjenester, trenger vanligvis ikke en innkopling av barnevernet.”* En samlet komite uttaler at: *Komiteen viser til at barne- og ungdomspsykiatrien har behov også for samarbeid med andre instanser enn barnevernet. Det gjelder bl.a. skoleverket, primærhelsetjeneste, voksenpsykiatri og habilitering. Det er viktig å arbeide med å sette klare grenser for ansvarsområder til de ulike instanser”*.

Det framgår av dette at barne- og ungdomspsykiatrien er forventet å samarbeide med en lang rekke instanser, og at det er politisk uenighet omkring vektleggingen av samarbeidet med barnevernet (jfr. kapittel 5.3.5 for beskrivelse av en organisasjonsform rundt dette).

### 12.1 Samarbeid med førstelinjetjenesten

Poliklinikkene deltar i ansvarsgrupper og på annen måte sammen med 1. linjetjenesten i forhold til enkeltpasienter, men skal også ha mer generelt samarbeid med ulike instanser her. Dette er i forskriftene for de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene datert 1. juli 1998 (tilsvarende formulering også i forskriftene av 1991) utelukkende innrettet mot forebyggende arbeid (forskriftenes §1 Oppgaver):

*Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er helseinstitusjoner som skal foreta undersøkelser, gi råd og behandling overfor barn og ungdom og deres familier, der det foreligger psykiske lidelser eller problemer. Rådgivningen kan også omfatte personer i pasientens sosiale miljø. Poliklinikken skal – i samarbeid med andre instanser i det området den betjener – ta del i forebyggende arbeid i tilknytning til psykiatriske problemstillinger for barn og unge og deres familier.*

Det er ingen egen forskrift for voksenpsykiatriske poliklinikker, disse inngår som en del av det generelle forskriftsverket innen psykiatrien. Departementet antyder i Stortingsmelding 25 (1996-97) at en vil utvikle forskrifter for enkelte typer institusjoner, samt rådgivende faglig veiledningsmaterieell for hvordan tjenestetilbudene bør utvikles. Hvorvidt dette vil omfatte psykiatriske poliklinikker vites ikke. I den samme Stortingsmeldingen står det (s. 66) at de framtidige distriktpsikiatriske sentra bør inneholde en poliklinisk funksjon, og at de bør gi rådgiving og veiledning overfor kommunale tjenester. I Stortingsmelding nr 50 (1993-94) understrekes under punktet om psykisk helsevern viktigheten av å stimulere til at spesialisthelsetjenesten blir mer utadrettet mot førstelinjetjenesten. Dette gjelder både i forhold til pasienter og som deltakelse i veiledning og undervisning. En sier videre at en vil gjennomgå refusjonssystemet for poliklinikkene med sikte på å stimulere denne typen virksomhet.

Vi spurte i aktivitetsregistreringen om begge formene, og framstiller disse to formene sammen. For de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale bruker man samlet 1,5% av tiden til samarbeid med 1. linjetjenesten, mens man innen barne- og ungdomspsykiatrien bruker det dobbelte (3%). Dette ligger betydelig under det nivået man kunne forvente, gitt de oppgaver poliklinikkene er forventet å skulle ha som bindeledd mellom øvrige deler av spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten, og som veileder i forhold til førstelinjen.

I den neste tabellen presenterer vi dette etter institusjon og aktivitetskategori.

**Tabell 12.1 Tid brukt til konsultasjon til/samarbeid med 1.linjetjenesten. Annet arbeid, pasientrelatert og ikke pasientrelatert. I prosent av total arbeidstid. Gjennomsnitt. Institusjonsvis.**

	<i>Lavprod VP I</i>	<i>Lavprod VP Ia</i>	<b>Høyprod VP I</b>	<b>Høyprod VP II</b>	<i>Lavprod VP II</i>	<b>Høyprod BUP I</b>	<i>Lavprod BUP I</i>	<b>Midd.-prod BUP I</b>	<i>Lavprod BUP II</i>
Pasient relatert	1,8	0,8	1,7	1,3	2,0	3,4	2,9	3,4	3,2
Ikke Pasient relatert	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Sum	1,8	0,8	1,7	1,4	2,0	3,5	2,9	3,4	3,2

Som det framgår av tabellen er det i all hovedsak samarbeid med 1. linjetjenesten rundt konkrete enkeltpasienter, en forsvinnende del av samarbeidet er av behandlerne definert som Ikke pasientrelatert arbeid. Det innebærer at i arbeid som f.eks. utvikling av psykiatriplaner, generelle diskusjoner omkring utvikling av den kommunalt baserte psykiatritjenesten og lignende er denne delen av spesialisthelsetjenesten fraværende. I Johansen (1999) opplyser ca 85% av poliklinikkene at de hadde inngått avtaler om overordnet samarbeid med alle eller noen kommuner i sitt opptaksområde. I hans studie har institusjonene ikke gitt opplysninger om hva dette samarbeidet faktisk består i mht. intensitet, men tre av de fire voksenpsykiatriske poli-

klinikkene i vårt materiale inngår i hans materiale. To oppgir at de har samarbeidsavtale med alle kommuner i sitt opptaksområde, en at de har det med ca 1/3. Tross lite materiale er det rimelig å konkludere med at selv om en har samarbeidsavtaler er den reelle tidsbruken, og dermed konsekvensene knyttet til produktivitet, neppe av særlig betydning.

Hvordan har man organisert samarbeidet ved de forskjellige poliklinikkene? I lederintervjuene ba vi blant annet om detaljerte opplysninger om hvilket samarbeid, i mer strukturerte former, de hadde med førstelinjetjenesten. Dette for å kunne skille ut det arbeidet som foregår ad hoc i forhold til enkeltpasienter, f.eks. ansvarsgruppearbeid.

Johansen (1999) deler inn samarbeidsrelasjonene mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten i tre: Overordnet samarbeid, samarbeid om utvikling av faglig kompetanse og samarbeid i forhold til enkeltpasienter. I poliklinikkene i vårt materiale er dette delvis blandet inn i hverandre, ved at noen av de poliklinikkene som har et strukturert samarbeid med førstelinjetjenesten ved siden av å diskutere konkrete pasienter også drøfter forhold av mer overordnet karakter. I både leder- og behandlerintervjuene kom det likevel klart fram at det var det første som var vektlagt. Unntaket var den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken med få, og større møter. Som regel viste man til møteserier en stund tilbake når det gjaldt overordnet samarbeid. I tillegg var det de(n) faglig/administrativt ansvarlige som hadde hovedansvaret for utviklingen av det overordnede samarbeidet. I de poliklinikkene hvor samarbeidsmøtene var hyppige, og fordelt på hele behandlerstaben ( gjerne to behandlere om en kommune/bydel), var derfor tema knyttet til overordnet samarbeid et mindre forekommende fenomen enn ved den poliklinikken hvor man hadde færre samarbeidsmøter, men med deltakelse fra hele staben. En nytilsatt poliklinikkleder hadde som målsetting å delta i samarbeidsmøter med alle berørte kommuner, for som vedkommende sa: *Å bli kjent med forholdene.*

Tre hovedformer for møtebasert samarbeid om overordnede forhold/enkeltklienter framgår av vårt materiale:

### **Regelmessige møter**

Tre av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene har regelmessige møteordninger med de fleste av sine kommuner/bydeler, fra månedlig til 2-3 ganger i halvåret. Som regel møter to faste behandlere fra poliklinikken i hver kommune. Møtene varer stort sett fra 1,5 – 2 timer, samt reisetid. En tilsvarende ordning har også tre av de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

### **Færre, større møter**

Den fjerde barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken har en noe annerledes struktur, hvor man blant annet grunnet forhold i førstelinjetjenesten har et sjeldnere samarbeid med barnevernet og PPT i sitt nedslagsfelt (helsevesenet i en bydel). Dette er halvårlige møter à 2-3 timer, hvor store deler av staben møter.

**Intet strukturert opplegg**

En av de voksenpsykiatriske poliklinikkene har ikke noe regelmessig samarbeid med førstelinjetjenesten. De har et visst samarbeid på ad hoc-basis med en av kommunene.

**Drøfting.**

Selv om poliklinikkene har stor forskjell i opplegg og intensitet, er det ut fra aktivitetsregistreringen ikke mulig å konkludere med at noen opplegg er mer ressurskrevende enn andre. Enkelte behandlere framholdt i intervjuer at ved å ha regelmessige møter med førstelinjetjenesten unngikk man en kontinuerlig pågang av telefoner. Dette støttes ikke av opplysningene fra aktivitetsregistreringen, men kan muligens ha som effekt at man unngår at dagen blir unødig oppstykket.

**12.1.1 Veiledning i forhold til 1. linjetjenesten**

Sykepleiefaglig veiledning:

En veiledningsform flere voksenpsykiatriske poliklinikker tilbyr er sykepleiefaglig veiledning til sykepleiere i førstelinjetjenesten. Dette er også i tråd med det Johansen (1999) finner i sitt materiale. Det ble fra de behandlerne vi intervjuet om gjennomføringen av dette understreket at dette var veiledning i forhold til yrkesrollen som sykepleier, veiledning i forhold til aktuelle klienter var tema på samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten. Poliklinikkene hadde organisert dette forskjellig, med ulik konsekvens mht. dekningsgrad og arbeidsbelastning.

Vi finner to hovedformer:

Veiledning av enkeltsykepleiere, gjerne 1-2 ganger i måneden av en times varighet. Dette foregår ved en lavproduktiv poliklinikk.

Gruppeveiledning to ganger i måneden, over ½ dag. Ved denne poliklinikken gies dette til en sykepleier i hver av de geografiske områdene poliklinikken dekker. En fra poliklinikken har ansvaret for dette. Dette gies ved en høyproduktiv poliklinikk. Denne poliklinikken hadde avvist å gi individuell veiledning, på tross av meldt behov, fordi de mente det var for ressurskrevende.

En av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene driver gruppeveiledning av helse-søstre. Her har de tre parallelle grupper for ulike kommuner en gang i måneden, over 2.5 timer. En fra poliklinikken deltar. En annen har planer om et tilsvarende opplegg, to ganger i måneden. Disse er henholdsvis lavproduktiv og middels produktiv poliklinikk. De to andre poliklinikkene gir ikke et slikt tilbud.

Arbeidsdeling:

Ved en poliklinikk i pilotstudien ble den sykepleiefaglige veiledningen gitt av det tilknyttede daghospitalet, mens poliklinikken ga veiledning til legene i nedslagsfeltet. Kun en av poliklinikkene i vårt materiale ga et veiledningstilbud til kommunelegene.

Veiledning til andre grupper:

Fem av de åtte poliklinikkene ga i tillegg veiledningstilbud til ansatte ved institusjoner i deres nedslagsfelt (boliger, dagsenter, barnevernsinstitusjoner, fengsel). Ved to av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene ga de også et tilbud til henholdsvis barnevernet og skole/PPT. Både frekvens og deltakelse fra BUP varierer, samt om det foregår i et samarbeid med andre instanser.

To av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene (henholdsvis høyproduktiv og lavproduktiv) har ingen tilbud om veiledning til førstelinjetjenesten.

### **Drøfting**

Hvilke konsekvenser kan en så trekke av veiledningspraksisen i forhold til arbeidsformer og produktivitet ved poliklinikkene?

For det første at veiledning er tiltak av **begrenset omfang**. For de fleste poliklinikkene er dette et tilbud som ytes av noen få medarbeidere, overfor noen definerte grupper. For det andre at dette sannsynligvis vil være et område som vil **øke i fremtiden**, gitt at poliklinikkene velger å gå inn i det. Som Johansen (1999) påpeker, opplever spesialisthelsetjenesten at kommunene ønsker mer omfattende veiledning. Han argumenterer ut fra sitt materiale også for at **om** man driver faglig veiledning er tilbudsstyrt. Den relativt tilfeldige profilen på faglig veiledning som framstilles ovenfor støtter dette, hvor flere profesjonsgrupper i kommunene er helt eller delvis utelatt. Et siste moment som også vil bidra til økning er at spesialisthelsetjenesten mener at kommunene i dag deltar for lite i veiledning fordi de mangler fagpersonell som kan delta (Johansen 1999). Det er rimelig å anta at dette vil endres som en konsekvens av kompetanseoppbyggingen i førstelinjetjenesten, jfr. Opptrappingsplanen.

For det tredje at **noen modeller er mer ressurskrevende enn andre**, i form av arbeidstid per veiledet fagperson. Individuell veiledning virker i så måte lite hensiktsmessig. Tilsvarende er det også forskjell i hyppighet, noen månedlig og noen to ganger i måneden. En så stor hyppighet som det siste bør drøftes opp mot utbredelsen i forhold til andre målgrupper. For det fjerde at ressursbruken for poliklinikkene også er **avhengig av hvordan man organiserer tilbudet**. Det mest ressurskrevende vil være at poliklinikkens ansatte veileder ute. Dette gjøres til en viss grad i vårt materiale.

## **12.1.2 Samarbeid i forhold til ansvarsgrupper**

En av de hyppigst forekommende arbeidsformene hvor man samarbeider omkring enkelt-pasienter er gjennom ansvarsgrupper. For 1998 utgjorde det ifølge Johansen (1999) fra 2-5 ansvarsgrupper per behandler for poliklinikkene som inngår i vårt materiale, uten at forskjellen her slår ut i tid brukt til direkte pasientrelatert arbeid i vår aktivitetsregistrering.



### 12.1.3 *Konsekvenser med hensyn til tidsbruk*

En forsøksvis beregning av antallet behandlertimer som går med til samarbeidsformer overfor førstelinjetjenesten, tilsier at møter utgjør mellom 75 og 300 behandlertimer for de poliklinikkene som har strukturerte ordninger. Veiledningsordningene tilsvarende fra 0 til 120 timer. Til sammenligning utgjør ett behandlerårsverk 1725 t (230 dager x 7,5 timer). De strukturerte samarbeidsordningene slik de her er redegjort for har med andre ord liten betydning for den totale ressursanvendelsen ved poliklinikkene.

Det ikke mulig er ut fra dette å se hvordan de svært forskjellige samarbeidsordningene gir seg utslag i de forskjellene vi ser i aktivitetsregistreringen mellom poliklinikker og sektorer mht. andel av arbeidstiden brukt til samarbeid med førstelinjetjenesten. Dette må forstås på behandlernivå. Et spørsmål som reiser seg er hvordan behandlingsopplegget er lagt opp i BUP ettersom det innebærer dobbelt så mye samarbeid? Samtidig er det viktig å understreke at det for begge sektorer er snakk om små andeler (1.5% vs. 3%).

Et annet forhold vi har analysert er om det er noen sammenheng mellom hvorvidt poliklinikken har en ø-hjelpsordning og tidsbruk i forhold til 1. linjetjenesten. Antakelsen her er at en slik ordning vil kreve mer ressurser i form av tidsbruk. Noen slik sammenheng finner vi ikke, se også tidligere om utformingen av og formålet med ø-hjelpsordningene.

### 12.1.4 *Reiser*

Av tabell 4.1 framgår det at det også er en del pasientrelatert reisevirksomhet, henholdsvis 1,5% for voksenpsykiatri og 4,3% for barne- og ungdomspsykiatri. Av samme tabell framgår det også at relativt lite av tiden innen begge sektorene medgår til direkte pasientrelaterte hjemmebesøk (0,6-0,7%). Vi kan derfor anta at en stor del av denne reisevirksomheten, i hvert fall innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale, er knyttet til pasientrettede samarbeidsforhold med førstelinjetjenesten. Dette gir særlig utslag for en av poliklinikkene, hvor 11,5% av behandlertiden medgikk til pasientrelaterte reiser. Derfor diskuterer de nå om de bruker for mye tid på denne formen for samarbeid med førstelinjetjenesten, og vurderer å kutte det ned.

## 12.2 *Samarbeid med spesialisthelsetjenesten*

I aktivitetsregistreringen ble behandlerne bedt om å angi tid medgått til konsultasjon til/ samarbeid med spesialisthelsetjenesten, både av pasientrelatert og ikke pasientrelatert natur. De voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale bruker totalt 2,5% til dette, i all hovedsak i forhold til enkeltklienter (2,1%), mens barne og ungdomspsykiatrien bruker 0,9%, med en tilsvarende fordeling (0,8% til enkeltklienter).

**Tabell 12.2** Tid brukt til konsultasjon til/samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Annet arbeid, Pasientrelatert og Ikke pasientrelatert. Tall i prosent av total arbeidstid. Etter institusjon. Gjennomsnitt.

	Lavprod VP I	Lav- prod VP Ia	Høyprod VP I	Høyprod VP II	Lav- prod VP II	Høyprod BUP I	Lavprod BUP I	Midd.pr od BUP I	Lavprod BUP II
Ind	0,0	0,0	6,8	1,5	1,1	2,1	0,4	1,2	0,4
Ikke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,1	1,2	0,2
Sum	0,0	0,0	6,8	1,5	1,3	2,6	0,5	2,4	0,6

Det framgår av tabellen at behandlerne ved de fleste institusjonene bruker nesten ubetydelig tid på samarbeid med spesialisthelsetjenesten, også på enkeltpasientnivå. For Høyprod VP Is vedkommende kan det høye tallet sannsynligvis forklares med en ukentlig tilsynsordning for tre av legene i forhold til et psykiatrisk sykehjem.

I lederintervjuene ba vi om detaljerte opplysninger om hvilket strukturert samarbeid man hadde med spesialisthelsetjenesten, og hvilke ressurser som går med til dette. Vi finner tre hovedformer for samarbeid:

### 12.2.1 Ledelsessamarbeid

Alle lederne ved poliklinikkene deltar i eksterne ledelsesfora. Her finner vi to former; de som er del av en større enhet deltar i klinikk møter (fra ukentlig til månedlig – 1-2 timer). I tillegg deltar de fleste i ledelsesmøter på sektor eller fylkesnivå (her varierer praksisen blant de som er en del av en klinikk). Poliklinikker i områder med store reiseavstander har dette 4-6 ganger i året over en dag, andre har det 1-2 ganger i måneden over ½ dag. Grunnet kompliserte organisasjonsstrukturer er det ofte flere møter på ulike nivå, hvor poliklinikkleder pålegges å møte. Eksempelvis er det i ett fylke utvidet ledergruppe månedlig over ½ dag hvor to fra poliklinikken deltar, 1 times sjeflegemøte månedlig hvor poliklinikkleder drar samt poliklinikkoverlegemøte fem ganger i året over ½ dag. I et annet fylke deltar poliklinikkleder i seksjonsledermøter 2 halve dager i måneden samt ledermøter i sektoren 4 ganger i året (2-3 timer). I tillegg til møtetiden kommer også reisetid på en del av disse møtene. Ut over dette er det også en del ad-hoc møter hvor ledelsen ved poliklinikkene pålegges å møte. Fra flere ledere ble det derfor uttrykt frustrasjon over det høye antallet eksterne møter, samtidig som man opplevde at man burde delta for ikke å falle utenfor i beslutningsprosesser.

### 12.2.2 Tilsynsoppgaver

Tre av de voksenpsykiatriske poliklinikkene har tilsynsoppgaver ved sykehjem/bo- og behandlingssentra/botreningssenter. Ved den ene har de ukentlig tilsyn av lege over hel dag (3 avdelinger med en lege hver) samt 2 sosionomer over ½ dag. Ved den andre har de ukentlig tilsyn ved hvert senter av lege ½ dag/to ganger i måneden over en dag). Begge disse poliklinikkene er høyproduktive. Ved botreningssenteret har en psykiater tilsyn 1-2 timer hver uke. En lavproduktiv barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk har ukentlig tilsyn ved barneavdelingen ved somatisk sykehus (en behandler 1 ½ time).

### 12.2.3 Øvrig samarbeid

Avhengig av lokale forhold er det også en lang rekke andre samarbeidsfora mot spesialist(helse)tjenesten poliklinikkene deltar i. For barne- og ungdomspsykiatrien dreier dette seg blant annet om instanser som fylkesbarnevernet og barnehabiliteringsteam, for voksenpsykiatri i forhold til det psykiatriske sykehuset de sogner til.

Det viser seg derimot å være svært få strukturerte samarbeidsrelasjoner mellom voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien i vårt materiale. Ingen av de voksenpsykiatriske poliklinikkene nevnte BUP som en samarbeidspartner, tilsvarende var det eneste vi fant av BUP-samarbeid med voksenpsykiatrien i forbindelse med mulig samlokalisering i et distriktspsykiatrisk senter. Ungdom vil delvis være en felles målgruppe for disse to sektorene (jfr. også punktet om pasientbehandling om likhet i behandlingstilnærmingen - individualterapi – for ungdomsgruppen), og punktet forfølges derfor tiltaksmessig i oppsummeringskapitlet.

## 12.3 Rikstrygdeverkets takster

Fra flere ledere, og noen behandlere, ble det påpekt at takstsystemet ikke påskjønner samarbeid med andre instanser. Vi er kjent med at det i forslag til nytt minste basis datasett er lagt opp til å skille ut samarbeidsmøter som egen konsultasjonskategori ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene, og at det også har vært drøftet at dette burde ha konsekvenser for takstsystemet. Slik takstsystemet er utformet i dag (Rikstrygdeverket 1999) er det ingen takst ved de psykiatriske poliklinikkene for samarbeid med andre instanser. Derimot hjemles i takstgruppe 3-6 Tilleggstakster for spesialistutredninger og mer omfattende prosedyrer også samarbeidstiltak (dog inntil en gang per halvår for samme pasient og samme sykdom/skade):

*Nødvendig samarbeid med andre faggrupper om pasientbehandling, veiledning og oppfølging er inkludert i takstene (f.eks. ernæringsfysiolog, sosionomtjenester, fysioterapi, ergoterapi, psykologtjenester) (s. 12).*

Dette er takstgrupper som brukes innen en lang rekke andre polikliniske tjenester (jfr. takstheftet), men innholdet i slike takstgrupper er ikke beskrevet hverken for voksenpsykiatrisk eller barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinisk virksomhet. Dette følges opp i oppsummerings/tiltakskapitlet.



## 13. Oppsummering og forslag til tiltak

Med utgangspunkt i en analyse av „beste praksis“ ble det i kapittel to antydnet et produktivitetspotensiale på 25-30% på nasjonal basis for de psykiatriske poliklinikkene. Et slikt produktivitetspotensiale forutsetter at poliklinikker med lav produktivitet blir like produktive som de som i dag etablerer „beste praksis“. Vi understreker igjen at „beste praksis“ og produktivitet i denne rapporten ikke et uttrykk for klinisk kvalitet, men et uttrykk for produksjon i form av konsultasjoner/tiltak. I de øvrige kapitlene i rapporten analyseres enkeltområder hvor det framkommer praksisvariasjoner av betydning for produktivitet. I dette kapitlet oppsummerer vi de viktigste funnene i rapporten, og foreslår tiltak på bakgrunn av disse. Hvert enkelt underkapittel er inndelt i fire underpunkt (med referanse tilbake til de steder i rapporten hvor det er en utfyllende beskrivelse/drøfting av det enkelte tema) :

- En kort oppsummering av hovedfunn innen temaet
- tiltak som kan gjennomføres på den enkelte poliklinikk.
- tiltak som kan gjennomføres på et nasjonalt nivå
- områder hvor det er avdekket behov for kunnskapsutvikling, enten i form av fagutvikling og/eller forskning/utredning<sup>29</sup>

Vi vil understreke at mens vi i kapittel to har benyttet tilgjengelig statistikk for et stort antall poliklinikker, er rapportens øvrige kapitler basert på et lite antall poliklinikker (jfr. kapittel tre). Hovedfunnene i denne rapporten er derfor av kvalitativ karakter. Fordi vi ikke vet hvilken utbredelse det enkelte fenomen har på nasjonal basis (f.eks. hvilke journalrutiner som finnes flest steder) er det ikke mulig ut fra vårt materiale å beregne hvilket produktivitetspotensiale det enkelte tiltaksområde har.

### 13.1 Hovedfunn

I kapittel to antyder vi et produktivitetspotensiale i form av konsultasjoner/tiltak på 25-30% på nasjonal basis for de både de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. Dette er noe over halvparten av det produktivitetspotensialet Sosial- og helsedepartementet anser som realistisk (jfr. St prp nr. 63 1997-98:25).

En problemstilling knyttet til dette er om produksjonen av behandlede pasienter/ tiltak per behandlerårsverk er så lav som nasjonal statistikk antyder. Er antallet behandlerårsverk som figurerer i nasjonal statistikk det reelle antallet årsverk som legges ned i poliklinisk drift? To

---

<sup>29</sup> I rapporten påvises store lokale variasjoner i utformingen av tjenestetilbudet, variasjoner betinget både av eksterne og interne forhold. En sentral utfordring knyttet til kunnskapsutvikling på feltet er dermed forholdet mellom intern versus ekstern validitet. Studier under kontrollerte betingelser vil kunne sikre den interne validiteten, men relevansen for feltet forøvrig kan være liten.

forhold er trukket tidligere i rapporten (jfr. kapittel 10); forhold knyttet til behandler/pasientrelasjonen (sykdom og turnover) og administrasjon. I et eget vedlegg til rapporten drøftes refusjonsberettigede årsverk og samarbeid med spesialisthelsetjenesten Oppsummert er det mye som tyder på at nasjonal statistikk opererer med et for høyt årsverkstall, og at også forhold knyttet til behandler/pasientrelasjonen og administrasjon har konsekvenser for det faktiske årsverkstallet. Produktiviteten per behandlerårsverk er derfor sannsynligvis høyere enn det som framgår av nasjonal statistikk.

Mellom 1/3 og 1/4 av behandlernes tid i vårt materiale brukes til direkte pasientrettet arbeid (jfr. kapittel 4). Det mest framtreddende funnet når det gjelder tidsbruk er at vi finner den største variasjonen mellom behandlere, ikke mellom sektor eller profesjon.

Poliklinikkene står overfor et betydelig forventningspress. De skal for det første ivareta et befolkningsansvar og samtidig gi den enkelte pasient faglig forsvarlig behandling. Videre er de forventet å yte mest mulig pasientbehandling samtidig som de også bør samarbeide tett med eksterne instanser. Kravet om økt pasientbehandling står sterkt, samtidig som poliklinikkene som del av spesialisthelsetjenesten er forventet å inneha høy faglig kompetanse (hvor ressurser derfor må settes av til kompetanseutvikling). Manglende retningslinjer for prioritering mellom konkurrerende arbeidsoppgaver er en iøynefallende systemsvakhet for poliklinikkene. Hverken nasjonale eller fylkeskommunale myndigheter har i særlig grad utviklet prioriteringskriterier for poliklinikkene. På flere områder mangler dermed poliklinikkene bevisste prioriteringsstrategier, med påfølgende uklare prioriteringer. Det er derfor stor grad av autonomi for den enkelte behandler til å utforme sin egen praksis. I denne rapporten foreslås tiltak innen en lang rekke områder, tiltak som har som målsetting å øke produktiviteten. Målsettingen om økt pasientbehandling i den størrelsesorden St prp nr 63 (197-98) anser realistisk fordrer sannsynligvis også en mer overordnet prioritering mellom de ulike virksomhetsområder poliklinikkene i dag betjener

De mest produktive voksenpsykiatriske poliklinikkene er de med tydeligst ledelse/ledelseskultur.

## **13.2 Pasientbehandling**

### **13.2.1 Oppsummering**

I kapittel 5.1 drøftes inntaksprosedyrens to funksjoner (mottak og videre oppfølging), samt hvordan nye pasienter fordeles på behandlere (det meste fordeles etter kapasitet, ikke kompetanse). Vi viser at det er betydelige forskjeller i ressursbruk knyttet både til behandlingen av hver enkelt henvisning, og til behandlerårsverk som går med til dette. Noen voksenpsykiatriske poliklinikker bruker mye behandlerressurser til øyeblikkelig hjelp-ordninger, en konsekvens av den lokale arbeidsdelingen mellom førstelinjetjenesten, poliklinikken og døgn-

institusjonen (jfr. kapittel 5.2). Få poliklinikker har systematiske avslutningsprosedyrer (jfr. kapittel 5.4.)

### **13.2.2 Lokale tiltak**

#### **Inntaksprosedyrer**

Ut fra en ren ressursbetraktning er det ønskelig med en kritisk vurdering av hvorvidt de mest ressurskrevende prosedyrene med fordel kan forenkles. Vi vil anbefale poliklinikkene å gå gjennom sine inntaksprosedyrer, og særlig drøfte organisering og ressursinnsats knyttet til mottaksprosedyrer (jfr. kapittel 5.1).

#### **Øyeblikkelig hjelp**

Øyeblikkelig hjelp-ordningene er særlig ressurskrevende der de har et stort innslag av institusjonsinnleggelse som konsekvens. Vi viser i kapittel 5.2 ulike modeller man har valgt for dette, og ressurskonsekvensene de har. Det er derfor grunn til å drøfte lokalt (mellom poliklinikk, sykehus og institusjonseier) om enkelte ordninger er uhensiktsmessig bruk av polikliniske behandlerressurser.

#### **Avslutningsprosedyrer**

Få poliklinikker har systematiske avslutningsprosedyrer (jfr. kapittel 5.4.). Vi vil anbefale at man diskuterer hvilke avslutningsprinsipper den enkelte behandler følger, og deretter i fellesfora drøfter i hvilken grad man bør etablere mer omforente kriterier for hvordan avslutning skal skje, samt hva de i så fall skal bestå i (regelmessig gjennomgang av alle saker f.eks. månedlig/hvert halvår eller en gjennomgang av sakene etter et visst antall konsultasjoner/etter en viss tid som to eksempel).

#### **Konsultasjonslengde**

Det er behandlervariasjoner når det gjelder praksis rundt enkeltkonsultasjonslengde både innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri (jfr. kapittel 5.3.3.). Vi har ingen grunn til å tro at det er mulig eller ønskelig å utvikle en standardpraksis, men oppfatter at dette hittil har vært et lite drøftet tema innen klinisk praksis. Med bakgrunn i de produktivitetskonsekvenser det har kan et mulig tiltak være at konsultasjonslengde tas opp som et faglig tema ved de enkelte poliklinikker, hvor man både drøfter hvilken praksis den enkelte har og hvilke begrunnelser man har for de ulike. Siktemålet kan i første omgang være å øke bevissthetsnivået rundt temaet.

#### **Journalpraksis**

Journalføring er et område hvor behandlerne bruker mye tid (10-12%, jfr. kapittel 4), og hvor vi finner store praksisvariasjoner blant annet grunnet i mangelfull opplæring (jfr. kapittel 8). Vi er kjent med at det nå arbeides med å utvikle journalforskrifter, men de vil med nødvendighet være så generelle at det vil være stort rom for lokal og individuell variasjon med hensyn til omfang og kvalitet (krav til minstestandarder kan formuleres, men detaljregulering i forhold til stor variasjon i klinisk bilde og faglig tilnærming er neppe hensiktsmessig innen



rammen av et forskriftsverk). Erfaringene fra vårt materiale tilsier også at lokale retningslinjer i seg selv ikke sikrer mot en slik variasjon. Det var ved flere poliklinikker utviklet retningslinjer for journalføring, men såvidt vi vet har ingen systematisk gått gjennom behandlernes journalføring for å se hvordan disse retningslinjene følges opp i praksis. Et mulig tiltak ved den enkelte poliklinikk er å be hver behandler legge fram sin beste og dårligste journal, og at man på bakgrunn av dette vurderer hvilken standard man bør ha ved poliklinikken. Dette vil samtidig være en del av det lokale kvalitetssikringsarbeidet. Fordi dette tar så mye av behandlernes tid bør en slik gjennomgang skje med visse mellomrom.

Et slikt arbeid kan ha tre målsettinger:

- økt kvalitet
- redusert tidsbruk
- anerkjennelse av at veiledning av den enkelte i journalføring ansees som en del av profesjonaliseringen

### 13.2.3 Nasjonale tiltak

#### Gruppebehandling

De voksenpsykiatriske poliklinikkene sterke vektlegging av individuelle behandlingskonsultasjoner virker som en lite produktiv arbeidsform<sup>30</sup> (jfr. kapittel 5.3). En tilsvarende manglende vektlegging av gruppebehandling finner vi også i de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. Gruppebehandling er en behandlingsform som selvsagt ikke er egnet for alle pasientgrupper og typer problematikk, men ingen behandlere i vårt materiale trakk fram forhold ved pasientpopulasjonen som en begrensende faktor. Et mulig nasjonalt tiltak for å følge opp dette kan være å gjennomgå spesialistutdanningene med sikte på om de gir behandlerne tilstrekkelig kompetanse i å anvende gruppebehandling. Videre kan stimulering av utdanningsinstitusjoner og profesjonsorganisasjoner til å tilby behandlere etterutdanningskurs i gruppebehandling overfor aktuelle pasientgrupper være formålstjenlige tiltak. For å stimulere poliklinikkene til økt anvendelse av dette kan en videre anvende mulighetene som ligger i de framtidige pasientadministrative systemene (minste basis datasett) ved å be om innrapportering av antall pasienter/konsultasjoner etter konsultasjonsform (hvor gruppebehandling inngår som en konsultasjonsform).

#### Journalføring.

Tre forhold rundt journalføring gjør det ønskelig med nasjonal oppfølging i forhold til temaet (jfr. kapittel 8); behandlerforskjeller rundt journalutforming, delvis liten opplevelse av egnethet med hensyn til å se utvikling i behandlingen over tid samt manglende opplæring i journalføring (innholdsmessig og rent praktisk). Mulige tiltak her vil være presisering av journalforskrifter, innholdsvurdering av videreutdanningenes journalundervisning samt oppfordre institusjonseiere til opplæring av behandlere i journalføring.

---

<sup>30</sup> Vi understreker at vi her ikke går inn i om gruppebehandling er produktivt ut fra et klinisk perspektiv, dvs. hvorvidt pasienten blir bedre (evt. enda bedre pga gruppeprosessene som utløses).

**Hvilken kompetanse skal være ved poliklinikkene?**

Vi drøfter i kapittel 6 ulike forhold knyttet til hva poliklinisk behandling skal være som samlet tilbud, herunder også de faglige spenningene og usikkerheten som følge av disse. Vi viser i det samme kapitlet videre til den manglende forskriftsfestingen av formålet med den tverrfaglige sammensetningen av poliklinikkene. En mulig oppfølging kan være at forskriftene gjennomgås med tanke på om formålet med den tverrfaglige sammensetningen kan klargjøres.

**13.2.4 Kunnskapsutfordringer****Inntaksprosedyrer**

Det er store forskjeller i ressursanvendelse forbundet med inntaksprosedyrer (jfr. kapittel 5.1). Vi vet samtidig lite om hvilke andre konsekvenser de ulike inntaksprosedyrene har. Av særlig interesse her vil være å få belyst konsekvensene av å etablere/stå på venteliste opp mot å gi/motta et kortvarig tilbud. Vi vil derfor foreslå at det settes i verk forsøksvirksomhet med ulike inntaksmodeller for å se hvilken effekt de har (for pasienter, behandlere og poliklinikken som organisasjon).

**Praksis rundt konsultasjonslengde**

Vi viser i kapittel 5.3.3. til forskjellig praksis rundt enkeltkonsultasjonslengde, og drøfter produktivitetskonsekvenser av dette. Det er derfor behov for kunnskap om hvilken klinisk betydning disse forskjellene har, hvor en i neste omgang kan initiere fagutviklingsprosjekter for å belyse konsekvensene (for behandler, pasient mv) av ulik praksis.

**Tverrfaglig samarbeid**

Det er grunn til å stille spørsmålstegn ved hvor reellt det tverrfaglige samarbeidet er, ved at behandlerne i de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale i så stor utstrekning forholder seg til pasientene alene (jfr. kapittel 6). Dette er en arbeidsform som er produktiv, ved at lite behandlerressurser settes inn rundt hver enkelt konsultasjon. Hvorvidt dette samtidig er den kvalitativt sett beste arbeidsformen i forhold til alle pasientgrupper er et åpent spørsmål, og er etter vår vurdering et viktig fagutviklingsområde for sektoren framover.

**Behandlingsforskning**

Vi har gjennom rapporten vist at det er ulike retninger innen psykiatrisk behandling, retninger med tildels store konsekvenser for ressursanvendelse og dermed for produktivitet slik begrepet er anvendt i denne undersøkelsen (jfr. kapittel 5.3 og 6). To eksempler her er individualbehandling vs. gruppebehandling og bruken av reflekterende team. Derimot kan vi ikke si noe om den kliniske effekten av de ulike retningene. Vi vil foreslå at dette kunnskapsmessig følges opp med økt behandlingsforskning, hvor også produktivitetsbetraktninger inngår som en sentral del, noe som også er i tråd med sentrale helsepolitiske signaler (St meld nr. 25 1996-97, St prp nr. 63 1997-98). Her er det et behov for å studere behandlingsmetodenes effekt i forhold til de enkelte lidelser, slik at man ikke for ensidig legger vekt på produktivi-

tetsbetraktninger i vurderingen av behandlingsformer. Ut fra denne rapportens påvisning av det store mangfoldet og den store behandlerautonomien er det også behov for å studere hvordan den forskningsbaserte kunnskapen spres i det kliniske miljøet. Hvilke faktorer fremmer og hemmer kunnskapsspredning?

## 13.3 Kompetanseutvikling

Samlet sett medgår omkring 1/6 av behandlernes tid til ulike former for kompetanseutviklende tiltak (jfr. kapittel 9). Dette er i stor grad en konsekvens av spesialistutdanningene. Omkring hver fjerde behandler tar en eller annen form for klinisk spesialist/videreutdanning.

### 13.3.1 Lokale tiltak

#### Veiledning på praksisprofil

Ifølge vårt intervjumateriale består den individuelle veiledningen hovedsakelig av klinisk veiledning i forhold til aktuell pasientsaker, men også av forhold knyttet til utvikling av behandlerrollen (jfr. kapittel 9.2). Vi vil foreslå at man **også** anvender opplysninger fra de pasientadministrative systemene systematisk inn i den individuelle veiledningen på utøving av rollen som behandler. Konsultasjonslengde, konsultasjonsserielengde, antall pasienter og konsultasjoner per uke vil her være aktuelle opplysninger hvor den enkelte beholders profil kan diskuteres opp mot poliklinikken som helhet. Hensikten med dette bør være å øke bevisstheten omkring den praksisprofil den enkelte behandler og poliklinikken har, og på sikt endre det som oppleves uhensiktsmessig.

#### Eksterne veiledere

En konsekvens av veiledningsordningene er at det binder opp tiden til erfarne klinikere (jfr. kapittel 9). For å redusere veiledningsbelastningen på poliklinikkens spesialister kan et mulig tiltak være at man for det første vurderer å opprette faste eksterne veilederordninger for ass.leger og psykologer, hvor man i langt større grad enn i dag anvender privatpraktiserende spesialister. Dette vil sannsynligvis fordyre ordningene, og gitt at de privatpraktiserende gjør det innen sin arbeidstid sannsynligvis redusere deres produktivitet (i betydningen antall konsultasjoner), men vil etter vår vurdering ha to positive konsekvenser; å avlaste poliklinikkens spesialister samt øke samhandlingen mellom de offentlige poliklinikkene og de privatpraktiserende spesialistene (jfr. kapittel 5.3.4). Her vil det være nødvendig å foreta en tematisk grenseoppgang, deler av veiledningen må skje ved en som kjenner arbeidsstedet og observerer vedkommende kandidats konkrete yrkesutøvelse. Et annet mulig tiltak vil være å øke bruken av gruppeveiledning. Alle profesjonsspesialiseringene åpner opp for dette, men vårt inntrykk er at dette anvendes lite. Her vil geografi være en begrensende faktor, for små poliklinikker vil dette medføre en økning i reisetid, og dermed ikke være regningssvarende. For større poli-

klinikker med flere innen samme profesjonskategori i utdanningsstilling ligger forholdene bedre til rette for dette (også for geografisk nære poliklinikker).

### **Studentveiledning og ekstern undervisning**

Både av hensyn til utdanningsinstitusjonenes behov for forelesere og veiledere samt behandleres opplevelse av egenutvikling er det sannsynligvis ikke ønskelig å fjerne studentveiledning og ekstern undervisning (jfr. kapittel 9.2.4). Med den knapphet på polikliniske ressurser vi har i dag, er det likevel grunn til å stille spørsmål ved om dette bør være tjenester poliklinisk personale tilbyr i sin polikliniske arbeidstid. Dette kan i så fall nedfelles i lokale retningslinjer, med ledelsesoppfølging.

## **13.3.2 Nasjonale tiltak**

Vi viser her til de forslag til gjennomgang av spesialistutdanningene som bebudes i Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Vi er kjent med at Statens helsetilsyn har igangsatt et prosjekt hvor man foretar en slik gjennomgang. Som en del av denne gjennomgangen vil vi foreslå at en ser nærmere på bruken av gruppeveiledning, samt om det er formålstjenlig at deler av veiledningen kan gjennomføres ved i større grad å anvende eksterne veiledere (privatpraktiserende spesialister).

## **13.3.3 Kunnskapsutfordringer**

### **Tverrfaglig samarbeid**

Et område hvor praksis varierer mye er hvordan behandlere reelt samarbeider omkring behandling (jfr. kapittel 6). Her er tilsvarende kunnskapsutfordringer hvilke lidelser som fordrer hvilken type samordnet kompetanse, hvilke erfaringer vi i dag har rundt tverrfaglig samarbeid og hvilke faktorer som fremmer og hindrer en slik samordning?

### **Profesjonenes kjernekompetanse**

Vi har flere steder, særlig i kapittel 6, vist til uklarhet knyttet til de enkelte profesjoners posisjon i og bidrag til det polikliniske tilbud. Her finnes det få systematiske norske studier. En mulig fruktbar innfallsvinkel til å belyse dette finnes i studiet av profesjonenes rolle i de engelske Community Mental Health Teams (CMHT) (Norman and Peck 1999, Peck and Norman 1999). Her har man både gjennomført en nasjonal seminarrekke (med sentrale aktører fra organisasjoner og profesjoner) samt gruppeintervjuer av behandlere ved slike team. I det første studiet er fokus særlig på utfordringer disse aktørene knytter til utformingen av selve ideen CMHT. I det siste studiet ba man profesjonene gi en beskrivelse av sitt eget arbeidsområde, og forhold knyttet til praktiseringen av dette i CMHT. Profesjonene ble også bedt om å respondere på de øvrige profesjoners beskrivelse. Resultatene av disse studiene er ennå ikke implementert. Det mangler også kunnskap om hvilke konsekvenser ulik kompetanse har med hensyn til produktivitet og kvalitet, et tema som med fordel kan inngå i slike studier.

**Innholdet i spesialistutdanningene.**

Det settes av mye ressurser til spesialisering (jfr. kapittel 9). Vi er kjent med at en nå gjennomgår hele spekteret av spesialist/videreutdanninger som en del av oppfølgingen av Stortingsmelding 25 (1996-97). Det er ut fra funn i denne rapporten grunn til å vurdere om det faglige innholdet og undervisningsopplegget i spesialist/videreutdanningene er i tråd med den profilen en ønsker ved poliklinikkene i framtiden. Her vil vi særlig framheve den ulike vektleggingen av samarbeid med andre yrkesgrupper samt gruppebehandling.

**Produktivitetsmessige konsekvenser av behandlersammensetning**

I analysene av produktivitet i kapittel to har vi sett på produktivitetspotensialet uavhengig av mengdeforholdet mellom behandlergrupper (psykiatere versus pedagoger eller universitetsutdannede versus høgskoleutdannede som to av mange mulige inndelinger) ved poliklinikkene. En kunnskapsutfordring blir dermed om forskjeller i dette forholdet har konsekvenser for produktiviteten (jfr. drøftingene i kapittel seks).

## 13.4 Administrative oppgaver

### 13.4.1 Oppsummering

Rundt 10% av behandlernes tid medgår til administrasjon. Flere forhold knyttet til administrasjon og ledelse tilsier økt fokus på dette framover; ledelseskultur og mangel på formell lederkompetanse samt mangelfull dimensjonering og kompetanse på merkantil side (jfr. kapittel 10).

### 13.4.2 Lokale tiltak

**Arbeidsdeling mellom behandlere og merkantilt personal**

En av de store utfordringene når man skal se nærmere på arbeidsdelingen mellom merkantil sektor og behandlingspersonalet er knapphet. Flere av de diskusjonene hvor vi var til stede rundt arbeidsdelingen bar preg av at det merkantile personalet enten følte seg angrepet (fordi de ikke gjorde jobben sin) eller møtte nye forslag med oppgitthet ”*dette på toppen av alt det andre vi burde gjort*”. Begge disse forholdene hindrer kreativ nytenkning, forsterket av at dette som regel er små organisasjoner med nære relasjoner mellom aktørene. Samtidig er det neppe mulig å komme med sentrale retningslinjer for en slik arbeidsdeling, til det er lokal kompetanse og interesse for forskjellig.

Et mulig tiltak er at den enkelte poliklinikk gjennomgår hele dette arbeidsfeltet under mottoet: Gitt at vi fikk 10 ekstra merkantile stillinger, hva burde i så fall de nye stillingene gjort? Hensikten med et så urealistisk høyt tall er at en da vil være fri til å se helt nytt på alle områder.

En slik liste over arbeidsoppgaver kan i neste omgang brukes til både å endre eksisterende arbeidsdeling samt begrunne evt. behov for merkantil stillingsøkning overfor institusjonseier (jfr. St prp nr 63 1997-98:25). Et område i en slik gjennomgang bør være å definere saksbehandleroppgaver (jfr. kapittel 11 om sannsynlig økning av organisatorisk utviklingsarbeid). Deler av disse vil være av en slik kompleksitet at de sannsynligvis vil kreve merkantil kompetanse på konsulentnivå, en kompetanse vi ikke finner mye av ved poliklinikkene i vårt materialet. Det merkantile personalets kompetanse kan derfor med fordel også inngå som en del av en slik gjennomgang.

### **EDB-tilgjengelighet og –kompetanse**

Vi viser i kapittel 10.4.4 til mulighetene for mer ressursbesparende rutineregistreringer og forenkling av en del administrative forhold ved at behandlere har tilgang til PC med funksjonelle pasientadministrative systemer. Det synes derfor lite rasjonelt at egen PC ikke er standardutrusting for alle behandlere ved alle poliklinikker. Under dette punktet er det også ønskelig at det vurderes om den lokale EDB-kompetansen er tilstrekkelig, både med hensyn til drift og analyse av pasientdatabasen (herunder systemansvar) og hos den enkelte behandler.

### **Møteformer**

Hvis man ser alle de ulike møteformene under ett er det stor variasjon mellom poliklinikkene i tid som medgår til dette, tilsvarende også for hver enkelt møtetype. Dette gjenspeiler seg også i aktivitetsregistreringen. Som drøftet under profesjonsspesifikke møter er møtestrukturen et utslag av lokale diskusjoner/tradisjoner/kulturer. To av poliklinikkene har nylig vært gjennom diskusjoner om møtestruktur, og fjernet eller redusert omfanget av møter man opplevde som u hensiktsmessige eller for ressurskrevende. En mulig lokal oppfølging i tråd med dette er at den enkelte poliklinikk foretar en tilsvarende gjennomgang. Som et utgangspunkt for en slik diskusjon vil vi anbefale at man inkluderer følgende momenter:

- Hvilke positive og negative erfaringer har en med den enkelte møtetype?
- Hvilken hensikt skal møtet dekke i framtiden?
- Kan det tas bort uten for store kostnader?
- Kan de avholdes på andre måter, f.eks. gjennom økt bruk av ny teknologi (telematikk) for å spare reisetid?

## **13.4.3 Nasjonale tiltak**

### **Nasjonal monitorering av poliklinikkens produktivitet**

Poliklinikkene har tradisjonelt vært svært autonome organisasjoner. I Østfold gikk ingen eksterne instanser inn og fattet vedtak om hvordan poliklinikkene skulle avveie mellom arbeidsoppgaver, eller hvilken profil de skulle legge seg på i spenningsfeltet mellom populasjonsansvar og pasientansvar (Ramsdal 1996). Dette var ”i tråd med oppfatningen om at de enkelte poliklinikkene måtte foreta prioriteringer ut fra egne forutsetninger og den lokale situasjonen” (ibid s. 192). Kun en poliklinikk i vårt materiale har fått pålegg om å prioritere spesielle grupper. Pålegget ble fulgt, men det ble i flere intervjuer uttrykt misnøye med det.

Man var faglig uenig i at poliklinikken skulle pålegges oppgaver som andre deler av psykiatrien burde ivarett.

En mer indirekte ekstern styring av prioriteringene vil være, gjennom nasjonal statistikk, å sammenligne konsekvensene av de lokale prioriteringene. Dette kan gjøres ved hjelp av de pasientadministrative systemene. Fram til nå har dette vært et område preget av diskresjon. Noen egnede indikatorer for slike sammenligninger vil være å oppgi på poliklinikknivå antall konsultasjoner per behandlerårsverk (dette er i dag den eneste i nasjonal statistikk), antall behandlede pasienter per behandler, antall konsultasjoner/tiltak per pasient/pasientgruppe (det siste for å kontrollere for forskjeller i pasientsammensetning), pasientpopulasjon etter diagnose og GAF-score samt antall pasienter på venteliste og ventetid. Så langt har kvaliteten på de pasientadministrative systemene innen voksenpsykiatrien vært for dårlige, men vil være mulig etter hvert som minste basis datasett blir implementert. For barne- og ungdomspsykiatrien er datagrunnlaget av god nok kvalitet, men få indikatorer framstilles ennå (jfr. Vedleggstabeller Halsteinli et al 1998). Som et ledd i et slik arbeid vil det være ønskelig å avklare hvordan forskjellene man framstiller skal følges opp, og av hvem.

### **Lederutdanningsprogram**

Vi viser i kapittel 10 til den svake formelle lederkompetansen ved poliklinikkene i vårt materiale, og i kapittel 11 de betydelige ledelsesutfordringer disse institusjonene står overfor som følge av behovet for fagutvikling og den pågående organisasjonsutvikling. Det bør derfor vurderes om det er behov for et program for lederutdanning innen sektoren.

## **13.4.4 Kunnskapsutfordringer**

### **Ledelsesformer**

Det er i denne undersøkelsen avdekket tildels store potensielle spenninger som konsekvens av de faglige debattene som foregår (jfr. kapittel 6 og kapittel 10). En utfordring ledere dermed står overfor er hvordan man skal utvikle organisasjonene faglig og organisatorisk uten at man mister kompetanse som følge av turnover (jfr. kapittel 10.3). Ved store poliklinikker det i tillegg uklarhet rundt hvilken posisjon og myndighet teamledere skal ha (jfr. kapittel 10.1). Ved en del større poliklinikker finner vi også bredt sammensatte ledelsesforum som administrasjonsråd. Samtidig vet vi for lite om hvilke konsekvenser de ledelsesformer som finnes har for driften av poliklinikkene, og særlig hvilke ledelsesformer som er egnet for slike organisasjoner.

### **Organisasjonskultur**

Vi har i kapittel 5 vist at det er en sammenheng mellom høyproduktive poliklinikker (i forståelsen antall konsultasjoner per behandler) og tid til Direkte pasientrelatert arbeid i aktivitetsregistreringen. Det lave antallet behandlere vi har intervjuet ved hver poliklinikk gjør det ikke mulig å trekke klare konklusjoner med hensyn til organisasjonskultur. De utsagnene fra ledere og behandlere vi likevel har rundt organisasjonskultur og dilemmaet mellom befolkningsansvar og et fullverdig tilbud til den enkelte pasient (jfr. kapittel 7) impliserer at de

høyproduktive poliklinikkene i større grad har internalisert i behandlerne et fokus på befolkningsansvar, og dermed høyt antall konsultasjoner og pasientrettet arbeid. I forhold til en eventuell framtidig implementering av de øvrige funnene fra denne undersøkelsen er det derfor et behov for å studere organisasjonskulturens betydning for produktivitet nærmere.

### **Stordriftskonsekvenser**

I kapittel to viser vi at data på nasjonalt nivå indikerer at det eksisterer stordriftsulemper i voksenpsykiatrien, men ikke i barne- og ungdomspsykiatrien. I vårt kvalitative materiale er to store barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker lavproduktive, mens en er høyproduktiv. Med tanke på framtidig organisering av de polikliniske tjenestene er økt kunnskap om stordriftsfordeler/ulemper ønskelig. Denne rapportens funn tilsier særlig et fokus på ledelse og administrasjon samt grad av faglig spesialisering.

### **Forholdet behandlere – merkantilt personale**

I analysene av produktivitet i kapittel to har vi sett på produktivitetspotensialet uavhengig av forholdet mellom antall behandlerårsverk og merkantile årsverk ved poliklinikkene. En kunnskapsutfordring blir dermed om forskjeller i dette forholdet har konsekvenser for produktiviteten (jfr. drøftingene i kapittel 10.4 og forslagene under 13.4.2).

## **13.5 Samarbeid med første- og andrelinjetjenesten**

### **13.5.1 Oppsummering**

Ifølge vårt materiale (jfr. kapittel 4 og 12) brukes det i dag samlet sett lite ressurser til samarbeid mellom poliklinikkene og eksterne instanser (førstelinjetjenesten og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten). Samtidig finner vi stor variasjon i tid brukt på dette, og hvordan samarbeidet er organisert. Vi finner ingen sammenheng mellom grad av regelmessighet og tid medgått til samarbeid i henhold til aktivitetsregistreringen.

### **13.5.2 Lokale tiltak**

Vi redegjør i kapittel 12 for ulike måter man har organisert samarbeidet på. Ingen av organisasjonsformene er spesielt arbeidskrevende, og et mulig lokalt tiltak kan dermed være å drøfte en omlegging av egne samarbeidsordninger i retning større grad av regelmessighet.



### 13.5.3 Nasjonale tiltak

Et av områdene som drøftes i Stortingsmelding 25 (1996-97) er betydningen av poliklinikkens samarbeid med andre deler av det offentlige tjenestetilbudet. Vi redegjør innledningsvis i kapitlet for en viss politisk uenighet rundt barne- og ungdomspsykiatriens samarbeid med barnevernet. Vi redegjør også for at disse samarbeidsrelasjonene ikke er tydeliggjort i forskriftene, hverken for de barne- og ungdomspsykiatriske eller voksenpsykiatriske poliklinikkene (for de sistnevnte er det ikke egne forskrifter). Videre viser vi til Stortingsmelding 25, hvor det antydes at en vil utvikle forskrifter for enkelte typer institusjoner, samt rådgivende faglig veiledningsmateriell for hvordan tjenestetilbudene bør utvikles.

To funn om samarbeidsrelasjoner i denne rapporten er viktig med tanke på innholdet i eventuelle framtidige forskrifter/rådgivende faglig veiledningsmateriell. I rapportens kapittel 12 viser vi at poliklinikkene i vårt materiale selv oppgir å bruke lite tid til dette. I oppfølgingen av denne rapportens fokus på produktivitet (målt som direkte pasientbehandling) vil samarbeid med øvrig tjenestetilbud kunne bli ytterligere nedprioritert. Vi viser i det samme kapitlet at det er store variasjoner i samarbeidsformer mellom poliklinikkene, og at man særlig har lite overordnet samarbeid med øvrige instanser.

Vi vil derfor foreslå at man på bakgrunn av disse funnene gjennomgår forskriftsverket med tanke på å hjemle samarbeidet med førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten tydeligere.

I kapittel 12 viser vi også at Rikstrygdeverkets takster for offentlige poliklinikker ikke gir økonomisk uttelling for samarbeidstiltak ved de psykiatriske poliklinikkene, mens det for en del annen poliklinisk virksomhet gies forhøyede takster for dette (takstgruppe 3,4,5 og 6). Sett i lys av det økte fokus på poliklinikkens inntjening er det rimelig å anta at også takstene vil ha en vridning i retning direkte pasientbehandling, delvis på bekostning av samarbeidstiltak.

Gitt at det er ønskelig med økt tid til samarbeid med eksterne instanser, kan et mulig tiltak være at man går gjennom behandlingsformene ved de psykiatriske poliklinikkene. Dette med tanke på å utvikle beskrivelser som kan hjemle bruk av takster i takstgruppe 3-6 også ved de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.

### 13.5.4 Kunnskapsutfordringer

#### **Samarbeidende instanser vurderinger.**

Vi har i kapittel 12 vist at det er ulike modeller for samarbeid med eksterne instanser, og i kapittel 5.3.5. drøftet forhold omkring arbeidsdeling mellom poliklinikker, privatpraktiserende spesialister og førstelinjetjenesten. Vi viser her også til diskusjonen omkring hva som er godt nok (jfr. 5.4.4.). Vi vet derimot mindre om hvilke vurderinger samarbeidende instanser gjør av de forskjellige samarbeidsmodeller og ansvarsdeling, hvilke praksisformer og prioriteringer som best tilfredsstiller disses behov. Det vil derfor være ønskelig med økt kunn-

skapsutvikling på dette området hvis poliklinikkene skal styrkes som del av behandlingsnettverket.

**Samarbeid mellom voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.**

Et område hvor vi har avdekket lite samarbeid er mellom barne og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Årsaker til dette og mulige handlingsalternativer er dermed kunnskapsutfordringer man står overfor.

**Samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern**

Vi drøfter i kapittel 5.3.5. arbeidsdelingen mellom poliklinikkene og øvrige tjenestetilbud. Ett av områdene vi berører er en organisasjonsmodell hvor en behandler har spesielt ansvar for samarbeid mot barnevernet. Ut fra et rent produktivitetsperspektiv er dette en lite produktiv ordning, ettersom vedkommende behandler ikke skal tilby klientbehandling. Samtidig er det høstet en del erfaringer i Sogn og Fjordane som bør studeres mer systematisk enn denne studien har gjort. Vi vil derfor foreslå at de (tildels forskjellige) organisasjonsmodellene dette fylket har valgt inngår i en mer systematisk studie av utfordringer og løsningsmodeller knyttet til forholdet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri.

**Samarbeid mellom psykiatri og somatikk**

Både blant de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i vårt materiale finner vi stor variasjon i samarbeidsformer (faglig, organisatorisk og lokaliseringsmessig) overfor somatiske institusjoner (sykehus). Dette er ikke berørt i særlig grad i denne rapporten, og er derfor et område som bør studeres nærmere.



## Litteratur

Andersen, Anders J.W. og Bengt Karlsson (1998): Introduksjon, I Andersen og Karlsson (1998): Psykiatri i endring, Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Andestad, Tore (1997): Hva er hjelp? hovedfagsoppgave ved Program for sosialt arbeid, NTNU, Trondheim.

Davison, Gerald C. (1998): Being Bolder with the Boulder Model: The Challenge of education and Training in Empirically Supported Treatments, Journal of Councelling and Clinical Psychology, Vol. 66, No 1:163-167.

Den norske lægeforening (1998): Årbok 1998/99.

Gould, Steven Jay (1981): The mismeasure of Man, Penguin, London.

Hagen, Helge (1997): Evaluering av arbeidsformer i voksenpsykiatriske poliklinikker, Foreløpig prosjektskisse 17.10.97, SINTEF Unimed NIS.

Hagen, Helge og Trond Hatling (1997): Evaluering av arbeidsformer i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, Prosjektskisse 20.11.97, SINTEF Unimed NIS.

Halsteinli, Vidar (red) (1998): Samdata psykiatri, SINTEF Unimed NIS-rapport 5/98, Trondheim.

Hatling, Trond (1998): Rapport fra pilotprosjektet: Evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved poliklinikker innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatri, SINTEF Unimed NIS-rapport STF78 A98523, Trondheim.

Helsedirektoratet (1985): Nye alternativer i psykiatrien, Oslo.

Helsetilsynet (1998): Det psykiske helsevern. Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv, IK-2507.

Heskestad, Stig (1991): Utbygging av poliklinikker og bruk av sengeplasser i psykiatrien, Tidsskrift for den norske lægeforening, Vol.111, Nr 12:1509-1512.

Holte, Arne, Bjørn Rishovd Rund, Stein Rønnov et al. (1999): Styrk rekrutteringsgrunnlaget for ledelse av psykisk helsevern nå, Tidsskrift for norsk psykologforening, 36:133-135. Innst. S. nr 258 (1996/97) Sosialkomiteens innstilling

Johansen, Knut (1999): Samarbeid mellom voksenpsykiatrien og førstelinjen. En nasjonal kartlegging, Rapport STF78 A99520, SINTEF Unimed NIS, Trondheim. Journal of Mental Health 1999, vol. 8, No 3.

- Kliniske pedagogers forening (1999): Rammeplan for videreutdanning i klinisk pedagogikk.
- Miles, Matthew B. and A. Michael Huberman (1994): *Qualitative Data Analysis*, Sage, Thousand Oaks.
- Måseide, Per (1984): *Lokalsamfunnspsykiatri - 1,2,3* Universitetsforlaget, Oslo.
- Nathan, Peter E., Torkil Berge and Geir Høstmark Nielsen (1999): Treatment that works, *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 36:617-619.
- Norman, Ian and Edward Peck (1999): Working together in adult community mental health services: An inter-professional dialogue, *Journal of Mental Health*, vol. 8, No 3:217-230.
- Norsk psykologforening (1996): Reglement for spesialiteten i klinisk psykologi, Notat B.18.01. 01.03.96.
- NOU 1997:2 Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus
- Onyett, Steve (1999): Community mental health team working as a socially valued enterprise, *Journal of Mental Health* 1999, vol. 8, No 3:245-251.
- Onyett, Steve and Richard Ford (1996): Multidisciplinary community teams: Where is the wreckage? *Journal of Mental Health*, vol. 5, No 1:47-56.
- Onyett, Steve, Tracey Pillinger and Matt Muijden (1997): Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams, *Journal of Mental Health*, vol. 6, No 1:55-66.
- Patton, Michael Q. (1990): *Qualitative evaluation and research methods*, Sage, Newbury Park.
- Peck, Edward and Ian Norman, (1999): Working together in adult community mental health services: Exploring inter-professional role relations, *Journal of Mental Health*, vol. 8, No 3:231-244.
- Ramsdal, Helge (1996): «Kan psykiatrien reformeres innenfra?» Evaluering av Prosjekt psykiatri, Rapport 1996:3, Høgskolen i Østfold.
- Ramsdal, Helge og Kari Ludvigsen (1998): Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien, I Anders J. A. Andersson og Bengt Karlsson: *Psykiatri i endring*, Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Rasmussen, Trond (1988): «Kundeperspektiv». En etterundersøkelse på en psykiatrisk poliklinikk, hovedoppgave psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Reichelt, Sissel (1983): Evaluering av arbeidet ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Monografiserien nr. 8.

- Rikstrygdeverket (1999): Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker fra 1. april 1999.
- Ruud, Torleif (1996a): Erfaringer og resultat fra en utprøving av noen metoder, Delutredning 7 Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Helstilsynet, Oslo.
- Ruud, Torleif og Mardon Breimoen (1996): Praktisk veiledning i bruk av noen evalueringsmetoder, Delutredning 8 Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Helstilsynet, Oslo.
- Ruud, Torleif (1996b): Oppsummering av prosjektet og forslag til videre arbeid, Delutredning 9, Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Helstilsynet, Oslo.
- Røvik, Kjell (1998): Moderne organisasjoner, Fagbokforlaget, Oslo.
- Sirnes, Thorvald (1998): Akademisering. Diskurskollisjon, habitus og sosial verdsetting, Sosiologisk tidsskrift, vol. 6, No1-2:107-130.
- Solberg, Erik E., Lars Aabakken, Olav Sandstad m.fl (1995): Journalen – innhold, forventninger og kvalitet, Tidsskrift for den norske lægeforening, 115:488-489.
- Sosial- og helsedepartementet (1998): Forskrift for drift av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, 1. juli 1998 nr. 706.
- St meld nr 25 (1996/97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St prp nr 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.
- Strauss, Bernhard M. (1998): The writing on the wall – comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany, Psychoterapy research, Vol8, No 2:158-170.
- Sørugaard, Knut W. (1996): Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang, Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol. 33, nr. 1:11-25.
- Ulleberg, Pål (1998): Aktivitetsregistrering ved voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, notat, SINTEF Unimed NIS, Trondheim.
- Wadel, Cato (1991): Feltarbeid i egen kultur, SEEK a/s, Flekkefjord.
- Wifstad, Åge (1998): Eklektismen: problem og utfordring, I Anders J. A. Andersson og Bengt Karlsson: Psykiatri i endring, Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Øvretveit, John (1996): Five ways to describe a multidisciplinary team, Journal of interprofessional care, Vol. 10, No. 2:163-171.

Aabakken, Lars, Olav Sandstad, Edvin Bach-Gransmo m.fl (1995): Tidsbruk ved journalopptak. Tidsskrift for den norske lægeforening, 115:486-487.

Aaslestad, Petter (1997): Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler, Tano-Aschehoug, Oslo.

## **Vedleggsoversikt**

- Vedlegg 1      Aktivitetsskjema poliklinisk virksomhet innen voksenpsykiatrien
- Vedlegg 2      Aktivitetsskjema poliklinisk virksomhet innen barne- og ungdomspsykiatrien
- Vedlegg 3      Skjema for registrering av antall pasienter i løpet av 14- dagersperioden
- Vedlegg 4      Daglig timeregistreringsskjema
- Vedlegg 5      Lederintervjuer – intervjuguide – versjon 3 (12/1-98)
- Vedlegg 6      Strukturert skjema for ledere poliklinikker versjon 3 (12/1-99)
- Vedlegg 7      Intervjuguide Behandlere
- Vedlegg 8      Er produksjonen av behandlede pasienter/tiltak per behandlerårsverk så lav som nasjonal statistikk antyder?



SINTEF Unimed  
Norsk institutt for sykehusforskning

Skjemanr.:

Poliklinikk:

### AKTIVITETSSKJEMA Poliklinisk virksomhet innen voksenpsykiatrien

Hver behandler fyller ut ett skjema for hele registreringsperioden. Se rettleiding på baksiden av arket.

#### 1. Opplysninger om den som fyller ut skjemaet

##### Yrkesbakgrunn

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Psykiater                                    | 5 <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleier |
| 2 <input type="checkbox"/> Lege uten spesialitet i psykiatri            | 6 <input type="checkbox"/> Klinisk sosionom       |
| 3 <input type="checkbox"/> Psykolog med spesialitet i klinisk psykologi | 7 <input type="checkbox"/> Annen sosionom         |
| 4 <input type="checkbox"/> Annen psykolog                               | 8 <input type="checkbox"/> Annen                  |

##### Kjønn:

- 1  Mann  
2  Kvinne

##### Alder:

Navn:

Antall års poliklinisk erfaring totalt:

Antall års poliklinisk erfaring ved denne poliklinikken:

Team:

#### 2. Antall timer poliklinisk virksomhet i registreringsperioden

Totalt antall timer poliklinisk virksomhet i registreringsperioden:.....

(Skal være lik sum Direkte pasientrelatert arbeid og sum Annet arbeid i kolonnene nedenunder)

Totalt antall timer poliklinisk bakvakt i registreringsperioden:.....

Av dette: timer medgått til utrykning:.....

##### DIREKTE PASIENTRELATERT ARBEID:

	Antall timer:
Individualterapi	<input type="text"/>
Familie/par/gruppeterapi	<input type="text"/>
Hjemmebesøk	<input type="text"/>
Annen type terapi <sup>1)</sup>	<input type="text"/>
Pasienten ikke møtt <sup>8)</sup>	<input type="text"/>

##### Annen behandling:

Observasjon/undersøkelser/utredning	<input type="text"/>
Tester	<input type="text"/>

Totalt:

##### ANNET ARBEID:

Pasientrelatert<sup>2)</sup>: Ikke pasientrelatert<sup>3)</sup>:

	Antall timer:	Antall timer:
Faglig rettleiding (gitt) <sup>4)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Faglig rettleiding (mottatt) <sup>4)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kurs/studier av faglitteratur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reiser	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Journalføring	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konsultasjon til/samarbeid med 1.linjetjenesten <sup>5)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konsultasjon til/samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annen konsulentvirksomhet <sup>6)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administrasjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Interne møter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annet <sup>7)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Totalt:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hvem skal fylle ut skjema?**

Alle som driver voksenpsykiatrisk poliklinisk klientundersøkelse/behandling i løpet av registreringsperioden.

**KOMMENTARER TIL UTFYLLINGEN AV TIMER MEDGÅTT TIL POLIKLINISK VIRKSOMHET**

- 1) Terapiformer som ikke inngår over (inkludert ansvarsgrupper), som miljøterapi, sosial trening o.l.
- 2) **Pasientrelatert.** Arbeid som gjøres i forhold til konkrete enkeltpasienter/saker.
- 3) **Ikke pasientrelatert.** Arbeid som er av generell karakter og ikke gjøres i forhold til en spesifikk pasient/sak.
- 4) **Faglig rettleiding.** Mottatt selv eller gitt til andre innen psykisk helsevern. Deles skjønnsmessig mellom pasientrelatert/ ikke pasientrelatert virksomhet.
- 5) **Konsultasjon til 1. linjetjenesten.** Herunder sosialkontor, primærhelsetjenesten, trygdekontor o.l.
- 6) Inkluderer anonyme konsultasjoner, foredrag, undervisning.
- 7) Inkluderer brevskrivning o.l. i forbindelse med pasientsaker.
- 8) Dette er ventetiden – Resten av tiden fordeles ut på øvrige kategorier (etter tid medgått).

Antall **forskjellige** pasienter i løpet av registreringsperioden (flere konsultasjoner/kontakter om samme pasient i løpet av 14.dagersperioden teller som **en** pasient innen **hver av** de to hovedkategoriene).

Antall forskjellige pasienter		Alene	Sammen med flere behandlere ved poliklinikken	
			Hovedterapeut <sup>1)</sup>	Koterapeut <sup>2)</sup>
Direkte pasientrelatert arbeid				
Annet pasientrelatert arbeid	Antall pasienter hvor du kun har hatt denne kontaktypen i løpet av perioden			
	Antall pasienter hvor du også har hatt Direkte pasientrelatert arbeid i løpet av perioden.			
Antall pasienter ikke møtt i løpet av perioden				

Vi erkjenner at det er vanskelig å gi et helt korrekt antall innen hver av disse kategoriene, men ber om at du gir et best mulig anslag.

- 1) Det kan ikke være mer enn en hovedterapeut pr. behandler
- 2) For at man skal føre opp en pasient som „sin“ må kontakten ha vært av minst 15. minutters varighet.

SINTEF Unimed  
Norsk institutt for sykehusforskning

Skjemanr.:

Poliklinikk:

**AKTIVITETSSKJEMA**  
**Poliklinisk virksomhet innen barne- og ungdomspsykiatrien**

Hver behandler fyller ut ett skjema for hele registreringsperioden. Se rettledning på baksiden av arket.

**1. Opplysninger om den som fyller ut skjemaet**

**Yrkesbakgrunn**

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Psykiater                                    | 5 <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleier |
| 2 <input type="checkbox"/> Lege uten spesialitet i psykiatri            | 6 <input type="checkbox"/> Klinisk sosionom       |
| 3 <input type="checkbox"/> Psykolog med spesialitet i klinisk psykologi | 7 <input type="checkbox"/> Annen sosionom         |
| 4 <input type="checkbox"/> Annen psykolog                               | 8 <input type="checkbox"/> Klinisk pedagog        |
|   | 9 <input type="checkbox"/> Annen pedagog          |
|   | 10 <input type="checkbox"/> Annen                 |

**Kjønn:**

- 1  Mann  
2  Kvinne

**Alder:**

Navn:

Antall års poliklinisk erfaring totalt:

Antall års poliklinisk erfaring ved denne poliklinikken:

Team:

**2. Antall timer poliklinisk virksomhet i registreringsperioden**

Totalt antall timer poliklinisk virksomhet i registreringsperioden:.....

(Skal være lik sum Direkte pasientrelatert arbeid og sum Annet arbeid i kolonnene nedenunder)

Totalt antall timer poliklinisk bakvakt i registreringsperioden:.....

Av dette: timer medgått til utrykning:.....

**DIREKTE PASIENTRELATERT ARBEID:**

	Antall timer:
Individualterapi	<input type="text"/>
Familie/par/gruppeterapi	<input type="text"/>
Hjemmebesøk	<input type="text"/>
Annen type terapi <sup>1)</sup>	<input type="text"/>
Pasienten ikke møtt <sup>8)</sup>	<input type="text"/>

**Annen behandling:**

Observasjon/undersøkelser/utredning	<input type="text"/>
Tester	<input type="text"/>

**Totalt:**

**ANNET ARBEID:**

Pasientrelatert<sup>2)</sup>: Ikke pasientrelatert<sup>3)</sup>:

	Antall timer:	Antall timer:
Faglig rettledning (gitt) <sup>4)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Faglig rettledning (mottatt) <sup>4)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kurs/studier av faglitteratur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reiser	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Journalføring	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konsultasjon til/samarbeid med 1.linjetjenesten <sup>5)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konsultasjon til/samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annen konsulentvirksomhet <sup>6)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administrasjon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Interne møter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annet <sup>7)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Totalt:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hvem skal fylle ut skjema?**

Alle som driver barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinisk klientundersøkelse/behandling i løpet av registreringsperioden.

**KOMMENTARER TIL UTFYLLINGEN AV TIMER MEDGÅTT TIL POLIKLINISK VIRKSOMHET**

- 1) Terapiformer som ikke inngår over (inkludert ansvarsgrupper), som miljøterapi, sosial trening  
o.l.
- 2) **Pasientrelatert.** Arbeid som gjøres i forhold til konkrete enkeltpasienter/saker.
- 3) **Ikke pasientrelatert.** Arbeid som er av generell karakter og ikke gjøres i forhold til en spesifikk pasient/sak.
- 4) **Faglig rettleiding.** Mottatt selv eller gitt til andre innen psykisk helsevern. Deles skjønnsmessig mellom pasientrelatert/ ikke pasientrelatert virksomhet.
- 5) **Konsultasjon til 1. linjetjenesten.** Herunder sosialkontor, primærhelsetjenesten, kommunal barneverntjeneste, PP-tjenesten, skole, trygdekontor o.l.
- 6) Inkluderer anonyme konsultasjoner, foredrag, undervisning.
- 7) Inkluderer brevskrivning o.l. i forbindelse med pasientsaker.
- 8) Dette er ventetiden – Resten av tiden fordeles ut på øvrige kategorier (etter tid medgått).

Antall **forskjellige** pasienter i løpet av registreringsperioden (flere konsultasjoner/kontakter om samme pasient i løpet av 14.dagersperioden teller som **en** pasient innen **hver** av de to hovedkategoriene).

Antall forskjellige pasienter		Alene	Sammen med flere behandlere ved poliklinikken	
			Hovedterapeut <sup>1)</sup>	Ko-terapeut <sup>2)</sup>
Direkte pasientrelatert arbeid				
Annet pasientrelatert arbeid	Antall pasienter hvor du kun har hatt denne kontaktypen i løpet av perioden			
	Antall pasienter hvor du også har hatt Direkte pasientrelatert arbeid i løpet av perioden.			
Antall pasienter ikke møtt i løpet av perioden				

Vi erkjenner at det er vanskelig å gi et helt korrekt antall innen hver av disse kategoriene, men ber om at du gir et best mulig anslag.

- 1) Det kan ikke være mer enn en hovedterapeut pr. behandler
- 2) For at man skal føre opp en pasient som „sin“ må kontakten ha vært av minst 15. minutters varighet.



Antall **forskjellige** pasienter i løpet av registreringsperioden (flere konsultasjoner/kontakter om samme pasient i løpet av 14.dagersperioden teller som **en** pasient innen **hver** av de to hovedkategoriene).

Antall forskjellige pasienter		Alene	Sammen med flere behandlere ved poliklinikken	
			Hovedterapeut <sup>1)</sup>	Ko-terapeut <sup>2)</sup>
Direkte pasientrelatert arbeid		I	II	III
Annet pasient-relatert arbeid	Antall pasienter hvor du kun har hatt denne kontaktypen i løpet av perioden	IV		
	Antall pasienter hvor du også har hatt Direkte pasientrelatert arbeid i løpet av perioden.	V		
Antall pasienter ikke møtt i løpet av perioden		VI		

Vi erkjenner at det er vanskelig å gi et helt korrekt antall innen hver av disse kategoriene, men ber om at du gir et best mulig anslag.

- 1) Det kan ikke være mer enn en hovedterapeut pr. behandler
- 2) For at man skal føre opp en pasient som „sin“ må kontakten ha vært av minst 15. minutters varighet.

## Forklaring til skjemaet:

### Ved Direkte pasientrelatert arbeid:

Antall pasienter du har vært alene om gjennom hele registreringsperioden overføres til **celle I**.

Antall pasienter hvor du har vært sammen med en annen behandler, og hvor du har vært hovedterapeut, overføres til **celle II**.

Antall pasienter hvor du har vært sammen med en annen behandler, og hvor du har vært ko-terapeut, overføres til **celle III**.

### Ved Indirekte pasientrelatert arbeid:

Antall pasienter du **kun** har hatt Indirekte pasientrelatert arbeid i forhold til (alene eller sammen med andre behandlere) overføres til **celle IV**.

Antall pasienter du **både** har hatt Indirekte pasientrelatert arbeid og Direkte pasientrelatert arbeid i forhold til overføres til **celle V**.

### Pasienter ikke møtt

Her ønsker vi at du setter opp antallet pasienter som ikke har møtt til avtalt konsultasjon i **celle VI**.

**Daglig timeregisteringsskjema (hjelpemiddel i forhold til utfylling av Aktivitetsregistreringsskjema)**

Dag:

Tidspunkt	Aktivitet
08.00	
09.00	
10.00	
11.00	
12.00	
13.00	
14.00	
15.00	
16.00	
17.00	

For å hjelpe i utfyllingen har vi på baksiden av dette skjemaet satt opp tabellen disse registreringene skal inn i (hvilke kategorier) i aktivitetsregistreringsskjemaet. **Det vil sannsynligvis lette den endelige summeringen om du fyller ut det på baksiden daglig.**

DIREKTE PASIENTRELATERT ARBEID:		ANNET ARBEID:	
	<b>Antall timer:</b>	Pasientrelatert <sup>2)</sup> : Ikke pasientrelatert <sup>3)</sup> :	
		<b>Antall timer:</b>	<b>Antall timer:</b>
Individualterapi	<input type="text"/>	Faglig rettleddning (gitt) <sup>4)</sup>	<input type="text"/>
Familie/par/gruppeterapi	<input type="text"/>	Faglig rettleddning (mottatt) <sup>4)</sup>	<input type="text"/>
Hjemmebesøk	<input type="text"/>	Kurs/studier av faglitteratur	<input type="text"/>
Annen type terapi <sup>1)</sup>	<input type="text"/>	Reiser	<input type="text"/>
Pasienten ikke møtt <sup>8)</sup>	<input type="text"/>	Journalføring	<input type="text"/>
<b>Annen behandling:</b>		Konsultasjon til/samarbeid med 1.linjetjenesten <sup>5)</sup>	<input type="text"/>
Observasjon/undersøkelser/utredning	<input type="text"/>	Konsultasjon til/samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<input type="text"/>
Tester	<input type="text"/>	Annen konsulentvirksomhet <sup>6)</sup>	<input type="text"/>
		Administrasjon	<input type="text"/>
		Interne møter	<input type="text"/>
		Annet <sup>7)</sup>	<input type="text"/>

### KOMMENTARER TIL UTFYLLINGEN AV TIMER MEDGÅTT TIL POLIKLINISK VIRKSOMHET

- <sup>1)</sup> Terapiformer som ikke inngår over (inkludert ansvarsgrupper), som miljøterapi, sosial trening o.l.
- <sup>2)</sup> **Pasientrelatert.** Arbeid som gjøres i forhold til konkrete enkeltpasienter/saker.
- <sup>3)</sup> **Ikke pasientrelatert.** Arbeid som er av generell karakter og ikke gjøres i forhold til en spesifikk pasient/sak.
- <sup>4)</sup> **Faglig rettleddning.** Mottatt selv eller gitt til andre innen psykisk helsevern. Deles skjønnsmessig mellom pasientrelatert/ ikke pasientrelatert virksomhet.
- <sup>5)</sup> **Konsultasjon til 1. linjetjenesten.** Herunder sosialkontor, primærhelsetjenesten, kommunal barneverntjeneste, PP-tjenesten, skole, trygdekontor o.l.
- <sup>6)</sup> Inkluderer anonyme konsultasjoner, foredrag, undervisning.
- <sup>7)</sup> Inkluderer brevskrivning o.l. i forbindelse med pasientsaker.
- <sup>8)</sup> Dette er ventetiden – Resten av tiden fordeles ut på øvrige kategorier (etter tid medgått).



## Lederintervjuer – Intervjuguide – versjon 3 (12/1-98):

### Momentliste for hvilken dokumentasjon vi ønsker oss:

- Årsmeldinger
- Virksomhetsplaner
- Målsetting for poliklinikken

### Øvrig opplysning vi ønsker fra det første intervjuet: (her ønsker vi både opplysninger om nå-tilstanden og forholdene i 1998)

- **Bemanning**

1. Antall årsverk (her ønsker vi både faktisk bemanning, de som er ute i ulike permisjoner og ”refusjonskrevde” årsverk)
2. Profesjonsfordeling
3. Antall og type profesjon i utdanningsstilling
4. Spesialistkompetanse
5. Administrative årsverk
6. Turnover – hvor mange har sluttet og begynt i løpet av 1998

- **Organisering (intern)**

1. Lederorganisering (hvem inngår). Få her tak i de ulike nivåene.
2. Evt. teaminndeling (størrelse og ”inndelingsformål” – sektor/faglig)
3. Tilsettingsprosedyre – hvem er med – hvor mye ressurser brukes?

- **Organisering (ekstern)**

1. Hvordan er poliklinikken organisert i forhold til den øvrige spesialisthelsetjenesten (psykiatri og somatikk)?
2. Hvilket ansvar har poliklinikken i forhold til øvrige institusjoner/instanser (tilsyn/faglig ansvar)? Her er vi også interessert i omfang.

- **Administrative forhold**

1. Hva gjør de enkelte lederne ved poliklinikken av administrative oppgaver? Med tanke på uklarheter rundt hva som er administrasjon og fag bør vi her spørre hva de gjør som ikke er direkte pasientrelatert. Her er vi ute etter både faglige og administrative ledere, på alle de nivå hvor de kan identifisere ledere.

#### Stikkord:

- Internt
- Mot 1. linjetjenesten
- Mot statlige myndigheter
- Mot fylkesadministrasjon
- Mot 2. linjetjenesten forøvrig (somatikk/psykiatri)
- regional virksomhet

2. Hva gjør kontorpersonalet? Oppgaver og omfang av disse.

- **Kompetanse på poliklinikken/hos behandlere**

1. I hvilke behandlingsformer/metoder?
2. EDB-kompetanse
3. Administrativ kompetanse

- **Øyeblikkelig hjelp-funksjon**

- Hva går med av kapasitet?
- Hva er konsekvensen av den mht. produktivitet?

- **Fysiske forhold**

1. Grovskisse over romfordeling etc (plantegning), også om det er fordelt over flere bygg
2. Tilgjengelighet på EDB-utstyr
3. Annet?

- **Er produksjonen av behandlede pasienter/tiltak per behandlerårsverk så lav som nasjonal statistikk antyder?**

Vi ber i lederintervjuene om utskrift av

- antall pasienter pr. behandler
- antall konsultasjoner pr. behandler
- antall pasienttimer pr. behandler
- Samlet antall "unike" pasienter behandlet ved poliklinikken

fra deres eget pasientadministrative system, for to perioder;

1. aktivitetsregistreringsperioden (må nødvendigvis vente til månedsskiftet februar/mars)
2. andre halvår 1998.

Dette kan vi så sammenholde med nasjonal statistikk, vårt eget aktivitetsregistreringsskjema og senere diskutere med behandlere.

- **Flytskjema**

Vi vil ha med/utvikle flytskjema der for å identifisere viktige element rundt sentrale områder ved poliklinikkene

1. Inntaksprosedyre
2. Behandling (her bør vi presisere at det er de viktigste/største pasientgruppene vi vil spørre i forhold til)
3. Utskriving
4. Journalføring
5. Annet?





V-ledning (Ekstern) (plus og minus). Her er vi både ute etter den veldedningen som gitt til eksterns inntreuer fra politidirekten, og veldedning politidirektens personale får fra eksterns inntreuer				
Gitt til hvem?	Gitt av hvem?	Hvor ofte?	Timer pr. uke	Famidd/kommunitet
Tuder-ylsning (Intern) dvs. på politidirekten i politidirektens personale (plus og minus)				
Gitt til hvem?	Gitt av hvem?	Hvor ofte?	Timer pr. uke	Famidd/kommunitet





## Intervjuguide behandlere:

### Egne og poliklinikkens aktivitetstall

- Kommentarer rundt aktivitetsregistreringen
- 1. Hvordan var den å fylle ut – er det områder du mener burde vært utdypet?
- 2. Var perioden representativ?
- 3. Hvilke kommentarer har du til hva denne forteller om din og poliklinikkens prioriteringer?
  - Bring her inn både
  - behandleren
  - den aktuelle poliklinikken
  - sektoren (VP/BUP)
  - 
  - ca 1/3 brukt til direkte pasientbehandling (VP), ca 20% i BUP
  - ca 40% brukt til indirekte pasientbehandling
  - at den største variasjonen finner vi blant behandlerne

### Egne arbeidsformer

- Hvordan arbeider du vanligvis med en klient (ikke terapiformer). Del inn „pasientpopulasjonen“ din i 3-4 (eller hva du mener er relevant antall grupper), og beskriv hvem de er, og hvordan du arbeider i forhold til de: **Ta gjerne utgangspunkt i en typisk pasient:**
- 1. interne samarbeidsrelasjoner underveis i et «vanlig forløp» for hver av gruppene
  - i teamet (kliniske konferanser/diagnostiske møter/teammøter m.m.)
  - egen profesjon
  - andre profesjoner
  - faglig ledelse

Dette hadde vært gunstig å få inndelt i

- Før konsultasjonsserien starter
- Før/under og etter hver konsultasjon
- Ellers underveis i behandlingen
- Når konsultasjonsserien skal avsluttes

- 2. eksterne samarbeidsrelasjoner underveis i et «vanlig forløp» for hver av gruppene
  - mot førstelinja (hvem i så fall)
  - f.eks. ansvarsgrupper
  - 
  - mot spesialisthelsetjenesten (hvem i så fall)



3. Hvor lenge de er i behandling
  - uker/måneder/år
  - hvordan avgjøres avslutning?
    - standardisert, eller i all hovedsak opp til behandler/klient
    -
  
4. og behandlingens intensitet
  - Hvor ofte har de konsultasjon
  
5. Konsultasjonslengde og konsultasjonsavslutning
  - 45 minutter/1 time som standard, med store muligheter for avvik
  - 45 min./1 time som absolutt standard
  - Hva gjør du når „en bombe“ slippes idet pasienten går ut?
  - Hvor mye bruker du vanligvis til for/etterarbeid i forhold til en konsultasjon (når bruker du mye/når bruker du lite)?
  
6. Journalføring
  - Hvilke rutiner praktiseres?
  - Hva er grunnen til at så mye tid går med til dette?
  - Kan noe gjøres for å redusere den – i så fall hva?
  
- I hvilken grad oppfatter du at tiden brukes hensiktsmessig, av deg selv og andre faggrupper? Hvordan forklarer du dette?

### Målsettinger

- Hva oppfatter du som målsettingene for driften ved poliklinikken?
1. Ansvar for å behandle befolkningen (populasjonsansvar) – eller å gi best mulig tilbud til de som kommer inn?
- Oppfatter du at virksomheten sånn den er i dag er i tråd med målsettingene? Utdyp svaret.

### Ressursutnyttelse/produktivitet

- Er det særlige forhold du mener hindrer optimal ressursutnyttelse?
1. er det feks slik at samarbeidsforholdene i selve grunnmodulen i det polikliniske arbeidet - det tverrfaglige psykiatriske team - oppfattes som dårlige og fungerer som en sperre for kostnadseffektivt pasientrelatert arbeid?

2. Er det slik at faglig autonomi og tradisjon gjør det vanskelig å fokusere på produktivitet, blant annet gjennom å styre behandlingen aktivt via opplysninger fra pasientadministrative systemer?
  3. Hva hadde blitt konsekvensene hvis man hadde redusert på tiden brukt til faglig oppdatering (veiledning og kurs/litteraturstudier)? Trekk her fram både positive og negative.
  4. Hvor mange pasienter har du til enhver tid ansvaret for å sitte med av gangen?
    - Hvor mange av disse er aktive pasienter (dvs. har du i behandling)?
  5. Hvis du skulle velge, hvor mange pasienter burde du hatt?
    - i løpet av en dag?
    - i løpet av året?
- Hvor hyppig er det uenigheter om behandlingsopplegget, og hva består uenighetene i? Hvilke konsekvenser gir evt. uenigheter her?
  - Har du forslag til endrede arbeidsformer og ansvarsfordeling på denne poliklinikken?
    1. Hvorfor mener du dette i så fall vil være en bedring?
    2. Hva vil være de negative konsekvensene av dette (for deg/din faggruppe og for andre faggrupper – og for pasientene)?
    3. Hvilke konsekvenser vil de gi i forhold til antall behandlede pasienter/antall konsultasjoner?

**En av temaene vi vil spørre om under dette punktet er ledelsesformer – blant annet faglig autonomi vs. faglig styring?**

- **Hva er den ideelle ledelsesformen ved en poliklinikk etter din mening?**
- **Sette dette opp mot den du nå har – og funder litt rundt konsekvenser av dagens ordning og konsekvenser av eventuell endring i retning idealet**

Ellers har vi også spurt om en del rundt inntak, behandling, utskriving, journalføring i de første lederintervjuene. Dette bør – i fall det er noe vi lurer på mht. hensiktsmessighet e.l. - bringe inn i intervjuene.

## Er produksjonen av behandlede pasienter/tiltak per behandlerårsverk så lav som nasjonal statistikk antyder?

En problemstilling knyttet til dette prosjektet er om produksjonen av behandlede pasienter/tiltak per behandlerårsverk så lav som nasjonal statistikk antyder (jfr. innledning). I denne delen av rapporten presenteres forhold som er av betydning for nevneren i brøken; antall behandlerårsverk. Er antallet behandlerårsverk som figurerer i nasjonal statistikk det reelle antallet årsverk som legges ned i poliklinisk drift? Fire forhold er trukket fram på ulike steder gjennom rapporten; refusjonsberettigede årsverk, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, forhold knyttet til behandler/pasientrelasjonen og administrasjon. I dette vedlegget drøftes refusjonsberettigede årsverk og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

### 1.1 Refusjonsberettigede årsverk.

I nasjonal statistikk ber man i Samdata psykiatri om antallet polikliniske årsverk pr. 31/12. Her ber man om antallet årsverk etter profesjon, og skiller ikke mellom refusjonsberettigede og ikke refusjonsberettigede årsverk.

En av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene har ett årsverk knyttet opp mot kommunalt og fylkeskommunalt barnevernsarbeid. Dette årsverket er ikke refusjonsberettiget, men inngår på linje med øvrige behandlerårsverk i Samdata psykiatri. Det innebærer at antallet konsultasjoner pr. årsverk blir for lavt<sup>1</sup>. Denne organisasjonsformen er såvidt vi vet relativt unik for dette fylket, og man er i tillegg ferd med å endre den. Poenget med å trekke dette fram her er ikke denne organisasjonsformens konsekvenser for produktivitet, men at konsekvensen av at nasjonal statistikk ikke skiller mellom refusjonsberettigede og ikke refusjonsberettigede stillinger innebærer at man overestimerer antallet faktiske behandlerårsverk, og dermed underestimerer antallet konsultasjoner pr. behandler pr. dag.

Fram til i dag har man ikke tatt høyde for at en del stillinger innen poliklinisk virksomhet er forutsatt å **ikke** være fullverdige polikliniske stillinger. Dette har uheldige konsekvenser for produktivitetsoppfatningen i nasjonal statistikk, i forholdet mellom fylkeskommunen som arbeidsgiver og den enkelte poliklinikk og i siste instans også mellom den enkelte behandler i slik funksjon og ledelsen ved den enkelte poliklinikk. I vårt materiale varierer innslaget av behandlere i videreutdanning (som klinisk spesialist –i tillegg kommer et ukjent antall som tar spesialiseringer ut over dette) i prosent av antall behandlerstillinger mellom 11% og 54%. I gjennomsnitt er rundt hver fjerde stilling i en slik posisjon<sup>2</sup>.

I tråd med det som ellers er drøftet under dette punktet er det derfor grunn til å revurdere dagens statistikkpraksis med at behandlere i

---

<sup>1</sup> For 1997 ville forskjellen vært: Samdata-tall: 736 konsultasjoner på 5,1 behandlerårsverk i 230 dager= 0,63 konsultasjoner pr. behandler pr. dag. "Korrigerte" Samdata-tall: 736 konsultasjoner på 4,1 årsverk i 230 dager= 0,78 konsultasjoner pr. behandler pr. dag. Forskjellen mellom disse to er på ca 20%.

<sup>2</sup> Tallet er likt på tvers av sektorene. Det er sannsynligvis høyere innen barne- og ungdomspsykiatrien på landsbasis, ettersom det i perioden kun var 1 sosionomstilling og 1,7 pedagogstilling.

utdanningsstilling/videreutdanningsposisjon<sup>3</sup> teller som fulle årsverk. Som det framgår av denne oversikten er det ikke mulig å beregne konsekvensen nøyaktig, en kompliserende faktor ut over det som er angitt er at deltakelse i mye av kurstilbudet og delvis veiledningen fordrer reisetid i tillegg. Ut fra intervju med behandlere under spesialisering/videreutdanning medgår det også en viss tid til forarbeid før veiledning, for å gjøre veiledningen så målrettet som mulig (dette varierer sterkt etter lokal praksis). Vi vil derfor foreslå at en vurderer en reduksjon i størrelsesorden 25-30% for behandlere under godkjent spesialisering/videreutdanning<sup>4</sup>. Konsekvensene med hensyn til produktivitet etter en slik endring er ikke ubetydelig, ved at en reduserer antallet behandlerstillinger med 6-8%.

## 1.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Ved en av de voksenpsykiatriske poliklinikkene har et sykepleieteam på 3 årsverk sitt arbeid knyttet opp mot det somatiske sykehuset. Det arbeidet som gjøres her er heller ikke refusjonsberettiget, og deres arbeid registreres ikke som polikliniske konsultasjoner. Antallet polikliniske årsverk blir dermed overestimert<sup>5</sup>.

Et mer utbredt forhold er tilsynsordninger i forhold til psykiatriske sykehjem i voksenpsykiatrien og behandlingshjem i barne- og ungdomspsykiatrien. En voksenpsykiatrisk poliklinikk i vårt materiale har tilsynsansvar i forhold til et bo- og behandlingssenter. Dette senteret har 3 avdelinger med totalt 38 pasienter. Tilsynet utføres i praksis ved at 3 psykiatere/leger ved poliklinikken har en ukedag ved hver sin avdeling ved sykehjemmet. Arbeidet består både i deltakelse i ulike kliniske møter samt samtaler med enkeltpasienter. Denne tilsynsordningen innebærer dermed at 3/5 legeårsverk i realiteten ikke utfører poliklinisk virksomhet slik den er definert og rapportert i nasjonal statistikk<sup>6</sup>.

En tilsvarende tilsynsordning finner en også ved en døgntilknyttet poliklinikk i vårt materiale, hvor tilsynsordningen omfatter 5 §10 institusjoner. Tilsynet utøves månedlig over en dag, av lege.

Ved flere voksenpsykiatriske poliklinikker i vårt materiale inngår også legene i vaktberedskapen ved døgnavdelinger, og denne tiden avspaseres i ”poliklinikktiden”. Omfanget av dette har vært vanskelig å beregne for poliklinikkene.

---

<sup>3</sup> Ikke alle som tar videreutdanning gjør dette i en utdanningsstilling. Likevel må alle som gjennomgår et spesialiseringssløp oppfylle de krav profesjonsforeningene stiller til veiledning og kurs, og de påfører i realiteten poliklinikkene den samme ”belastning”.

<sup>4</sup> Som eksempel kan trekkes fram at ved en poliklinikk i vårt materiale har behandlerne et produktivitetskrav på 220 konsultasjoner per år, mens utdanningskandidatene har et krav om 60% av dette. Ca 25% av behandlerstillingene er utdanningsstillinger, og denne reduksjonen utgjør for poliklinikken dermed en 7%-poengs forskjell (henholdsvis 0,96 og 0,89 konsultasjoner per behandlerdagsverk).

<sup>5</sup> Når man i Samdata psykiatri inkluderer alle årsverkene her får vi for 1997 17,9 årsverk, med en total produksjon på 3087 konsultasjoner. Et årsverk på 230 dager innebærer 0,76 konsultasjoner pr. behandler pr. dag. Hvis man holder sykepleieteamet utenfor gir dette 0,91 konsultasjoner, en økning på 11%.

<sup>6</sup> Med basis i tallene for Samdata psykiatri 1997 får vi følgende forskjell for denne poliklinikken; 1997 11,9 årsverk, med en total produksjon på 3694 konsultasjoner. Et årsverk på 230 dager innebærer 1,35 konsultasjoner pr. behandler pr. dag. Hvis man holder de 3/5 legeårsverkene utenfor gir dette 1,42 konsultasjoner, en økning på 7%.

Et tilsvarende forhold finner vi også ved en av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene, hvor flere årsverk har hatt behandlingshjem som sitt faste arbeidsområde, samtidig som de har inngått i poliklinikkens årsverksinnsats.

### **1.3 Konklusjon.**

Oppsummert er det mye som tyder på at nasjonal statistikk grunnet forhold knyttet til refusjonsberettigede årsverk og samarbeid med spesialisthelsetjenesten opererer med et for høyt årsverkstall.

## 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)

## 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 samarbeids- prosjektet 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)
1-1999	Du bestemmer – en annerledes helseveiledning .....	IK-2702	(100)

## Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus - samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv.....	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten - Samling av relevante lover, forskrifter og lover.....	IK-2610	(60)

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

**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)
4-1997	El-overfølsomhet.....	IK-2599	(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 sykehus. En nasjonal kartlegging 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)
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)

I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet ble det vist til nasjonal statistikk som viste et lavt antall konsultasjoner per dagsverk i voksenpsykiatriske- og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Med bakgrunn i blant annet disse tallene, foreslo Sosial- og helsedepartementet i Stortingsmeldingen en større evaluering av arbeidsformene ved de psykiatriske poliklinikkene.

SINTEF Unimed NIS har på oppdrag fra Statens helsetilsyn foretatt en evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. 12 poliklinikker, likt fordelt mellom voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, inngår i evalueringen.

Basert på nasjonal statistikk antyder evalueringen et potensiale for økt produktivitet på 25-30% ved poliklinikkene. I en egen aktivitetsregistrering finner en at mellom 1/4 og 1/3 av behandlernes tid medgår til direkte pasientkontakt. Evalueringen går inn på inntaksprosedyrer, øyeblikkelig hjelp, pasientbehandling, avslutningsprosedyrer, tverrfaglig samarbeid og arbeidsfordelingen mellom poliklinikker og øvrige tjenestetilbud, journalføring, kompetanseutvikling, administrasjon og ledelse. Et gjennomgående trekk er stor variasjon i arbeidsformene. Avslutningsvis foreslås lokale og nasjonale tiltak, og det identifiseres områder hvor det er ytterligere kunnskapsbehov.

Rapporten er skrevet av forskerne Trond Hatling og Jon Magnussen. Øvige medarbeidere har vært Helge Hagen, Pål Ulleberg, Hans Løvdahl og Ole Audun Rostad.



## Statens helsetilsyn

Trykksaksbestilling:

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

E-post: [trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no)

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>