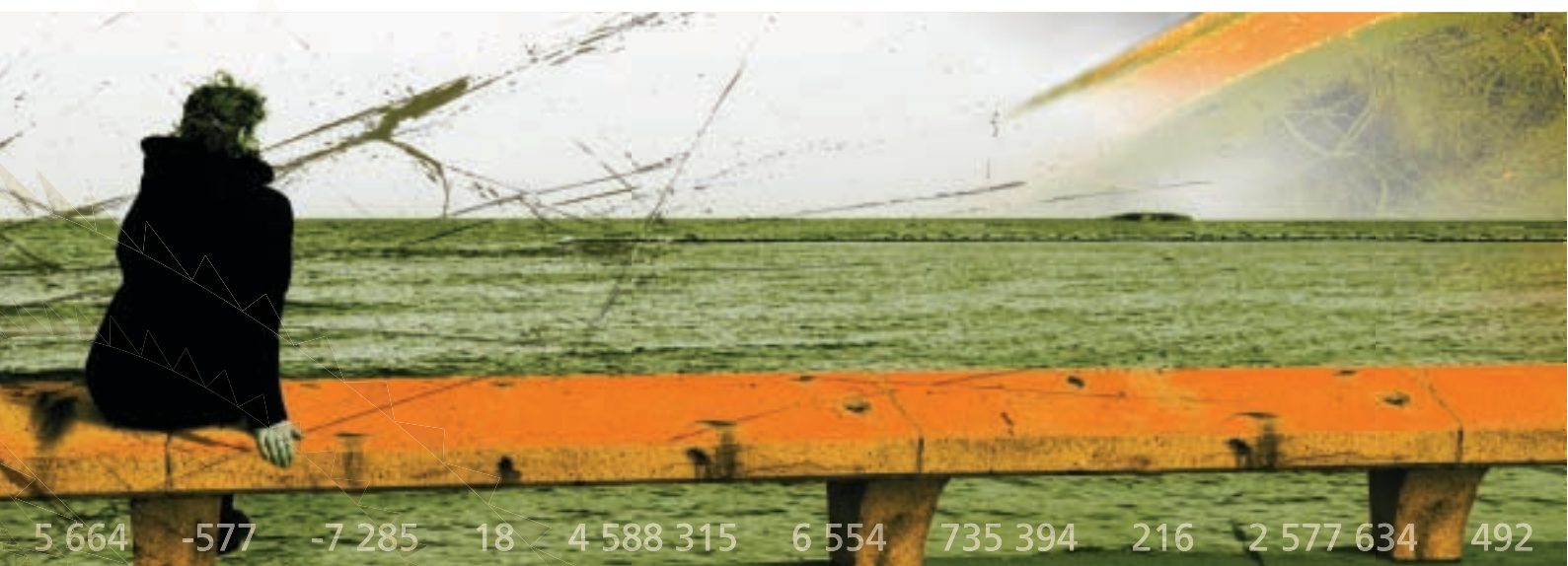




Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem

Dokument nr. 3:5 (2008–2009)



5 664 -577 -7 285 18 4 588 315 6 554 735 394 216 2 577 634 492

23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781

Denne publikasjonen er tilgjengelig på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige etatar kan tinge publikasjonen frå
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00/1
Telefaks: 22 24 27 86
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan tinge frå Akademika
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 8134 Dep, 0033 Oslo
Telefon: 800 80 960
E-post: offpubl@akademika.no

ISBN 978-82-8229-016-6

Forsideillustrasjon: Lobo Media AS

Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til vaksne med psykiske problem

Dokument nr. 3:5 (2008–2009)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legg med dette fram Dokument nr. 3:5 (2008–2009)
Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem.

Riksrevisjonen 25. november 2008

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhald

1	Innleiing	7
2	Oppsummering av undersøkinga	7
3	Riksrevisjonens merknader	11
4	Svar frå Helse- og omsorgsdepartementet	12
5	Uttale frå Riksrevisjonen	14
Vedlegg: Rapport		17
1	Innleiing	21
2	Metode og gjennomføring	22
3	Tilbodet innanfor psykisk helsevern for vaksne	24
4	Inntaksprosessen i poliklinikkane	39
5	Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka si styring av psykisk helsevern for vaksne	57
6	Samla vurdering	69

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem

1 Innleiing

Manglane innanfor psykiatrien vart i St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet oppsummerte slik: "Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud." Det vart mellom anna peika på at det var for dårleg tilgang til spesialisthelsetenesta. Meldinga og behandlinga av henne i Stortinget¹ førte til at Stortinget den 17. juni 1998 vedtok ein opptrappingsplan for psykisk helse.²

I opptrappingsplanen vart det lagt til grunn at om lag 0,75 prosent av den vaksne befolkninga er ramma av alvorlege psykiske lidingar, og at mindre alvorlege lidingar ramar 0,25 prosent. Seinare har Helse- og omsorgsdepartementet kome til at desse overslaga er for låge. I budsjettproposisjonen for 2007 er det uttala: "Det at antall ventende øker, må ses i sammenheng med at man i Opptrappingsplanen har tatt utgangspunkt i et underforbruk av tjenester i forhold til reelt behov."

Opptrappingsplanen gjaldt opphavleg for perioden 1999–2006. Ved behandlinga av St.prp. nr. 1 (2003–2004), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004), vart det vedteke å utvide planen med to år til 2008. Årsaka var at det framleis var svak måloppnåing på enkelte område. Den økonomiske ramma var opphavleg på til saman 24 mrd. kroner i auka investeringar og driftsutgifter.

Som ledd i selskapskontrollen for 2005 undersøkte Riksrevisjonen korleis prioriteringsforskrifta vart praktisert. Undersøkinga viste store skilnader mellom helseføretak og mellom helse-regionar med tanke på kor stor prosentdelen av rettspasientar var.

Formålet med undersøkinga har vore å finne ut om befolkninga over 18 år har nødvendig tilgang til dei ulike tenestene innanfor psykisk helsevern for vaksne, i kva grad tilbodet er i samsvar med behovet, og om tilboda er likeverdige innanfor

spesialisthelsetenesta. Det var også eit mål å finne ut om Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka utøver tilstrekkeleg styring på områda for undersøkinga, og om styringa er basert på relevant og påliteleg styringsinformasjon.

Desse problemstillingane er belyste i undersøkinga:

- 1 Korleis er kapasiteten innanfor psykisk helsevern for vaksne?
- 2 I kva grad er spesialisthelsetenesta sitt tilbod innanfor psykisk helsevern for vaksne tilstrekkeleg og likeverdig?
- 3 Har Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka lagt til rette for at det blir registrert og rapportert relevante og gode styringsdata innanfor psykisk helsevern for vaksne, og blir underleggjande verksemder følgde opp på bakgrunn av denne informasjonen?

Utkast til rapport vart send til Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 24. juli 2008.

Departementet har i brev av 29. august 2008 gitt sine kommentarar til rapporten. Departementet sine merknader er gjennomgått og i hovudsak innarbeidde i rapporten, eller under punkt 2 nedanfor. Riksrevisjonens rapport følgjer som trykt vedlegg.

2 Oppsummering av undersøkinga

Problemstillingane i undersøkinga er belyste ved hjelp av intervju, dokumentanalyse, tilgjengeleg statistikk, pasientjournalar og ei spørjeskjemaundersøking blant fastlegar.

Det er brukt statistikk frå SINTEF Helse (SAMDATA), Norsk pasientregister (NPR) og Statistisk sentralbyrå (SSB) for å kartleggje kapasiteten i tilbodet til vaksne (18 år og over) med psykiske problem. Det er teke utgangspunkt i data for årsverk og døgnplassar frå SAMDATAs sektorrapport for psykisk helsevern. Kapasiteten er målt per 10 000 innbyggjarar i alderen 18 år og over i opptaksområdet til kvar enkelt institusjon, helseføretak eller helseregion.

1) Innst. S. nr. 258 (1996–97) *Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*

2) St.prp. nr. 63 (1997–98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*, jf. Innst. S. nr. 222 (1997–98).

For å undersøkje om spesialisthelsetenesta sine prioriteringar av pasientane er tilstrekkeleg einsarta til at tilbodet blir likeverdig, har vi gått gjennom over 2000 pasientjournalar. Utvalet omfattar 15 distriktpsykiatriske senter (DPS) frå forskjellige helseføretak. Alle helseregionane er med i utvalet, som er representativt for det polikliniske tilbodet.

Spørjeskjemaundersøkinga til fastlegane i februar 2008 vart gjennomført for å hente inn opplysningar om kva for tilvisingspraksis dei følgde, og om korleis spesialisthelsetenesta behandla tilvisingane. Undersøkinga omfattar fem fastlegar frå kvart av opptaksområda til dei 15 poliklinikkane. Legane er valde ut blant dei som tilviser flest pasientar til vedkomande poliklinikk, og som dermed kan svare ut frå breiast erfaringsgrunnlag. 42 legar har svara på undersøkinga, og det er minst to legar frå opptaksområdet til kvar klinikk.

For å få fram kva helseføretaka gjer for å leggje til rette for lik prioritering av pasientane, har vi henta inn alle retningslinjer som gjeld inntaksprossen og prioriteringa av pasientane. Psykiater og overlege Ola Marstein ved Søndre Oslo DPS er brukt som fagkonsulent i samband med denne problemstillinga.

For å undersøkje korleis departementet og dei regionale helseføretaka (RHF) styrer psykisk helsevern for vaksne, har vi analysert bestillardokumenta for 2006 frå Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-a og frå RHF-a til HF-a, likeins årleg melding for 2006 frå RHF-a og eitt helseføretak frå kvar av dei fem dåverande helseregionane. I undersøkinga er det valt ut 24 av dei krava som departementet har stilt overfor dei regionale helseføretaka i bestillardokumentet for 2006. 13 krav gjeld særskilt for psykisk helsevern for vaksne, og 11 krav gjeld spesialisthelsetenesta generelt.

For å få meir informasjon om korleis styringsdialogen fungerer i praksis, er det halde møte med Helse- og omsorgsdepartementet og RHF-a våren 2008. I møtet med departementet deltok også representantar frå Helsedirektoratet. Tema i møta var bestillardokument, krav til rapportering, tidsfristar, oppfølging og tidssyklusen. Opplysningar om forventta ventetider og kvalitetsindikatorar er henta frå nettsida til Fritt sjukehusval (www.frittjukehusval.no).

2.1 Behandlingskapasiteten innanfor psykisk helsevern for vaksne er ikkje likeverdig

Undersøkinga viser at det i perioden 2003–2006 var ein auke i total kapasitet frå 44,2 til 46,1 årsverk per 10 000 innbyggjarar frå 18 år og over innanfor psykisk helsevern for vaksne. Kapasiteten målt i døgnplassar har i same periode gått ned frå 15,2 til 13,9 døgnplassar, trass i at departementet dei siste åra har sett eit forbod mot nedleggingar av døgnplassar. Kapasiteten målt i fagårsverk er avgjerande for behandlingsskapasiteten. I 2006 var kapasiteten 29,7 fagårsverk. Det finst ingen data som viser behovet for tenester og dermed kva for kapasitet som er nødvendig. Likevel er det mange forhold som peikar mot at tilbodet ikkje er tilstrekkeleg. Det gjeld i første rekkje ubalansen mellom behandlingstilbod og behov som resulterer i lange ventetider. Sjølv om ventetida på landsbasis gjekk ned med ni dagar frå 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007, var ho framleis 53 dagar, med ei spreining frå 43 dagar (aust) til 65 dagar (Midt-Noreg). Frå 3. tertial 2006 til 3. tertial 2007 gjekk ventetida opp frå 56 til 57 dagar. Undersøkinga viser også at mange verksemder som har låg kapasitet, kompenserer for dette ved å gi uforholdsmessig mange pasientar avslag, eller ved å korte ned på tidslengda på døgnopphalda.

Når det gjeld fagårsverka, varierer total kapasitet med 25 prosent mellom region sør, som har lågast kapasitet, og region nord, som har høgast kapasitet. Forskjellen i kapasitet er 30 prosent innanfor dag-/døgntilbodet, og det er også her region sør som har lågast og region nord som har høgast kapasitet. Region Midt-Noreg har lågast kapasitet innanfor det polikliniske tilbodet. Kapasiteten ligg 16 prosent under region nord, som har høgast kapasitet. Sengekapasiteten varierer med 22 prosent mellom region nord, som har lågast kapasitet, og region vest, som har høgast kapasitet.

Som forklart ovanfor er det store regionale skilnader i kapasitet, men dei er vesentleg større når ein samanliknar mellom institusjonar eller helseføretak. Det gjeld også innanfor kvar enkelt region, og både for fagårsverka og spesialistårsverka. Kapasiteten til det føretaket (sør) som har lågast kapasitet for det polikliniske tilbodet, er 2,2 fagårsverk og 1,3 spesialistårsverk. Eitt føretak i region aust har høgast kapasitet med 12,1 fagårsverk og 8,1 spesialistårsverk. Både dei faktiske og dei relative skilnadene er litt større for dag-/døgntilbodet.

Det har vore ei prioritert oppgåve å etablere distriktpsikiatriske senter (DPS). Blant dei DPS-a som er etablerte, er det fleire som manglar delar av det tilbodet som dei etter føresetnaden skal gi pasientane i sitt dekningsområde. I alle helseregionar er det eitt eller fleire DPS som ikkje har oppretta ambulante team, sjølv om det var eit krav frå departementet for 2006. Det er også DPS som manglar døgnplassar, dagtilbod og eit poliklinisk tilbod. Mange DPS har derfor ikkje den breidda i tilbodet som dei etter føresetnaden skal ha for å fylle den lokalsjukehusfunksjonen som dei er meinte å dekkje. I kommentarane sine til rapporten viser departementet til ei kartlegging Helsedirektoratet har gjennomført i 2008. Den viser at nokre av dei DPS-a som ifølgje undersøkinga manglar dag-/døgntilbod, poliklinikk eller ambulante team, har fått dette på plass i løpet av det siste året.

Det er ingen bemanningsnormer innanfor psykisk helsevern for vaksne.³ Undersøkinga viser at forskjellane innanfor spesialistårsverka er svært store. Dette må sjåast i samanheng med tilgangen på spesialistar. Innanfor poliklinisk verksemd er forskjellen 55 prosent mellom region Midt-Noreg, som har lågast kapasitet (3,8 årsverk), og region aust, som har høgast kapasitet (5,9 årsverk). Innanfor dag-/døgnverksemda er skilnadene i kapasitet langt mindre (frå 3,1 til 3,8 årsverk). Blant dei 46 DPS-a som er undersøkte, varierer spesialistdelen frå 6 til 43 prosent av fagårsverka. Mellom regionane varierer han med 44 prosent frå 21,8 årsverk (nord) til 31,4 årsverk (aust).

Departementet har i kommentarane sine til rapporten peika på at det er vanskeleg å få eit heilskapleg bilete av det psykiske helsetilbodet når kommunalt psykisk helsearbeid ikkje er omfatta av undersøkinga.

2.2 Prioriteringsforskrifta blir ikkje følgd

Pasientar som blir tilviste til spesialisthelsetenesta, skal få vurdert rettane sine i samsvar med prioriteringsforskrifta⁴. Dei som blir tilviste, kan falle i tre forskjellige kategoriar som følgje av denne vurderinga: Pasientar med rett til nødvendig helsehjelp (rettspasientar), pasientar med rett til anna helsehjelp (uprioriterte), og pasientar utan rett til helsehjelp frå spesialisthelsetenesta (avslag). Rettspasientane står i ein særklasse i

forhold til dei andre pasientane. Dei skal tildelast ein frist for når dei seinast skal takast inn til utgreiing/behandling, og fristen skal setjast uavhengig av kapasiteten i den institusjonen som gjer denne vurderinga.

Lik tilgang til spesialisthelsetenester må byggje på nokolunde lik tilgang til å få retten til helsehjelp vurdert av spesialisthelsetenesta. Undersøkinga av tilvisingspraksisen fastlegane følgjer, viser at det er vidt forskjellige tersklar blant fastlegane for å tilvise pasientar til spesialisthelsetenesta. Det er fleire forhold som resulterer i at prioriteringa av pasientane ikkje fungerer slik som ein hadde rekna med. Ei årsak til dette er at legane i forskjellig grad lét det faglege skjønnet sitt bli påverka av forhold i andrelinja, særleg av kapasitet og ventetid. Over halvparten av legane seier at desse forholda påverkar tilvisingspraksisen deira i stor eller svært stor grad, og 43 prosent seier det same om kompetansen i spesialisthelsetenesta.

Journalgjennomgangen viser at mange tilvisingar inneheld for lite informasjon om tilstanden til pasienten. Samtidig er tilvisinga det viktigaste, og i dei fleste tilfella også det einaste avgjerdsgrunnlaget for vurderinga av pasienten sin rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Likevel er det sjeldan at spesialisthelsetenesta spør etter tilleggsinformasjon til tilvisinga, og nesten ingen pasientar blir kalla inn til samtale før rettsstatuse deira blir avgjort. Undersøkinga viser at mange avgjerder om pasientane sine rettar blir tekne ut frå mangelfull informasjon om tilstanden til pasientane.

Avslaga varierer frå 3 til 79 prosent i dei poliklinikkane som er undersøkte. Journalgjennomgangen viser at prosentdelen av tunge diagnosar er like høg blant avslaga som blant dei pasientane som får eit tilbod. Berre 44 prosent av fastlegane meiner at ein innanfor same poliklinikk følgjer ei konsekvent linje når det gjeld kva slags pasientar som får avslag. Riksrevisjonens fagkonsulent har mellom anna vurdert tilvisingane for tre pasientar som har fått avslag. Pasientane er tilfeldig valde ut blant pasientane i ein tilfeldig utvald poliklinikk. Fagkonsulenten vurderte alle til å vere klare rettspasientar.

Prioriteringsforskrifta føreset ei objektiv vurdering av pasienten sin tilstand, uavhengig av andre forhold som for eksempel behandlingsskapasitet. Undersøkinga viser at rettspasientar utgjer mellom 11 og 92 prosent av pasientane i dei 15

3) Jf. Den norske legeforening (2008): *Lokalsjukehusfunksjoner i psykisk helsevern – Lokalsjukehusenes fremtidige rolle*.

4) FOR 2000-12-01 nr. 1208: forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.

poliklinikkane. Denne variasjonen er i seg sjølv tilstrekkeleg grunnlag for å slå fast at prioriteringane ikkje kan vere like, dersom ein føreset at sjukdomsbiletet er omtrent likt i dei enkelte områda av landet. Også fastsetjinga av fristar for når behandlinga seinast skal givast, synest meir prega av kapasitetsomsyn enn av omsynet til pasientane. Eit utslag av dette er at dei klinikkane som har høgast avslagsprosent, også opererer med dei lengste behandlingsfristane. Dei fristane som blir sette har ingen påviseleg samanheng med diagnosane. Ei oversikt over minimums-, maksimums-, gjennomsnitts- og medianverdiane for behandlingsfristane for dei ti mest vanlege diagnosegruppene viser at både maksimums- og medianverdiane ligg klart lågare for dei uprioriterte pasientane enn for dei prioriterte. Rettspasientane kjem betre ut enn dei uprioriterte for seks av dei ti diagnosane når det gjeld minimums- og gjennomsnittsfristane.

I undersøkinga er det valt ut seks tilvisingar frå ein tilfeldig vald poliklinikk. Desse tilvisingane representerer dei tre største diagnosegruppene. Tre pasientar hadde fått ein kort frist på 5–7 dagar, og tre hadde fått ein frist på 182 dagar. Alle som hadde fått ein kort frist av poliklinikken, høyrer til gruppa uprioriterte, mens alle rettspasientane fekk ein frist på 182 dagar. Riksrevisjonens fagkonsulent har kome fram til svært annleis resultat for desse pasientane. Vurderinga fell berre likt ut for éin av dei seks pasientane. Undersøkinga viser at målet om lik praktisering av prioriteringsforskrifta ikkje er innfridd, og det kan setjast spørsmålsteikn ved kvaliteten av det faglege skjønnet som blir utøvd.

Manglande kunnskap om gjeldande regelverk påverkar også resultatet for pasientane. Berre 6 av dei 15 poliklinikkane gir eit tilbod til andre pasientar enn dei med rett til nødvendig helsehjelp. Det er tre ulike årsaker til dette. Nokre klinikkar har så god kapasitet at alle som får eit tilbod, får status som rettspasientar, mens andre klinikkar har så dårleg kapasitet at dei konsekvent avslår alle andre enn rettspasientane. Ei tredje gruppe synest ikkje å vere klar over at også andre enn rettspasientane skal få eit tilbod. Felles for alle årsakene er at dei er i strid med regelverket. Det førstnemnde forholdet kan også undergrave innhaldet i retten til fritt sjukehusval, ved at uprioriterte får rett til nødvendig helsehjelp ved sjukehus med høg kapasitet.

Undersøkinga viser at spesialisthelsetenesta ikkje informerer pasientane så godt om rettane deira

som regelverket føreset. Éin klinikk lét heilt vere å gi pasientane den informasjonen som dei har krav på, men dette skjer også på andre klinikkar overfor enkelte pasientar. Journalgjennomgangen i dei 15 poliklinikkane viser at til saman 14 prosent av pasientane ikkje får noka form for skriftleg informasjon om utfallet av vurderinga frå spesialisthelsetenesta av rettane deira. To klinikkar informerer heller ikkje tilvisande lege om resultatet av tilvisinga. Berre seks klinikkar informerer uprioriterte pasientar om når dei kan vente å få eit tilbod. Sjølv om dei fleste pasientane får informasjon, er det mange manglar i forhold til regelverket, særleg når det gjeld høvet til å klage.

2.3 Kvaliteten på styringsdata er ikkje tilfredsstillande

Det er ein grunnleggjande føresetnad for all styring at ein har noko å styre etter, dvs. at ein har måleiningar og målemetodar som gir påliteleg informasjon om utvikling og status innanfor sektoren. Undersøkinga viser at denne føresetnaden ikkje blir innfridd innanfor psykisk helsevern for vaksne. Det er brei semje om at kvaliteten på data ikkje held mål, og departementet har fleire gonger peika på at helsestatistikken har store manglar, mellom anna at data som blir rapporterte til pasientregisteret, har klare kvalitetsbrestar.⁵ For enkelte datasett er kvalitetsmanglane så omfattande at dei ikkje eingong blir offentleggjorde.

Døgnplassane kan ikkje utan vidare samanliknast fordi dei representerer vidt forskjellige tilbod med heilt ulike krav til ressursinnsatsen, for eksempel for akutt- og sjukeheimplassar innanfor psykisk helsevern for vaksne. Forskjellig organisering og avgrensing av tenestene fører til ulik rapportering av årsverka, og det blir ikkje korrigert for overtid, frávær og kjøp av arbeidsinnsats frå andre.

For ventelistedata har feila vore så store at Norsk pasientregister (NPR) hausten 2007 korrigererte data for heile perioden 2002–2007. Generelt er det slik at helseføretaka sine rapporteringar til NPR er avgjerande for datakvaliteten. I 2006 var det berre tre HF som rapporterte tilfredsstillande på det forformatet som blir kravd (NPR-melding), sjølv om forformatet har eksistert heilt sidan 2003. For kvart einaste rapporteringstidspunkt er det einingar som ikkje leverer data, sjølv om systema er på plass. Ei undersøking av opplysningane på nettstaden til fritt sjukehusval viser at 30 prosent

5) Helse- og omsorgsdepartementet (2007): St.prp. nr. 1 (2007–2008) for budsjettåret 2008.

av behandlingsstadene ikkje rapporterer forventede ventetider, 24 prosent differensierer ikkje forventede ventetid for dei forskjellige typane lidningar, og 17 prosent oppdaterer ikkje data kvar månad slik det er føreset. Det fører til at det samla sett berre er ein tredel av behandlingsstadene som har ei tilfredsstillande rapportering av forventede ventetider.

2.4 Svak styring og oppfølging både frå RHF-a og Helse- og omsorgsdepartementet

Dei regionale helseføretaka har i oppdragsdokumenta til helseføretaka teke inn 22 av dei 24 krava som departementet har stilt overfor RHF-a. Det gjeld alle særskilde krav for psykisk helsevern for vaksne (13 krav) og 9 av dei 11 generelle krava. Samla blir det 110 rapporteringspunkt for dei fem RHF-a (5 x 22). Undersøkinga viser manglande rapportering for omtrent halvparten (56 av 110 rapporteringspunkt), og at det i særleg grad gjeld dei generelle krava. For berre fem av krava som inngår i undersøkinga, blir det rapportert om korleis utviklinga har vore i 2006, og kva som var status ved utgangen av dette året. Manglande rapportering for over halvparten av krava fører til at det ikkje ligg føre informasjon om måloppnåinga for ein tilsvarende prosentdel. Dette er medverkande til at det i berre ti tilfelle (9 prosent), blir rapportert om måloppnåing.

I møte med revisjonen har RHF-a uttrykt at oppfølginga ikkje var tilfredsstillande for 2006. Sjølv om ho seinare er vorten betre, er det likevel stor grad av semje om at oppfølginga framleis er mangelfull. Ei vesentleg årsak er etter deira meining den knappe tida som står til rådvelde. RHF-a opplever det også som utfordrande at det er nødvendig å gå gjennom krava i oppdragsdokumentet for å avgjere kva for målsetjingar som gjeld for det aktuelle året, og kva for målsetjingar som er langsiktige og strekkjer seg ut over året. Mange krav er så opne at det er nødvendig å gi dei innhald ved å konkretisere dei. Sjølv tilsynelatande presise krav kan vere upresise fordi det er ein uklar definisjon av sjølve måleininga.

For at RHF-a si rapportering til departementet skal bli betre enn HF-a si rapportering, er det nødvendig at RHF-a følgjer opp dei omfattande manglane i dei årlege meldingane frå HF-a. Undersøkinga viser at det samla sett er manglande rapportering frå RHF-a for 50 av 120 rapporteringspunkt (42 prosent), med omtrent lik fordeling for dei to gruppene av krav (psykiatri/generelt). Totalt er rapporteringa tilfredsstillande i berre sju tilfelle, og berre to gjeld psykiatri-

krava. Som for HF-a fører manglande rapportering til at det ikkje ligg føre informasjon om måloppnåinga for ein tilsvarende del (42 prosent). Mellom anna som følgje av dette blir det rapportert om berre 16 tilfelle av måloppnåing.

RHF-a meiner at det er altfor mange krav å halde seg til, og peikar på at føretaka er underlagde eit omfattande regelverk som i seg sjølv gjer ein del av krava overflødige. Departementet har følgd opp RHF-a si rapportering ved brev av 20. april 2007 til dei regionale helseføretaka. Berre eit av krava som vi har brukt i undersøkinga, er med i oppfølginga, og gjeld regionane aust og nord. Det betyr at departementet ikkje følgjer opp styringsbodskapen sin overfor dei regionale helseføretaka i tilstrekkeleg grad når ein tek omsyn til dei omfattande manglane i dei årlege meldingane frå RHF-a.

I kommentarane sine til rapporten viser departementet til at strukturen i oppdragsdokumentet er endra for å gjere det tydeleg kva som er langsiktige mål, og kva som er krav som ein ventar blir gjennomførte i budsjettperioden for dokumentet. Departementet seier òg at det vil utvikle ein mal for tilbakemelding i årleg melding for å sikre at meldinga gir god informasjon om utviklinga og korleis status på dei forskjellige områda er, samtidig som malen vil standardisere tilbakemeldinga.

3 Riksrevisjonens merknader

Undersøkinga viser at det er store skilnader i kapasitet innanfor psykisk helsevern for vaksne både mellom regionar, helseføretak og dei enkelte institusjonane. Sjølv om den totale kapasiteten i form av årsverk har vore aukande, har ikkje dette ført til ei utjamning mellom helseregionane. Forskjellane i kapasitet mellom regionane varierer med 16 prosent for det polikliniske tilbodet, 22 prosent for døgnplassane, 30 prosent for dag-/døgntilbodet, og 25 prosent for det totale tilbodet. Samtidig er samansetjinga av denne kapasiteten svært forskjellig. Prosentdelen av spesialistar varierer mellom regionane med 23 prosent for dag-/døgntilbodet og 55 prosent for det polikliniske tilbodet. Skilnadene i kapasitet og i tilgangen på spesialistar er vesentleg større mellom dei enkelte føretaka og mellom DPS-a. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om desse skilnadene kan sameinast med kravet om likeverdig tilgang til spesialisthelsetenesta, og om dei verksemdene som har lågast spesialistdel, er i stand til å dekkje

pasientane sine behov og den funksjonen dei skal fylle.

Undersøkinga viser at det ikkje ligg føre data som beskriv behovet for tenester innanfor psykisk helsevern for vaksne. Det er derfor ikkje mogleg å trekkje sikre slutningar om dekningsgraden for tenestene, sjølv om ventetidene indikerer manglande balanse mellom tilbud og etterspurnad. Etter Riksrevisjonens vurdering må det leggjast større vekt på å få påliteleg informasjon om behovet for tenester.

Undersøkinga viser at det varierer i kva grad legane i førstelinja tilviser pasientar til andrelinja. Mange fastlegar opplyser at dei tilpassar sin tilvisingspraksis ut frå kapasitet og ventetid i andrelinja. Klinikkar med høg kapasitet tek imot nesten alle som blir tilviste, mens dei med låg kapasitet gir avslag til storparten av pasientane. Også lengda på dei fristane som blir sette, er vidt forskjellig og synest å vere påverka av kapasiteten. Undersøkinga viser vidare at mange institusjonar har ein praksis som er i strid med prioriteringsforskrifta. Enkelte institusjonar gir berre eit tilbud til dei pasientane som har rett til nødvendig helsehjelp, mens andre tek inn nesten alle pasientar som er tilviste frå eige opptaksområde. Begge forhold har som konsekvens at innhaldet i retten til fritt sjukehusval blir svekka. Éin klinikk gir ingen informasjon til pasient eller tilvisar, ein annan gir ingen informasjon til tilvisar, og for nesten alle gjeld det at dei ikkje informerer tilviste pasientar godt nok om rettane deira, og særleg gjeld det for tilgangen til å klage. Riksrevisjonen konstaterer at sjølv om dei regionale helseføretaka og departementet over fleire år har hatt merksemda retta mot desse forholda, så er det framleis stor svikt i etterlevinga av dette regelverket. Etter Riksrevisjonens oppfatning er det nødvendig med andre og/eller meir omfattande tiltak for å sikre at regelverket vert etterlevd.

Undersøkinga viser at det både manglar viktige styringsdata, og at styringsdata som ligg føre, ikkje held tilfredsstillande kvalitet. Grunndata blir registrerte og rapporterte ulikt fordi omgrep blir tolka ulikt, tenester blir avgrensa forskjellig, og relevante data blir utelatne. Etter Riksrevisjonens vurdering synest det som om dei regionale helseføretaka har vore for lite aktive med tanke på å få kvar enkelt verksemd til å rapportere data til nasjonale register og kvalitetssikre data i tilstrekkeleg grad.

Undersøkinga viser at det manglar rapportering for ein stor del av styringskrava både hos HF-a og RHF-a. Dei rapporteringane som blir gitt, manglar ofte informasjon om utviklinga i året og status ved utgangen av året. Måloppnåinga er svært låg, og er dessuten usikker på grunn av den dårlege kvaliteten på rapporteringa. Undersøkinga viser dessutan at desse omfattande manglane nesten ikkje blir følgde opp. Riksrevisjonen finn derfor grunn til å reise spørsmål ved om departementet og dei regionale helseføretaka i tilstrekkeleg grad følgjer opp styringssignala sine.

4 Svar frå Helse- og omsorgsdepartementet

Saka er lagd fram for Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 3. november 2008 svara:

"Helse- og omsorgsdepartementet viser til Riksrevisjonens brev av 21.10.08 med vedlagt utkast til rapport til Stortinget.

Situasjonsbeskrivinga i rapporten har mange trekk til felles med beskrivinga i dei årlege budsjettframlegga for Stortinget.

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) inneber ei kraftig satsing på å etablere eit verdig helsetilbod til menneske med psykiske lidningar. Dobbelt så mange menneske med psykiske lidningar får hjelp av spesialisthelsetenesta i 2008 som i 1998. Med bakgrunn i opptrappingsplanen er det psykiske helsearbeidet i kommunar og helseføretak styrkt med nærmare 10 000 nye årsverk.

Over 3 000 av desse er i DPS (distriktpsikiatriske senter). Gjennom planen er det bygd ut desentraliserte tenester for menneske med psykiske problem i alle kommunar i landet. Det handlar om bustader, sysselsetjing, tiltak i skule og arbeidsliv, kulturtiltak og tilbod om behandling. Det er etablert 75 distriktpsikiatriske senter som gir spesialisert behandling og oppfølging i nærmiljøet til pasienten, og som no dekkjer heile landet. Desse sentra inneheld poliklinikk, oppsøkjande tenester, dag- og døgntilbod og er viktige samarbeidsarenaer i tilknytning til psykisk helse. Helsedirektoratet har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet kartlagt fagleg innhald, tenestetilbod og organisering ved dei 75 DPS-a som er etablerte gjennom opptrappingsplanen i perioden 1998 til 2008.

Kartlegginga Helsedirektoratet har utført, vil danne grunnlaget for det vidare arbeidet innanfor området. Gjennomgangen viser at vi gjennom opptrappingsplanen har kome eit stykke på veg, men at det er store utfordringar, også etter at opptrappingsplanen blir fasa ut, knytte til tilgjenge, kompetanse og tilbod ved dei desentraliserte sentra. Denne rapporten er grundigare når det gjeld å sjå på det samla tilbodet ved DPS-a, men samsvarer med Riksrevisjonens rapport med tanke på at det framleis står att eit større omstillingsarbeid i psykisk helsevern før likt tilgjenge, nok kvalifisert personell og tilfredsstillande samhandling mellom DPS-a og dei sentrale sjukehusa på den eine sida og det kommunale tilbodet på den andre er på plass.

I tillegg til den jamlege rapporteringa blir det gjennomført ei ekstern evaluering av opptrappingsplanen. Denne evalueringa omfattar eit tjuetals prosjekt i forskjellige forskingsmiljø og blir koordinert av Noregs forskingsråd, som også har i oppdrag å lage ei samanstilling av dette arbeidet til sommaren 2009. Relevante delrapportar frå evalueringsprosjektet har lege til grunn for justeringar som er gjorde undervegs i opptrappingsperioden.

Riksrevisjonen har hovudsakleg sett på det polikliniske tilbodet ved DPS-a, noko som gir eit avgrensa bilete av det totale hjelpeapparatet innanfor psykiske helsetenester. Gjennom opptrappingsplanen er det satsa vesentleg på å bygge opp eit robust lågterskeltilbod i kommunane, som ikkje inngår i Riksrevisjonens undersøking. Elles går ca. 80 prosent av ressursane i psykisk helsevern til døgnbehandling.

Riksrevisjonen peikar på at det er mange forhold som tyder på at tilbodet ikkje er tilstrekkeleg, og at årsaka til dette er ein ubalanse mellom behandlingstilbod og behov som resulterer i dei lange ventetidene. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at vi i Noreg i 2007 brukte 14,7 mrd. kroner på psykisk helsevern (spesialisthelse-tenesta), og ca. 5,8 mrd. kroner på psykisk helsearbeid i kommunen. Helse- og omsorgsdepartementet meiner at det innanfor desse rammene er betydelege gevinstar å hente gjennom omstillingar og modernisering, for på denne måten å betre tilgjenge til hjelp, og få ned ventetida. Pasientteljingane som blir gjennomførte av SINTEF, med 4–5 års mellomrom, tyder mellom anna på at det framleis er mange personar i sjukehus som ville hatt større utbytte av eit relevant tilbod i kommunen eller i DPS. Dette inneber ein

ikkje reint liten flaskehalsproblematikk i systemet, og at det derfor framleis er betydelege utfordringar knytte til det å få på plass ei moderne utoverretta teneste som i større grad enn i dag kan bidra til at menneske med psykiske lidningar kan meistre eit normalt liv utanfor institusjon.

Dei grepa regjeringa varslar i Statsbudsjettet for 2009, legg sterk vekt på heilskap og samhandling. Hovudtiltak går på å betre tilgjenge til psykologhjelp og generelt styrkje lågterskeltilbod i kommunane, vidare omstilling av spesialisthelse-tenesta for å auke tilgjenge og konkrete tiltak som skal betre samhandling på tvers og innanfor forvaltningsnivåa. Departementet har også i fleire år, gjennom oppdragsdokumentet til dei regionale helseføretaka, gitt styringssignal om at legespesialistutdanninga innanfor psykiatri skal vere eit prioritert område.

Sidan helseføretaksreforma i 2002 har departementet arbeidd for å utvikle styringshjulet overfor dei regionale helseføretaka. Oppdragsdokumentet er utarbeidd innanfor rammene for det overordna styringsprinsippet i staten, som er mål- og resultatstyring. Oppdragsdokumentet er forankra i løyvingreglementet til Stortinget og i reglementet for og føresegnene om økonomistyring i staten. Det berande prinsippet er at tilskotsforvaltar stiller krav til tilskotsmottakar i tilknytning til dei løyvingane som blir stilte til disposisjon for mottakaren. Rammeverket gir fridom til å bestemme korleis mål skal utformast, og korleis resultata skal målast og følgjast opp. Styringskrava er retta mot dei regionale helseføretaka.

For 2009 vil departementet spisse krava i oppdragsdokumentet, for å oppnå ei meir konkret rapportering frå RHF-a i årleg melding. Samtidig utarbeider departementet ein mal for årleg melding for 2008, som skal sikre at det i større grad går an å samanlikne rapporteringane frå dei regionale helseføretaka. I tillegg skal malen bidra til at dei regionale helseføretaka tydeleggjer når resultat er oppnådde, og kva for tiltak dei har sett i verk for å nå resultata. I tilfelle der dei ønskte resultata ikkje er oppnådde, skal dei regionale helseføretaka beskrive når det er forventat at tiltaket er ferdigstilt, og kva for planar, prosessar og verkemiddel som vil bli sette i verk for at tiltaket skal oppfyllast. Saman med kvalitetsindikatorane, som er brukte som styringsparametrar i oppdragsdokumentet, vil dette gi departementet den nødvendige informasjonen om utviklinga i RHF-a.

I samsvar med spesialisthelsetenestelova § 2-1 er det dei regionale helseføretaka som har ansvaret for å sjå til at befolkninga får tilstrekkelege og kvalitativt gode spesialisthelsetenester. Spesialisthelsetenesta er kompleks og samansett. Dette krev kontinuerleg utvikling og oppfølging på fleire nivå i forvaltninga og kan ikkje berre overlatast til eit mål- og rapporteringssystem. Riksrevisjonen peikar likevel på relevante paradoks mellom dei lovmessige føresetnadene som ligg til grunn for mål- og resultatstyringa og den komplekse og samansette organisasjonen lova skal styre. Helse- og omsorgsdepartementet vil intensivere arbeidet med å gjere både rapporteringa og oppfølginga av styringshjulet klarare.

Riksrevisjonen meiner at dei regionale helseføretaka har for kort tid til å utarbeide årleg melding. Departementet vil i samband med det vise til at datoen for når dei regionale helseføretaka skal sende årleg melding, har vorte justert tidlegare. Vidare har regionale helseføretak som har hatt problem med å levere innan fristen, fått utsetjing. For å kunne behandle årleg melding forsvarleg og kunne gi tilbakemelding i føretaksmøte i samsvar med lov om helseføretak, meiner departementet at årleg melding må sendast til departementet 1. mars, slik vedtektene for dei regionale helseføretaka slår fast.

Rapporten bruker i omtalen sin nemningar som "vaksenpsykiatri", "psykiatrien", "psykiatriske pasientar" og liknande. I samsvar med grunnlagsdokumenta til Opptrappingsplanen for psykisk helse (98–08) blir det tilrådd at ein bruker "psykisk helsevern for vaksne" og "personar med psykiske lidingar/problem". Psykiatri er den medisinske spesialiteten innanfor dei psykiske helsetenestene.

Riksrevisjonen kritiserer også i stor grad tilgjengeleg særleg på polikliniske tenester. Dette kjem til uttrykk når Riksrevisjonen peikar på at tenestene tolkar prioriteringsforskrifta svært ulikt. Dette gjer at mange som av Riksrevisjonens faglege rådgivar blir vurderte til at dei burde fått "rett til nødvendig helsehjelp", ikkje får tilbod om behandling. Denne kritikken samsvarer med departementet si forståing av dei utfordringane som gjeld tilgjengeleg generelt, og ulik praksis i forhold til prioritering i psykisk helsevern.

Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide 30 rettleiarar for fagleg prioritering til spesialisthelsetenesta, mellom anna også psykisk helsevern. Bakgrunnen for utviklingsarbeidet er at kartleg-

gingar viser at tenesta praktiserer prioriteringsforskrifta forskjellig. Rettleiarane skal sørge for ein meir einskapleg praksis mellom regionane og sikre at dei som har behov for eit behandlingstilbod, får det. Det generelle utviklingsarbeidet for vidare omstilling av psykisk helsevern og styrkinga av det kommunale tilbodet skal òg bidra til å betre tilgjengeleg.

I oppdragsdokumentet for 2008 har departementet gitt dei regionale helseføretaka i oppdrag å etablere system som gjer at dei private avtalespesialistane innanfor psykisk helsevern blir betre integrerte i det polikliniske tilbodet ved DPS-a. Det er framleis ei utfordring at mange som har behov for akutt psykologhjelp, blir ståande åleine med ei tilvising til privat avtalespesialist, og ei telefonliste med aktuelle namn ein må kontakte sjølv.

Det er som Riksrevisjonen peikar på, framleis behov for å vidareutvikle helsetilbodet til menneske med psykiske problem eller lidingar. Departementet er einig i at det er viktig å få ein betre kvalitet på tilvisingar, vidareutvikle Helse- og omsorgsdepartementet sine mål og resultatstyring av dei regionale helseføretaka, og dessutan styrkje vurderingskompetansen og sørge for at prioriteringsforskrifta blir brukt i samsvar med intensjonen i Nasjonal helseplan (2007–2010) om at helsetenester skal vere tilgjengelege og rettferdig fordelte."

5 Uttale frå Riksrevisjonen

Riksrevisjonen og Helse- og omsorgsdepartementet er samde i at det framleis er store utfordringar knytte til tilgjenge, kvalitet på tilvisingane, praktisering av prioriteringsforskrifta, kompetanse og styring innanfor psykisk helsevern for vaksne.

Undersøkinga viser at det er store innbyrdes skilnader i kapasitet og prosentdel av spesialistar, både mellom helseregionar, føretak og institusjonar. Departementet uttalar i sitt svar at det innanfor dei eksisterande økonomiske rammene er betydelege gevinstar å hente gjennom omstillingar og modernisering. Etter Riksrevisjonens vurdering er skilnadene for store til at problema kan løysast berre gjennom omstilling. Kapasiteten er så låg i enkelte område at Riksrevisjonen meiner det er nødvendig med ytterlegare tiltak for å nå målet om likeverdige tenester.

Undersøkinga har vist at institusjonane praktiserer prioriteringsforskrifta svært ulikt. Departementet viser i sitt svar til at Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide rettleiingar for prioritering, som vil gi ei felles plattform i arbeidet med å få meir einsarta prioriteringar. Riksrevisjonen vil vise til at det alt blir brukt rettleiingar i dette arbeidet, og at det derfor også er nødvendig med andre tiltak. Etter Riksrevisjonens oppfatning må dei regionale helseføretaka sørge for å implementere desse rettleiingane ute i helsetenestene, og departementet må følgje opp og sjå til at dette skjer.

Etter Riksrevisjonens vurdering gir mange av dei undersøkte klinikkane for lite informasjon om resultatet av vurderingane, pasientane sine rettar og høvet til å klage. Dette fører til at pasientane manglar tilstrekkeleg informasjon til å kunne ta vare på sine egne rettar. Riksrevisjonen vil peike på at dette ikkje berre er i strid med regelverket, men også med målsetjinga om at brukarperspektivet skal leggjast til grunn for tenestetilbodet.

Undersøkinga viser at kvaliteten på tilgjengelege data er dårleg, og at det manglar data for grunnleggjande forhold som for eksempel etterspørselelen etter tenester innanfor psykisk helsevern for vaksne. Styringsdialogen mellom helseføretaka og dei regionale helseføretaka og mellom dei regionale helseføretaka og departementet er lite dynamisk. På begge nivå blir det årleg fastsett ei rekkje styringskrav og indikatorar som det i liten grad blir rapportert på, og som heller ikkje blir følgde opp. Departementet har i svaret sitt vist til at det vil intensivere arbeidet med å gjere både rapporteringa og oppfølginga av styringshjulet klarare. Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig å vidareutvikle mål- og resultatstyringa for å få ei god styring av området, og for å unngå at styringsautoriteten til departementet og dei regionale helseføretaka blir undergraven.

Saka vert send til Stortinget.

Vedteke i Riksrevisjonens møte 11. november 2008

Jørgen Kosmo

Jan L. Stub

Annelise Høegh

Nils Totland

Therese Johnsen

Rapport: Spesialisthelsetenesta
sitt tilbod til vaksne med
psykiske problem

Vedlegg til Dokument nr. 3:5 (2008–2009)

Innhald

1	Innleiing	21		
1.1	Bakgrunn	21		
1.2	Mål og problemstillingar	21		
2	Metode og gjennomføring	22		
2.1	Tilbodet innanfor psykisk helsevern for vaksne	22		
2.1.1	Innsamling og analyse av primærdata frå helseføretaka	22		
2.1.2	Presentasjon og analyse av sekundærdata	22		
2.2	Inntaksprosessen	22		
2.2.1	Gjennomgang av pasientjournalar	22		
2.2.2	Spørjeskjemaundersøking blant fastlegar	23		
2.2.3	Innsamling og analyse av primærdata frå helseføretaka og 15 DPS	23		
2.3	Styringa av psykisk helsevern for vaksne	23		
2.3.1	Innhenting og analyse av primærdata frå departementet, Helsedirektoratet og føretaka	23		
2.3.2	Intervju og møte med departementet og RHF-a	23		
3	Tilbodet innanfor psykisk helsevern for vaksne	24		
3.1	Revisjonskriterium	24		
3.2	Kapasiteten innanfor psykisk helsevern for vaksne	24		
3.2.1	Korleis er kapasiteten innanfor psykisk helsevern bygd opp?	24		
3.2.2	Kapasiteten knytt til dag- og døgnbehandlninga	29		
3.2.3	Kapasitet knytt til dei polikliniske tenestene	31		
3.2.4	Ambulansetenester	33		
3.2.5	Kva slags tenester finst i DPS-a?	33		
3.3	Vurderingar	37		
3.3.1	Tilbodet er ikkje likeverdig og tilstrekkeleg	37		
3.3.2	Det distriktpsykiatriske tilbodet er for tynt i mange område	37		
4	Inntaksprosessen i poliklinikkane	39		
4.1	Revisjonskriterium	39		
4.2	Gir regelverket for prioritering av pasientar dei forventa resultatane?	40		
4.2.1	Korleis handterer fastlegane si rolle som portvakt for andrelinja?	40		
4.2.2	Er inntaksprosessen i andrelinja tilfredsstillande?	42		
4.2.3	I kva grad får pasientane eit tilbod i spesialisthelsetenesta?	46		
4.2.4	Blir det prioritert likt?	46		
4.2.5	Får pasient og tilvisande lege den informasjonen som dei har krav på?	54		
4.3	Vurderingar	55		
4.3.1	Pasientane blir forskjellsbehandla alt i førstelinja, og avslaga blir usynleggjorde	55		
4.3.2	Grunnlaget for prioriteringane er for dårleg	55		
4.3.3	Prioriteringane i poliklinikkane er ulike og delvis prega av andre forhold enn dei reint faglege	55		
4.3.4	Pasient og tilvisar får ikkje den informasjonen som dei etter regelverket har krav på	56		
5	Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka si styring av psykisk helsevern for vaksne	57		
5.1	Revisjonskriterium	57		
5.2	Korleis blir styringa av psykisk helsevern for vaksne teken hand om?	58		
5.2.1	Kva for styringssignal gir departementet til dei regionale helseføretaka?	58		
5.2.2	Vidareformidlar dei regionale helseføretaka styringskrava frå departementet til helseføretaka sine?	58		
5.2.3	Er tilbakerapporteringa frå helseføretaka tilfredsstillande?	58		
5.2.4	Klarar dei årlege meldingane frå RHF-a likevel å gi svar på styringsbodskapen?	60		
5.2.5	Er oppfølginga god nok?	62		
5.2.6	Styring i samband med myndigheitsutøvinga	63		
5.2.7	Synspunkt frå dei regionale helseføretaka på styringsdialogen	63		
5.2.8	Kva slags styringsinformasjon er allment tilgjengeleg?	64		
5.2.9	Er styringsdata relevante og av god nok kvalitet?	65		
5.3	Vurderingar	67		

5.3.1	Verken rapportering, måloppnåing eller oppfølging er tilfredsstillande	67
5.3.2	Styringsdata manglar nødvendig kvalitet	68
6	Samla vurdering	69
6.1	Behandlingstilbodet i psykisk helsevern for vaksne er verken likeverdig eller tilstrekkeleg	69
6.2	Prioriteringa av pasientane fungerer ikkje etter føresetnadene	69
6.3	Mangelfull styring og oppfølging frå både RHF-a og sentrale helsemyndigheiter	70
6.4	Kvaliteten på styringsdata er for dårleg	70
	Referanseliste	72
	Vedlegg	74
1	Spørreskjema til fastleger	74
2	Styringskrav til foretakene for 2006 – et utvalg krav	76

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Stortinget vedtok 17. juni 1998 ein opptrappingsplan for psykisk helse.¹ Bakgrunnen var St.meld. nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet*, og arbeidet i samband med behandlinga av denne meldinga i Stortinget.² Meldinga oppsummerte manglane innanfor psykisk helsevern slik: "Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud." Det vart mellom anna peika på at spesialisthelsetenesta ikkje var tilgjengeleg nok.

I opptrappingsplanen vart det lagt til grunn at om lag 0,75 prosent av den vaksne befolkninga blir ramma av alvorlege psykiske lidingar, og at mindre alvorlege lidingar ramar 0,25 prosent. Seinare har ein kome til at desse estimata er for låge. I budsjettproposisjonen for 2007 er det uttala: "Det at antall ventende øker, må ses i sammenheng med at man i Opptrappingsplanen har tatt utgangspunkt i et underforbruk av tjenester i forhold til reelt behov."

Opptrappingsplanen gjaldt opphavleg for perioden 1999–2006. Ved behandlinga av St.prp. nr. 1 (2003–2004), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004), vart det vedteke at planen skulle utvidast med to år til 2008. Årsaka var at det framleis var svak måloppnåing på enkelte område. Den økonomiske ramma var opphavleg på til saman 24 mrd. kroner i auka investeringar og driftsutgifter.

Skilnader i kapasiteten og i prioriteringa av pasientane er forhold som kan føre til at målet om geografisk likeverdige tenester ikkje blir innfridd. Retten til vurdering og prioritering var eitt av tema då Helsetilsynet hadde landsomfattande tilsyn med psykisk helsevern for vaksne i 2003.³ Tilsynet viste at nær halyparten av einingane ikkje etterlevde regelverket på området. Seinare enkelståande tilsyn har gitt tilsvarande resultat.

Riksrevisjonen undersøkte korleis prioriteringsforskrifta vart praktisert, som ledd i selskapskontrollen for 2005. Undersøkinga viste store skilnader mellom helseføretak og mellom helseregionar når det gjaldt prosentdelen av rettspatientar. Riksrevisjonen har også undersøkt kvaliteten på dei fylkeskommunale planane for utbygginga av distriktspsykiatriske senter (DPS) og departementet si behandling av desse sentra.⁴ Undersøkinga viste mellom anna at behovsvurderingane i utbyggingsplanane ikkje var gode nok. Det vart også stilt spørsmål ved om departementet har gode nok rapporteringsdata når resultatane av opptrappingsplanen skal vurderast.

1.2 Mål og problemstillingar

Målet med undersøkinga er å finne ut om befolkninga over 18 år har nødvendig tilgang til dei ulike tenestene innanfor psykisk helsevern for vaksne, om tilbodet er i samsvar med behovet, og om tilboda er likeverdige innanfor spesialisthelsetenesta. Det er også eit mål å finne ut om Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka har tilstrekkeleg styring på områda som kjem inn under undersøkinga, og om styringa er basert på relevant og påliteleg styringsinformasjon.

Undersøkinga vil belyse følgjande problemstillingar:

- 1 Korleis er kapasiteten innanfor psykisk helsevern for vaksne?
- 2 Er spesialisthelsetenesta sitt tilbod innanfor psykisk helsevern for vaksne tilstrekkeleg og likeverdig?
- 3 Har Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka lagt til rette for at det blir registrert og rapportert relevante og gode styringsdata innanfor psykisk helsevern for vaksne, og blir underliggjande verksemder følgde opp på bakgrunn av denne informasjonen?

1) St.prp. nr. 63 (1997–98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*, jf. Innst. S. nr. 222 (1997–98).

2) Innst. S. nr. 258 (1996–97) *Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.

3) Helsetilsynet (2004): *Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til vaksne med psykiske problemer*. Rapport 4/2004.

4) Dokument nr. 3:5 (2002–2003) *Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999–2006*. Jf. Innst. S. nr. 141 (2002–2003).

2 Metode og gjennomføring

Problemstillingane i undersøkinga er belyste ved gjennomgang av pasientjournalar, ei spørjeskjemaundersøking blant fastlegar, statistikk som ligg føre, dokumentanalyse og intervju.

Det er nytta statistikk frå SINTEF Helse (SAMDATA), Norsk pasientregister (NPR) og Statistisk sentralbyrå (SSB).

Dokumentanalysen omfattar dokument som er innhenta frå Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, dei regionale helseføretaka (RHF), helseføretaka (HF) og 15 distriktpsychiatriske senter (DPS).

Det er gjennomført møte med alle RHF-a og psykiatrisk divisjon ved to HF. Dessutan har Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet gitt nærmare opplysningar om forhold knytte til dei problemstillingane som undersøkinga omfattar. Opplysningar om forventa ventetider og kvalitetsindikatorar er henta frå nettsida til Fritt sjukehusval (www.frittpsykehusvalg.no).

Vi har henta inn fagleg hjelp i samband med problemstillinga om inntaksprosessen. Psykiater og overlege Ola Marstein ved Søndre Oslo DPS er brukt som fagkonsulent. Han har 30 års erfaring som klinisk og har også delteke i utgreiingsarbeid innanfor fagfeltet, mellom anna når det gjeld retningslinjer for prioritering.

2.1 Tilbodet innanfor psykisk helsevern for vaksne

2.1.1 Innsamling og analyse av primærdata frå helseføretaka

For å kartleggje kapasiteten vart det hausten 2007 henta inn informasjon frå alle helseføretaka, bortsett frå Rikshospitalet HF og Sykehuset i Vestfold HF (somatikk), om korleis tilbodet innanfor psykisk helsevern for vaksne er bygd opp, opningstider, prosentdelen av utskrivingsklare pasientar, bruken av ambulante team og organiseringa av ambulansenesta.

2.1.2 Presentasjon og analyse av sekundærdata

Kapasiteten i tilbodet til vaksne (18 år og over) med psykiske problem er undersøkt ved å ta

utgangspunkt i data for årsverk og døgnplassar frå SAMDATAs sektorrapport for psykisk helsevern. Kapasiteten er målt per 10 000 innbyggjarar i alderen 18 år og over i opptaksområdet til DPS-a og helseregionane, basert på befolkningstal frå SSB. Det er brukt data frå driftsåret 2006, som er dei siste tala som ligg føre, ettersom data blir publiserte om hausten det følgjande året. Kapasiteten i tenestetilbodet er sett i relasjon til talet på nyttilviste, talet på pasientar som er avvikla frå venteliste, og ventetid. Desse data er henta frå nettsida til NPR og gjeld 1. tertial 2007. Dette tertialet er valt fordi det gir konsistente data ved at alle dei aktuelle data i tabell 3.5 refererer seg til same tidsrom/-punkt.

2.2 Inntaksprosessen

For å gi svar på spørsmålet om prioriteringa av pasientane resulterer i tilstrekkeleg like tilbod for like tilfelle, byggjer vi i hovudsak på journalgjennomgangen, spørjeskjemaundersøkinga blant fastlegar og analyse av innhenta dokument frå spesialisthelsetenesta.

2.2.1 Gjennomgang av pasientjournalar

For å klargjere om spesialisthelsetenesta sine prioriteringar av pasientane er tilstrekkeleg einsarta til at tilbodet blir likeverdige, har vi gått gjennom eit stort utval pasientjournalar. Utvalet omfattar 15 einingar frå forskjellige helseføretak. Fordeilinga på dei fem dåverande helseregionane vart bestemt slik: nord to, Midt-Noreg to, vest tre, sør tre og aust fem. Føretaka er valde ut ved loddtrekning, og for kvart føretak er det deretter trekt ut eitt DPS. Viss DPS-et har hatt fleire poliklinikkar, har vi valt allmennpsykiatrisk poliklinikk. Utvalet blir rekna for å vere representativt for det polikliniske tilbodet. Helse Sør RHF og Helse Øst RHF vart slått saman til Helse Sør-Øst RHF med verknad frå 1. juni 2007. Rapporten presenterer likevel dei tidlegare helseregionane kvar for seg, ettersom ein vesentleg del av dei data som blir presenterte, gjeld perioden før samanslåinga.

I klinikkane har vi gått gjennom data frå dei pasientadministrative systema for meir enn 2000 pasientar og nytta opplysningane for 1479 av

dei.⁵ Data vi har registrert frå dei pasientadministrative systema, inneheld opplysningar om pasienten sin bakgrunn, om vedkomande har fått eit tilbod tidlegare, og i så fall kva slags diagnose pasienten fekk, og data frå tilvisingane. Sjølve tilvisingane er også henta inn. For kvar pasient er poliklinikken sitt svar på tilvisinga til pasient og tilvisar undersøkt, og opplysningar om vurderingsdato, prioritet og frist er registrerte. Det same gjeld om pasienten har fått informasjon om rettane sine.

2.2.2 Spørjeskjemaundersøking blant fastlegar

Spørjeskjemaundersøkinga vart gjennomført i februar 2008 for å hente inn opplysningar frå fastlegane om tilvisningspraksisen deira og spesialisthelsetenesta si behandling av tilvisningane. Undersøkinga omfattar fem fastlegar frå opptaksområda til kvar av dei 15 poliklinikkane. Legane er valde blant dei som tilviser flest pasientar til vedkomande poliklinikk, og som dermed kan svare ut frå breiast erfaringsgrunnlag. 42 legar har svart på undersøkinga, og det er minst to legar frå opptaksområdet til kvar klinikk. Spørsmåla gjeld mellom anna kor stor del av pasientane som får eit tilbod hos høvesvis førstelinja, avtalespesialistane og andrelinja, og korleis forhold i andrelinja påverkar deira eigen tilvisingspraksis. Spørjeskjemaet følgjer som vedlegg 2 til rapporten.

2.2.3 Innsamling og analyse av primærdata frå helseføretaka og 15 DPS

Hos alle helseføretaka og dei 15 DPS-a vart det hausten 2007 henta inn kopi av alle retningslinjer som gjeld inntaksprosessen generelt og prioriteringa av pasientar spesielt. Formålet er å skaffe informasjon om kva som er gjort for å leggje til rette for lik prioritering av pasientane. DPS-a har i tillegg sendt inn standardformular og opplysningar om turnover (utskifting av personell) og årsverk i 2006.

2.3.1 Innhenting og analyse av primærdata frå departementet, Helsedirektoratet og føretaka

For å undersøke kva for styring departementet og RHF-a har med psykisk helsevern for vaksne, har vi analysert bestillardokumentata for 2006 frå Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-a og frå RHF-a til HF-a, årleg melding frå RHF-a og fem helseføretak for dette året, og departementet sitt tildelingsbrev til Helsedirektoratet, det årlege styringsbrevet (rundskrivet) frå Helsedirektoratet til RHF-a og Helsedirektoratet sin årsrapport til departementet for 2006. I tillegg er det analysert informasjon frå føretaka om kva slags styringsdata dei nyttar innanfor psykisk helsevern for vaksne.

2.3.2 Intervju og møte med departementet og RHF-a

For å få meir informasjon om korleis styringsdialogen fungerer i praksis, og for å få utfyllande informasjon om enkelte sider ved styringa, har det vore møte med Helse- og omsorgsdepartementet og RHF-a våren 2008. I møtet med departementet deltok også representantar frå Helsedirektoratet. Tema i møta har mellom anna vore bestillardokumentata, krav til rapportering, tidsfristar, oppfølging og tidssyklusen.

2.3 Styringa av psykisk helsevern for vaksne

Styringa av psykisk helsevern for vaksne følgjer den ordinære styringsmodellen for spesialisthelsetenesta. Framstillinga av styringa er derfor generell når det gjeld utgreiinga av styringsdialogen, men følgjer psykisk helsevern for vaksne i utgreiinga av særskilde mål, tilgjengelege data og kvaliteten og relevansen til desse data.

5) For å få mest mogleg lik pasientsamansetjing er saker som gjaldt dag/døgn, rus, førespurnader (NAV) og interne tilvisingar, ikkje tekne med. Pasientane er tekne med i den rekkjefølgja som dei er tilviste innanfor 1. tertial 2007, og undersøkinga vart gjennomført hausten 2007.

3 Tilbodet innanfor psykisk helsevern for vaksne

3.1 Revisjonskriterium

I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 er det mellom anna formulert konkrete mål for kapasitetsutbygginga i spesialisthelsetenesta. Enkelte mål har seinare vorte justerte i samband med budsjettbehandlingane og utvidinga av planperioden. Opptrappingsplanen skisserer at psykiatriske sjukeheimar skal leggjast inn under eit DPS eller gradvis byggjast ned i takt med utbygginga av dei kommunale omsorgstenestene. DPS-a skal gi tilbod om kort- og langtids døgnopphald, poliklinisk og ambulant behandling, dagbehandling, og rådgiving og rettleiing overfor kommunale tenester.

Spesialisthelsetenestelova⁶ § 1-1 stiller mellom anna krav til kvaliteten på tenestene, at tilbodet skal vere likeverdig, tilpassa pasientane sine behov og tilgjengeleg, og at ressursane blir utnytta best mogleg. Komiteen uttala under behandlinga av helseføretakslova⁷ at eit likeverdig tilbod tilpassa pasientane sine behov inneber at alle som har behov, skal sikrast tilgang til nødvendige helsetenester, uavhengig av inntekt, bustad, etnisk bakgrunn og kjønn.

Ei eiga forskrift⁸ pålegg dei regionale helseføretaka å sørge for at personar som oppheld seg innanfor helseregionen, får tilbod om nødvendige ambulansetenester, jf. § 14. Forskrifta gjeld både innanfor somatisk og psykiatrisk verksemd. § 17 i forskrifta stiller også krav til bemanninga av ambulansar, og kva slags kompetanse dei skal ha.

I bestillardokumentet for 2005 viste departementet til føresetnaden i opptrappingsplanen om ei styrking av kapasiteten ved poliklinikkane og reduserte ventetider for behandling, og kravde at ventetida for slik behandling skulle reduserast med 10 prosent for vaksne. Dessutan vart det stilt krav om at det skulle etablerast ambulante team ved kvart helseføretak i 2005 og ved kvart DPS i løpet av 2006. I bestillardokumentet for 2006 vart det stilt krav om at RHF-a skulle utarbeide ein samla kapasitetsanalyse for spesialisthelsetenesta, ta initiativ til å avdekkje manglar i datagrunnlaget

og medverke til å utjamne skilnader i behov og etterspurnad. Det vart også peika på at DPS-a må sikrast tilstrekkeleg bemanning med behandlingskompetanse, spesielt legar/psykiatrar og psykologar, og det er føresett at dei kan handtere akutt- og krisetilfelle også ut over ordinær arbeidstid.

3.2 Kapasiteten innanfor psykisk helsevern for vaksne

Presentasjonen har retta størst merksemd mot det regionale nivået. RHF-a har eit "sørge for"-ansvar der oppgåva er å tilby innbyggjarane i eigen region spesialiserte helsetenester i tilstrekkeleg omfang. Det er ein føresetnad at kvar helse-region i stor grad er sjølvforsynt med psykiatrite- nester. Tenestene kan helseregionen anten produsere sjølv, kjøpe i andre regionar (eventuelt i utlandet) eller hos private aktørar.

3.2.1 Korleis er kapasiteten innanfor psykisk helsevern bygd opp?

Spesialisthelsetenesta sine tilbod innanfor psykisk helsevern blir ytt ved sjukehusavdelingar, DPS og av privatpraktiserande spesialistar (psykiatrar og psykologspesialistar) med driftsavtale med RHF-a. I tillegg finst det framleis enkelte frittstående døgninstitusjonar, sjølv om dei fleste av desse i løpet av dei siste åra er omgjorde til meir behandlingsretta einingar under eit DPS, eller har vorte fasa ut som del av tilbodet.⁹

Tabell 3.1 viser utviklinga i kapasitet frå 2003 til 2006 for årsverk og døgnplassar. Tabellen viser at det for landet under eitt har vore ein jamn auke i årsverk per 10 000 innbyggjarar frå 18 år og over, frå 44,2 i 2003 til 46,1 årsverk i 2006. Blant regionane er det berre region nord som følgjer den nasjonale utviklingstrenden. Alle dei andre regionane har eitt tilfelle av nedgang frå eitt år til eit anna. Det er berre region sør som har nedgang for perioden sett under eitt (–1,3). Det er stor spreiding i kapasitet mellom regionane. For 2006 er det region aust som har høgast kapasitet med 51,2 årsverk, og region sør som har lågast med 40,8 årsverk. Skilnaden mellom desse regionane utgjer 25 prosent i 2006.

6) Lov av 2. juli 1999 nr. 61: lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1.

7) Innst. O. nr. 118 (2000–2001).

8) FOR 2005–03–18 nr. 252: forskrift om krav til akuttmedisinske tenester utenfor sykehus.

9) SAMDATA psykisk helsevern (2006): *Sektorrapport 2006*. Rapport 2/07 s. 28.

Tabell 3.1 Talet på årsverk og døgnplassar per 10 000 personar frå 18 år og over (2003–2006)

Helseregion	2003		2004		2005		2006	
	Årsverk	Døgnplassar	Årsverk	Døgnplassar	Årsverk	Døgnplassar	Årsverk	Døgnplassar
Aust	47,3	15,6	47,1	15,5	50,3	14,9	51,2	14,7
Sør	42,1	15,1	41,8	14,1	40,4	13,5	40,8	13,2
Vest	43,7	17,2	44,2	15,9	43,6	15,1	44,6	14,8
Midt-Noreg	40,8	13,2	41,0	13,6	42,3	13,1	41,8	12,9
Nord	42,5	12,2	43,9	12,0	46,2	11,8	47,0	12,1
Landet under eitt	44,2	15,2	44,3	14,7	45,5	14,1	46,1	13,9

(Kjelde: SAMDATA)

Kapasiteten knytt til døgnplassar viser ei noko anna utvikling. For landet under eitt gjekk talet på døgnplassar per 10 000 personar frå 18 år og over ned frå 15,2 i 2003 til 13,9 i 2006, dvs. ein reduksjon på nesten 9 prosent. Regionane følgjer same utvikling med to unntak. Region Midt-Noreg hadde ein auke frå 2003 til 2004, men har ein nedgang i kapasitet for perioden sett under eitt. Region nord hadde ein auke frå 2005 til 2006, men har hatt ein nedgang på 0,1 døgnplassar for perioden under eitt. Det er i 2006 noko mindre spreing i kapasiteten i døgnplassar enn i årsverk. Region vest har høgast kapasitet med 14,8 døgnplassar, og region nord har lågast med 12,1 døgnplassar per 10 000 i målgruppa. Skilnaden mellom dei to regionane utgjer 22 prosent.

Tabell 3.2 gir ei oversikt over korleis kapasiteten i helseregionane og totalt fordeler seg på hovudgrupper av personell og tenesteproduentar i 2006. I denne tabellen er også årsverk som er

utførte av avtalespesialistar, inkluderte.¹⁰ Opplysningar om spesialistutdanning finst berre på institusjonsnivå. For poliklinikkar, avdelingar og ambulante team er årsverka for spesialistutdanningane ikkje rapporterte åtskilt frå andre utdanningskategoriar, "psykiatrar" er rapporterte saman med "andre legar" og "kliniske psykologar" saman med "andre psykologar". Det er hovudårsaka til at alle dei fire nemnde fagkategoriane er tekne med i spesialistårsverka i tabell 3.2 og i undersøkinga elles, der det er aktuelt. Sidan alle desse fagkategoriane representerer spisskompetansen innanfor psykisk helsevern, synest det òg å vere faglege argument for ei slik inndeling.

Total kapasitet er 47,8 årsverk per 10 000 i målgruppa på landsbasis. Det er store skilnader mellom regionane, som deler seg i tre grupper. Regionane sør og Midt-Noreg har låg kapasitet med høvesvis 42,1 og 42,7 årsverk. Regionane vest og nord har middels kapasitet med høvesvis

Tabell 3.2 Talet på årsverk per 10 000 personar frå 18 år og over – etter faggruppe og tenesteproduent (2006)

Helseregion	Samla kapasitet	Fagkategori			Tenesteproduent		
		Spesialist-årsverk	Andre fagårsverk	Andre årsverk	Offentlege institusjonar	Private institusjonar	Avtalespesialistar
Aust	53,7	9,7	21,2	22,8	43,7	7,5	2,5
Sør	42,1	7,3	19,1	15,7	38,2	2,7	1,2
Vest	46,2	8,2	21,9	16,1	38,6	5,9	1,7
Midt-Noreg	42,7	7,1	21,0	14,6	40,7	1,1	0,9
Nord	47,4	7,3	25,7	14,4	46,1	0,8	0,5
Landet under eitt	47,8	8,3	21,4	18,1	41,4	4,7	1,7
Prosentdel	100	17,4	44,8	37,8	86,6	9,8	3,6

(Kjelde: SAMDATA og SSB)

10) Årsverkstala for avtalespesialistar er henta frå SSB. Det har ikkje vore mogleg å skilje mellom spesialistar som yter tenester innanfor høvesvis barne- og ungdomspsykiatri og psykisk helsevern for vaksne. Årsverka omfattar derfor alle psykologspesialistar og spesialistar innanfor begge dei psykiatriske spesialiseringane som har avtalar med regionale helseføretak.

46,2 og 47,4 årsverk, mens region aust har høg kapasitet med 53,7 årsverk.

Nedste rad i tabell 3.2 viser at kapasiteten for landet sett under eitt fordeler seg med 17,4 prosent på "spesialistårsverk"¹¹ og 44,8 prosent på "andre fagårsverk". Fagårsverk utgjør dermed til saman 62,2 prosent av årsverka, mens "andre årsverk" utgjør dei resterande 37,8 prosentane. Tabellen viser også at 86,6 prosent av kapasiteten er knytt til offentlege institusjonar, mens private tenesteproducentar står for 13,4 prosent av kapasiteten.

Fordelinga av kapasitet på hovudgruppene av årsverk viser regionale skilnader som varierer i storleik. Innanfor kvar av hovudgruppene er det éin region som skil seg klart ut med vesentleg høgare kapasitet enn dei andre helseregionane. Region aust har vesentleg høgare kapasitet enn dei andre regionane for gruppene "spesialistårsverk" (9,7 årsverk per 10 000 innbyggjarar i målgruppa) og "andre årsverk" (22,8). Region nord har klart høgast kapasitet for den tredje gruppa årsverk, "andre fagårsverk" (25,7).

Summen av fagårsverk er avgjerande for behandlingsskapasiteten. Region sør har lågast kapasitet med 26,4 fagårsverk per 10 000 personar frå 18 år og over, og region nord har høgast kapasitet med 33 fagårsverk. Det utgjør ein skilnad i kapasitet mellom dei to regionane på 25 prosent.

Tabell 3.2 viser også at det er skilnader mellom regionane når det gjeld kven som produserer tenestene. Regionane aust og vest har i langt større utstrekning enn dei andre regionane basert delar av sitt tenestetilbod på avtalar med private institusjonar og avtalespesialistar. Prosentdelen av private i desse regionane utgjør høvesvis 19 og 16 prosent av den totale kapasiteten. I motsett ende av skalaen finn vi regionane nord og Midt-Noreg, der det private innslaget utgjør høvesvis 3 og 5 prosent av det totale tilbødet.

Kompetanse

Ikkje berre den faktiske kapasiteten, men også samansetjinga av kapasiteten er avgjerande for behandlingstilbødet. Tabell 3.3 viser korleis kapasiteten i dei enkelte regionane og totalt er fordelt på dei ulike fagkategoriane. I siste kolonne blir den gjennomsnittlege kapasiteten vist i landet sett under eitt (årsverk per 10 000

personar frå 18 år og over), mens dei andre kolonnane viser den prosentdelen kvar enkelt fagkategori utgjør av den totale kapasiteten i regionane og landet som heilskap.

Tabell 3.3 viser at "psykiatriske sjukepleiarar", "anna helsepersonell", "anna personell" og "andre sjukepleiarar" er dei dominerande fagkategoriane i spesialisthelsetenesta for landet sett under eitt. Kvar av desse kategoriane utgjør mellom 14 og 21 prosent av kapasiteten. Sjukepleiarane står for til saman 35 prosent av kapasiteten, og dei nemnde fire gruppene står til saman for 73 prosent av kapasiteten. Legane utgjør på si side 8 prosent av kapasiteten, og psykologane 9 prosent. "Anna helsepersonell med høgskuleutdanning" står for dei resterande 10 prosentane av kapasiteten.

Når vi ser på fordelinga av fagkategoriar i regionane, ser vi at ingen av dei fire spesialistkategoriane avviker frå landsgjennomsnittet med meir enn +/- 1 prosent. For fire av regionane gjeld det også for spesialistane totalt sett, men i region nord utgjør spesialistane 2 prosentpoeng mindre enn for landet som heilskap.

Regionane sør og Midt-Noreg har større prosentdel av "psykiatriske sjukepleiarar" enn dei andre regionane, og i region vest gjeld det same for "andre sjukepleiarar". Region nord har dobbelt så mykje "anna helsepersonell med høgskuleutdanning" som gjennomsnittet. Dei store skilnadene fører til at summen av "andre fagårsverk" òg blir svært forskjellig. Høgast prosentdel "andre fagårsverk" har region nord med 54 prosent, og lågast prosentdel har region aust med 39. Dei tre andre regionane har ein prosentdel frå 46 til 49. Etersom spesialistdelen var relativt lik, blir skilnadene i "andre fagårsverk" også utslagsgivande for dei regionale skilnadene i "sum fagårsverk". I region nord utgjør fagårsverka 70 prosent, mens dei i region aust berre utgjør 57 prosent. For dei andre regionane er prosentdelen frå 63 til 66.

Det er store skilnader i prosentdelen "andre årsverk". I region aust er han 43 prosent, mens han i nord berre utgjør 30 prosent. For dei andre regionane er prosentdelen frå 34 til 37 prosent. Dette er ei av hovudårsakene til at region aust har høgast kapasitet. Regionane Midt-Noreg og nord, som har dei høgaste prosentdelane av "anna helsepersonell med høgskuleutdanning", har dei lågaste prosentdelane av "sum andre årsverk".

11) I undersøkinga er fagkategoriane "legar" og "andre psykologar" rekna med i spesialistårsverka, i tillegg til dei eigentlege spesialistane innan psykiisk helsevern for vaksne: "psykiatrar" og "kliniske psykologar".

Tabell 3.3 Prosentvis fordeling av årsverk på fagkategori og total kapasitet fordelt på fagkategori (2006)

Fagkategori	Helseregion					Landet under eitt	
	Aust	Sør	Vest	Midt-Noreg	Nord	Prosent	Årsverk per 10 000 personar frå 18 år og over
Psykiatrar	6	6	5	4	4	5	2,4
Andre legar	3	3	3	4	3	3	1,5
Kliniske psykologar	6	4	6	5	4	5	2,6
Andre psykologar	3	4	4	4	4	4	1,8
Sum spesialistar	18	17	18	17	15	17	8,3
Psykiatriske sjukepleiarar	19	25	20	24	21	21	10,0
Andre sjukepleiarar	12	12	20	15	12	14	6,8
Anna helsepersonell m/høgskuleutd.	8	9	7	10	21	10	4,6
Sum andre fagårsverk	39	46	47	49	54	45	21,4
<i>Sum fagårsverk</i>	<i>57</i>	<i>63</i>	<i>65</i>	<i>66</i>	<i>70</i>	<i>62</i>	<i>29,7</i>
Anna helsepersonell	23	17	24	20	17	21	10,0
Anna personell	20	20	11	14	13	17	8,1
Sum andre årsverk	43	37	35	34	30	38	18,1
SUM	100	100	100	100	100	100	47,8

(Kjelde: SAMDATA og SSB)

Struktur

Eit hovudmål i opptrappingsplanen for psykisk helse¹² er å desentralisere delar av tenesta gjennom å opprette distriktpsikiatriske senter. DPS-a skal ha eit hovudansvar for det allmennpsykiatriske tilbodet til vaksne, og skal medverke til å bringe tenestene ut dit folk bur. Oppbygging av den desentraliserte strukturen skal gjerast med lokale tilpassingar og sjåast i samanheng med tilbodet som blir gitt ved sentrale sjukehuseiningar.¹³

Det totale behandlingstilbodet blir ytt i form av døgnopphald, dagbehandling og poliklinisk behandling, og blir tilbode ved forskjellige typar

behandlingsinstitusjonar og i varierende grad i form av ambulant verksemd. Graden av sentralisering av tenestetilbodet har historisk sett variert mellom helseregionane, og regionane har ikkje kome like langt i desentraliseringa av tilbodet.¹⁴

Tabell 3.4 viser årsverk for kvar enkelt driftsform og totalt i form av faktiske tal og prosentdelar av det totale tilbodet.

Tabell 3.4 viser at for landet sett under eitt er ca. 55 prosent av årsverka knytte til sjukehusavdelingar, ca. 25 prosent knytte til DPS-avdelingar, mens ca. 19 prosent av årsverka er knytte til polikliniske og ambulante tenester. I tillegg er ein

Tabell 3.4 Årsverk etter driftsform i psykisk helsevern for vaksne – i absolutte tal og i prosent (2006)¹⁶

Helseregion \ Driftsform	Aust		Sør		Vest		Midt-Noreg		Nord		Landet under eitt	
Sjukehusavdelingar	4283	60,7	1408	48,1	1716	51,1	1172	55,0	780	46,6	9359	54,6
DPS-avdelingar	1315	18,7	876	29,9	1009	30,1	497	23,3	518	31,0	4215	24,6
Andre døgnavdelingar	193	2,7	0	0,0	0	0,0	54	2,5	20	1,2	267	1,6
Polikliniske og ambulante tenester	1262	17,9	643	22,0	631	18,8	408	19,2	354	21,2	3298	19,2
Totalt	7053	100	2927	100	3356	100	2131	100	1672	100	17139	100

(Kjelde: SAMDATA og SSB)

12) St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.

13) Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Distriktpsikiatriske senter – Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. 9/2006.

14) SAMDATA psykisk helsevern (2007): *Sektorrapport 2006*. Rapport 2/07.

15) Tabellen inneheld årsverksinnsats i offentlege og private institusjonar, og årsverk som er utførte av avtalespesialistar.

liten del av den totale årsverksinnsatsen knytt til andre former for døgninstitusjonar (for eksempel psykiatriske sjukeheimar).

Regionane aust og Midt-Noreg har størst prosentdel årsverk som er knytte til sentrale sjukehusavdelingar (høvesvis 60 og 55 prosent). Dei tre andre regionane har ein lågare prosentdel årsverk som er knytte til sjukehusavdelingar, og har i større grad bygd ut DPS-avdelingar. Det er også vesentlege skilnader mellom regionane innanfor polikliniske og ambulante tenester. Tabellen viser at regionane ikkje har kome like langt når det gjeld målet om å etablere ein desentralisert struktur i tenestetilbodet.

Kapasitet og ventetid

Når fleire pasientar er vurderte til å ha rett til behandling i spesialisthelsetenesta enn det tenesta klarer å behandle etter kvart, oppstår det ventetid for behandling. Ventetid blir rekna ut med utgangspunkt i den datoen tilvisinga blir motteken i spesialisthelsetenesta. Når det skal gjerast ei individuell vurdering av kva behov kvar tilvist pasient har for spesialisthelsetenester, vil det nødvendigvis gå noko tid mellom datoen då ein mottek tilvisinga, og datoen for når pasienten kan møte til første behandling. Ein må derfor rekne med ei ventetid på omkring ti dagar, uavhengig av andre omstende som for eksempel kapasitet, jf. punkt 4.2.2.

Det er knytt uvisse til ventelistedata innanfor psykisk helsevern for vaksne. Norsk pasientregister (NPR) opplyser ved publisering av ventelistedata for 1. tertial 2007 at enkelte einingar ikkje har rapportert data, at moglegheitene for saman-

likning over tid blir forstyrra av enkelte organisatoriske omleggingar frå tidlegare år, og at det generelt heftar ein del kvalitetsmessig uvisse ved ventelistedata for psykisk helsevern for vaksne. Likevel representerer dei føreliggjande ventelistedata det einaste tilgjengelege uttrykket for forholdet mellom behandlingsskapasitet og behovet for tenester innanfor psykisk helsevern for vaksne. Ein må gå ut frå at dei nemnde feilkjeldene gir seg mindre utslag når ein samanliknar på regionnivå.

Tabell 3.5 gir ei framstilling av kapasitet, ventetider per 1. tertial 2007, endring i ventetider frå 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007 og forholdstal mellom talet på nyttilviste pasientar¹⁶ og talet på avvikla pasientar¹⁷ i 1. tertial 2007. Alle tal blir presenterte for kvar helseregion og for landet sett under eitt.

Tabell 3.5 viser at det totalt sett har vore ein reduksjon på ni dagar i gjennomsnittleg ventetid frå 1. tertial 2006 til 1. tertial 2007. Ventetida er uendra i region vest, mens dei andre regionane har hatt ein til dels kraftig reduksjon i ventetidene sine. Nokre rusinstitusjonar som tidlegare har rapportert data under psykisk helsevern, gjekk i løpet av 2006 over til å rapportere data under eige fagområde. Delar av reduksjonen i ventetider kan tilskrivast denne omlegginga.

Det er forventat at låg kapasitet resulterer i lang ventetid, men den forventat samanhengen finst berre i avgrensa grad i tabell 3.5. Regionane nord og sør har høvesvis høgast og lågast kapasitet i form av fagårsverk per 10 000 personar i målgruppa. Likevel har desse regionane tilnærma lik

Tabell 3.5 Kapasitet, nyttilviste og ventetider

Helseregion	Tal på fagårsverk per 10 000 innb. frå 18 år og over (2006)	Gj.snittleg ventetid for avvikla 1. tertial 2007 (dagar)	Endring i gj.snittleg ventetid for avvikla 1. tertial 2006–2007 (dagar)	Nytilviste/avvikla 1. tertial 2007
Aust	30,9	43	– 18	1,66
Sør	26,4	49	– 10	1,27
Vest	30,1	55	0	1,54
Midt-Noreg	28,1	65	– 16	1,49
Nord	33,0	51	– 6	1,57
Totalt	29,7	53	– 9	1,49

(Kjelde: SAMDATA, SSB og NPR)

16) *Nytilviste pasientar* er pasientar som i den aktuelle perioden er tilviste til spesialisthelsetenesta, og som av spesialisthelsetenesta er vurderte til å ha rett på helsehjelp (kategori 1 og 2, jf. pkt. 4.1).

17) *Avvikla pasientar* er pasientar som i den aktuelle perioden er fjerna frå ventelista fordi dei er tekne inn til utgreiing eller behandling (ordinært avvikla).

gjennomsnittleg ventetid (høvesvis 51 dagar og 49 dagar). Region Midt-Noreg har nest lågast kapasitet (28,1 fagarverk) og lengst ventetid (65 dagar), og region aust har nest høgast kapasitet (30,9 fagarverk) og kortast ventetid (43 dagar). Region vest har kapasitet tilnærma lik gjennomsnittet for landet sett under eitt (30,1 fagarverk), men har den nest lengste ventetida (55 dagar). Årsaka til at det manglar ein klar samanheng mellom kapasitet og ventetid, kan vere regionale skilnader i produktivitet, mellom anna som følgje av forskjellig samansetjing av årsverk, og skilnader i behovet for tenestene. Skilnadene kan også kome av dårleg datakvalitet.

Kolonne 5 i tabellen viser eit forholdstal som uttrykkjer behovet for tenester i forhold til dagens behandlingsskapasitet. Talet viser talet på nyttilviste pasientar i 1. tertial 2007 dividert med talet på pasientar som er avvikla frå venteliste i same periode. Talet er større enn éin i alle regionane, og det kan illustrere at behovet for tenester er større enn talet på pasientar som blir tekne inn til utgreiing og behandling. Talet bak desimalkommaet viser kor mange prosent høgare behovet er. På landsbasis ligg behovet for tenester 49 prosent høgare enn talet på pasientar som vart tekne inn til utgreiing eller behandling i 1. tertial 2007. I regionane varierer dette frå 27 til 66 prosent.

3.2.2 Kapasiteten knytt til dag- og døgnterapi

Dag- og døgnterapi legg på landsbasis beslag på 80 prosent av den totale kapasiteten innanfor psykisk helsevern for vaksne. Det er den klart mest ressurskrevjande delen av tenestene innanfor psykisk helsevern, men langt fleire pasientar blir behandla poliklinisk. Tenestene blir ytte ved sentrale sjukehusavdelingar, ved distriktpsikiatriske senter og ved enkelte frittstående døgnterapistusjonar. Dag- og døgnterapi blir til dels ytt med utgangspunkt i dei same avdelingane og til dels ved forskjellige avdelingar. Dei to omsorgsnivåa dag- og døgnterapi er omtala i tekstboks 3.1.

Tekstboks 3.1 Døgnterapi og dagbehandling

Definisjonar er henta frå *Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern*¹⁸ frå Sosial- og helsedirektoratet.

Døgnterapi

Døgnterapi gis til pasienter som er innlagt og overnatter på døgnenhet.

Dagbehandling

Dagbehandling skjer hovudsakelig med utgangspunkt i dag- og døgnenheter, men også fra noen poliklinikker.

Dagbehandling kan grovt inndeles i følgende aktiviteter

- Opphold – hvor det ikke er spesielle planlagte aktiviteter. Så lenge pasienten møter til dagbehandling skal det registreres som et dagopphold. Dette skal ikke avgrensnes til oppmøte over 4 timer.
- Ulike ADL-opplegg (trening i daglige gjøremål), terapiaktivitet (ikke i form av konsultasjoner).
- Refusjonsberettiget konsultasjon på dagenhet er å betrakte som en ordinær poliklinisk konsultasjon.

Helseføretaka opplyser om varierende praksis knytt til registrering av dagopphald. Mens dei fleste helseføretaka opplyser at dei registrerer dagopphald i samsvar med føresetnadene, er det fleire føretak som opplyser å ha eller å ha hatt ein praksis der alle dagopphald i føretaket blir registrerte som polikliniske konsultasjonar. SAMDATA peikar på at økonomiske incitament kan ha ført til den nemnde registreringspraksisen. Samtidig peikar SAMDATA på at registreringspraksisen fører til det paradokset at dagverksemda ved DPS etter alt å dømme er i vekst, mens offentleg statistikk tilseier at denne forma for behandling har vorte redusert kontinuerleg sidan 1994.¹⁹ Departementet uttalar at dei ikkje ser på denne registreringspraksisen som uheldig for det faglege innhaldet, men at det er nødvendig å vurdere definisjonen av dagbehandling i høve til innrapportering til NPR, og at det vil bli gjort i 2009.

Tabell 3.6 viser kapasitet knytt til dag- og døgnterapi i dei enkelte helseregionane og i landet sett under eitt. Det finst ikkje data for årsverk som berre gjeld døgnterapi, og kapasiteten i form av årsverk er derfor framstilt samla for dag og døgnterapi. Oversikta viser gjennomsnittleg

18) Sosial- og helsedirektoratet (2008): *Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern – Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)*. IS-1541.

19) SAMDATA psykisk helsevern (2007): *Sektorrapport 2006*. Rapport 2/07 s. 66.

Tabell 3.6 Årsverk i dag- og døgnavdelingar per 10 000 innbyggjarar frå 18 år og over (2006)

Helseregion	Talet på fagårsverk			Av dette spesialistårsverk		
	Gj.snittleg kapasitet	Lågaste kapasitet	Høgaste kapasitet	Gj.snittleg kapasitet	Lågaste kapasitet	Høgaste kapasitet
Aust	22,3	16,8	27,8	3,8	2,3	5,3
Sør	18,7	7,7	27,8	3,1	1,1	3,9
Vest	22,5	17,4	27,2	3,5	2,2	4,8
Midt-Noreg	20,6	14,7	25,0	3,2	2,7	3,7
Nord	24,3	7,0	40,0	3,4	0,1	6,1
Landet under eitt	21,6	7,0	40,0	3,5	0,1	6,1

(Kjelde: SAMDATA)

kapasitet i helseregionane, og lågaste og høgaste kapasitet i føretaksområde i kvar region.

Tabellen viser óg at gjennomsnittleg kapasitet i form av årsverk per 10 000 personar frå 18 år og over i landet under eitt er 21,6 for fagårsverka og 3,5 for spesialistårsverka, men at det er store skilnader mellom regionane. Region nord har høgast kapasitet når det gjeld fagårsverk, med 24,3 fagårsverk per 10 000 i målgruppa, mens region sør har lågast med 18,7 fagårsverk. Skilnaden utgjør 30 prosent. Dei andre regionane har ein kapasitet som ligg nærmare gjennomsnittet for landet under eitt. For spesialistane er skilnadene mindre. Skilnaden mellom lågaste (sør) og høgaste (aust) kapasitet er 0,7 årsverk, tilsvarende 23 prosent.

Variasjonen i kapasitet er vesentleg større mellom HF-a enn mellom regionane, også mellom HF innanfor same region. Dette gjeld både fagårsverka og spesialistårsverka. Den absolutte skilnaden mellom høgaste og lågaste kapasitet er størst for fagårsverka i region nord (33,0 årsverk). Føretaka som representerer ytterpunktta, ligg for begge gruppene i region nord. Føretaka med lågast kapasitet ligg på omtrent ein tredel av

gjennomsnittskapasiteten for fagårsverka og ein femdel for spesialistårsverka, dersom ein ser bort frå føretaket med lågast kapasitet (0,1 – og reknar ut frå nest lågaste kapasitet 0,7). Også region sør har svært stor spreining mellom lågaste og høgaste kapasitet for fagårsverka. For spesialistårsverka gjeld dette for alle regionane, men i forskjellig grad.

Innanfor psykisk helsevern er det lite utbreidd at enkelte føretak har regionale og/eller landsdekkjande funksjonar, men det hender likevel. I den grad det skjer, gjeld det i første rekkje kapasiteten totalt og for dag-/døgntilbodet, og i liten grad for det polikliniske tilbodet. Departementet framhevar at i nokre delar av landet er det føretak som i stor grad også dekkjer delar av behova i opp- taksområda til naboføretaka.

Døgnplassar og opphaldsdøgn

Den totale kapasiteten i døgntenestene er samansett av personellinnsats i form av årsverk og sengekapasitet i form av talet på døgnplassar. Tabell 3.7 viser ei oversikt over døgnplassar, beleggsprosent og opphaldsdøgn for dei ulike helseregionane og totalt.

Tabell 3.7 Døgnplassar, beleggsprosent og opphaldsdøgn (2006)

Helseregion	Døgnplassar per 10 000 innbyggjarar frå 18 år og over	Døgnplassar i prosent av landsgjennomsnittet	Prosentvis endring 2005–2006	Beleggsprosent	Opphaldsdøgn per 10 000 innbyggjarar frå 18 år og over	Opphaldsdøgn i prosent av landsgjennomsnittet
Aust	14,7	106	– 1,3	88	4723	109
Sør	13,2	95	– 1,9	83	4034	93
Vest	14,8	106	– 2	86	4653	107
Midt-Noreg	12,9	93	– 1,5	82	3845	88
Nord	12,1	87	2,5	84	3691	85
Totalt	13,9	100	– 1,4	86	4351	100

(Kjelde: SAMDATA)

Tabellen viser at gjennomsnittleg kapasitet for landet som heilskap er 13,9 døgnplassar per 10 000 i målgruppa i 2006. Tabellen viser at regionane aust og vest har større kapasitet i form av døgnplassar enn dei andre regionane. Dei ligg 6 prosent over landsgjennomsnittet. Region vest, som har høgast kapasitet i form av døgnplassar per 10 000 i målgruppa (14,8), har 22 prosent høgare kapasitet enn region nord, som har den lågaste kapasiteten (12,1). Vi ser også at talet på døgnplassar har vorte redusert i 2006 i alle regionane bortsett frå i region nord.

Tabell 3.7 viser vidare at landet under eitt har ein gjennomsnittleg beleggspersent på 86. Regionane aust og vest, som har størst kapasitet, har også dei høgaste beleggspersentane. I desse helseregionane ligg dermed talet på opphaldsdøgn per 10 000 i målgruppa høvesvis 9 og 7 prosent over landsgjennomsnittet. Dei tre andre regionane har alle relativt låg kapasitet i form av døgnplassar per 10 000 i målgruppa, og lågare beleggspersent enn regionane aust og vest.

Kapasitet i form av døgnplassar, beleggspersent og gjennomsnittleg lengd på opphalda er avgjerande for kor mange pasientar som får eit tilbod. Det finst ikkje nøyaktige data for gjennomsnittleg lengd på opphalda. I SAMDATAs sektorrapport for 2006 blir det uttala (side 140): "... at raten for døgnopphold bare er svakt korrelert med raten for døgnplasser. Foretak med liten kapasitet på døgnplasser kompenserer med andre ord dette ved kortere varighet av det enkelte opphold." Ei anna forklaring kan vere at det kommunale tilbodet er betre utbygd i nokre regionar enn i andre, og at pasientar derfor kan skrivast ut frå spesialisthelsetenesta til det kommunale tilbodet på eit tidlegare tidspunkt.

Å utnytte kapasiteten på ein effektiv måte føreset at pasientar som er ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta, men framleis treng eit omsorgstilbod, blir skrivne ut til eit kommunalt tilbod. Viss kommunane ikkje har kapasitet til å ta imot desse pasientane, vil utskrivingsklare pasientar ta opp kapasitet i spesialisthelsetenesta utan at det er nødvendig.

23 helseføretak har gitt opplysningar om kor stor del av deira pasientar innanfor psykisk helsevern for vaksne som per 30. april 2007 var registrerte som utskrivingsklare. Sju helseføretak opplyser at dette gjeld mindre enn 3 prosent av pasientane deira, for seks føretak utgjer det mellom 3 og 5 prosent, og for ti føretak gjeld det meir enn 5

prosent av pasientane. Blant helseføretaka i den siste gruppa er det tre føretak som opplyser at over 10 prosent av pasientane deira som ligg inne, er utskrivingsklare. Dette er Sjukehuset i Buskerud HF (19 prosent), Helse Bergen HF (21 prosent) og Helse Finnmark HF (11–12 prosent).

Per region er gjennomsnittleg persentdel av utskrivingsklare pasientar 3 prosent i region Midt-Noreg, 3,8 prosent i region aust, 6,6 prosent i regionane vest og nord og 9,4 prosent i region sør. Det er ingen systematisk samanheng mellom persentdelen av utskrivingsklare pasientar og beleggspersent.

3.2.3 Kapasitet knytt til dei polikliniske tenestene

Opptrappingsplanen har som mål å auke dei polikliniske konsultasjonane med 50 prosent, og dette tilbodet er ein vesentleg del av det totale tenestetilbodet. Det er også denne delen av psykisk helsevern for vaksne som behandlar flest pasientar, og som derfor har mest å seie for folk flest. Behandlingsforma er nærmare omtala i tekstboks 3.2.

Tekstboks 3.2 Poliklinisk behandling

Definisjonen er henta frå *Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern*²¹ frå Sosial- og helsedirektoratet.

Poliklinisk behandling er behandling utført i tilknytning til poliklinikk som er faglig godkjent av Fylkesmannen, dvs. egnede lokaler og tilfredsstillende bemanning.

Den polikliniske konsultasjonen kan finne sted utenfor poliklinikkens lokaler, for eksempel hjemme hos pasienten.

Noen dag- og døgnenheter har poliklinisk aktivitet skilt ut i egen underenhet. Når deler av underenheten er godkjent som poliklinikk, og aktuell behandler er ansatt i poliklinisk stilling, kan aktivitet utløse polikliniske takster.

Det polikliniske tenestetilbodet legg beslag på i underkant av 20 prosent av total årsverksinnsats innanfor psykisk helsevern for vaksne. Totalt utgjer dette ca. 3300 årsverk, jf. tabell 3.4.

Tabell 3.8 viser poliklinisk kapasitet fordelt på fagårsverk og spesialistårsverk for kvar helseregion og for landet som heilskap. Oversikta viser gjennomsnittleg kapasitet, lågaste kapasitet og høgaste kapasitet for kvar av dei to gruppene.

20) Sosial- og helsedirektoratet (2008): *Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern – Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)*. IS-1541.

Tabell 3.8 Polikliniske årsverk per 10 000 innbyggjarar frå 18 år og over (2006)²²

Helseregion	Talet på fagårsverk			Av dei spesialistårsverk		
	Gj.snittleg kapasitet totalt	Lågaste kapasitet i HF-a	Høgaste kapasitet i HF-a	Gj.snittleg kapasitet totalt	Lågaste kapasitet i HF-a	Høgaste kapasitet i HF-a
Aust	8,5	4,5	12,1	5,9	2,5	8,1
Sør	7,7	2,2	10,5	4,2	1,3	4,1
Vest	7,6	4,9	7,2	4,7	2,2	3,2
Midt-Noreg	7,5	4,8	7,3	3,8	2,1	3,2
Nord	8,7	5,1	11,5	3,9	1,8	4,4
Landet under eitt	8,1			4,9		

(Kjelde: SAMDATA og SSB)

Tabellen viser at gjennomsnittleg poliklinisk kapasitet på landsbasis er 8,1 fagårsverk per 10 000 personar 18 år og over. For fagårsverk skil regionane nord og aust seg ut med ein noko høgare gjennomsnittleg kapasitet enn dei andre regionane, som har relativt lik kapasitet. Kapasiteten i region nord er 16 prosent høgare enn i region Midt-Noreg, som har lågast kapasitet. Lågast kapasitet målt i talet på fagårsverk per 10 000 personar frå 18 år og over finn vi i eit føretak i region sør (2,2), og høgast kapasitet har eit føretak i region aust (12,1).

Tabellen viser at variasjonane er store også internt i kvar enkelt region. Skilnadene er minst i regionane vest og Midt-Noreg, der han er høvesvis 2,3 årsverk og 2,5 årsverk, mens han er størst i aust og sør, der han er høvesvis 7,6 årsverk og 8,3 årsverk.

Landsgjennomsnittet for kapasiteten i form av spesialistårsverk er 4,9 årsverk per 10 000 personar frå 18 år og over. Region Midt-Noreg har lågast gjennomsnittleg kapasitet i form av spesialistårsverk (3,8). I region aust er kapasiteten 55 prosent høgare (5,9 spesialistårsverk). I gjennomsnitt utgjer spesialistdelen 60 prosent av fagårsverka (4,9 av 8,1 årsverk). Det er veldig store skilnader mellom føretaka. For landet under eitt varierer det mellom 1,3 årsverk og 8,1 årsverk per 10 000 personar frå 18 år og over.

Spesialistar med driftsavtale

Det offentlege helsetilbodet innanfor psykisk helsevern for vaksne blir supplert av privatpraktiserande psykiatrar og psykologspesialistar som har driftsavtale, og som mottek fast driftstilskot frå

eit regionalt helseføretak. Driftsavtalen gir i tillegg rett til refusjon etter takst frå folketrygda, slik at pasientane berre betaler ordinær eigendel ved behandling.

Tabell 3.9 viser årsverk for spesialistar med driftsavtale per region og for landet sett under eitt. Tabellen viser også endring i årsverk for perioden 2004–2006.

Tabell 3.9 Årsverk for spesialistar med driftsavtale (2006)

Helseregion	Avtalespesialistar		
	Tal på årsverk 2006	Prosentvis endring 2004–2006	Årsverk per 10 000 personar frå 18 år og over
Aust	335	6,6	2,5
Sør	84	-0,5	1,2
Vest	124	3,2	1,7
Midt-Noreg	44	13,7	0,9
Nord	19	-16,5	0,5
Landet under eitt	606	4,4	1,7

(Kjelde: SSB)

På landsbasis i 2006 låg det føre avtalar om 606 årsverk for spesialistar innanfor psykisk helsevern, 178 for spesialistar i psykiatri og 428 for psykologspesialistar.²² Som det går fram av tabell 3.9, er det klar geografisk skilnad i fordelinga av årsverka for avtalespesialistane. På landsbasis er kapasiteten 1,7 årsverk per 10 000 innbyggjarar frå 18 år og over. Dette utgjer i overkant av 50 prosent av føretaka sin eigen kapasitet når det gjeld spesialistar i den polikliniske verksemda.

21) Årsverk utførte av private institusjonar og spesialistar med driftsavtale er inkluderte i dei to kolonnane for gjennomsnittleg kapasitet (totalt). Kolonnane som viser lågaste og høgaste kapasitet (i HF-a), inneheld berre tal for helseføretaka i kvar region (ekskl. avtalespesialistar).

22) SAMDATA psykiske helsevern (2007): *Sektorrapport 2006*. Rapport 2/07 s. 59.

Regionane aust og vest har det klart største innslaget både i absolutte tal og relativt til eiga befolkning. Region nord har tilsvarande det lågaste innslaget av avtalespesialistar, og her har det vore ein klar prosentvis reduksjon frå 2004. Også i region Midt-Noreg er kapasiteten relativt låg (0,9), men det har vore ei klar prosentvis stigning sidan 2004.

Det er ikkje berre mellom regionane det er store skilnader i kapasitet når det gjeld avtalespesialistane. Kapasiteten er endå meir ulikt fordelt innanfor kvar helseregion. I region aust var det 447 avtaleheimlar per 1. kvartal 2007. Av desse heimlane var 258 (58 prosent) i Oslo, mens 32 heimlar (7 prosent) var lokaliserte utanfor Oslo-området og byane i region aust. I region nord var det samtidig registrert 36 heimlar. Av desse var åtte i Bodø (22 prosent) og 14 i Tromsø (39 prosent), mens 14 heimlar var lokaliserte utanfor dei to byane (39 prosent). Finnmark hadde ingen avtalespesialistar.

Avtalespesialistane er ikkje rekna inn i kapasitetstala til HF-a i tabell 3.8 fordi det ikkje er mogleg å knyte kvar enkelt spesialist opp mot eit spesifikt helseføretak. Samtidig utgjør avtalespesialistane ein vesentleg del av spesialistårsverka i poliklinisk verksemd. Høgast kapasitet innanfor kvar region finst i helseføretak som er lokaliserte i det mest befolkningstette området, dvs. same lokaliseringmønster som for avtalespesialistane. Skilnadene i spesialistdel mellom føretaka er derfor større enn tala og utgreiinga ovanfor gir inntrykk av.

Avtalespesialistane sitt virke er regulert i fire avtalar: statsavtalen, rammeavtalen, individuell avtale og kollektivavtalen. Rammeavtalen er viktigast, sidan den beskriver og regulerer rett og plikter for partane. I møte med departementet og RHF-a har vi mellom anna spurt om rammeavtalen med profesjonsforeiningane (legeforeininga og psykologforeininga) gir tilstrekkeleg rom for styring. Dei regionale helseføretaka har noko forskjellig syn på dette spørsmålet. Mens nokre meiner at avtalane sikrar dei mest vesentlege sidene ved relasjonen og fungerer tilfredsstillande, meiner andre at avtalane i for stor grad avgrensar moglegheitene for å integrere avtalespesialistane på eit formålstenleg vis som ein del av spesialisthelsetenesta. Alle regionar gjennomfører tiltak for å koordinere avtalespesialistane sitt virke med resten av spesialisthelsetenesta. Desse tiltaka er i stor utstrekning baserte på at avtalespesialistane er villige til å la dei regionale

helseføretaka styre deira praksis. Enkelte av RHF-a meiner at avtalespesialistane i liten grad er villige til dette.

Det er framleis liten kunnskap om den delen av helsetilbodet som blir ytt av avtalespesialistane, mellom anna fordi det ikkje er henta inn data frå verksemda deira. Frå januar 2008 er avtalespesialistane pålagde å gi tertialvis rapportering av aktivitetsdata til NPR. Dette vil på lengre sikt gi meir informasjon om aktiviteten i denne delen av spesialisthelsetenesta.

3.2.4 Ambulansetenester

Innhenta opplysningar frå helseføretaka viser at det med eitt unntak ikkje finst noka eiga ambulanseteneste for psykisk helsevern. Tenesta er felles for somatikk og psykiatri. Den praktiske utforminga av dette fellestilbodet er likevel noko forskjellig.

I 4 av 25 helseføretak blir ambulansen bemanna med særleg kvalifisert personell i dei tilfella der ein vurderer at utrykking til psykiatrisk pasient krev det. To andre føretak gjer det same, men rykkjer ut saman med politiet. Tre føretak opplyser at ambulansen rykkjer ut utan særleg kvalifisert personell, men at han etter vurdering rykkjer ut saman med politiet. Dei resterande 14 føretaka gjer inga særskild tilpassing når det gjeld desse pasientane. I all hovudsak er det derfor den ordinære ambulansetenesta som dekkjar psykisk helsevern for vaksne.

3.2.5 Kva slags tenester finst i DPS-a?

Eit sentralt ledd i Opptappingsplanen for psykisk helse²³ har vore og er å etablere distriktpsychiatriske senter (DPS). I planverket er føresetnaden at kvart DPS skal vere ei fagleg sjølvstendig eining med ansvar for det allmenne psykiske helsevernet innanfor eit geografisk område, og at kvart DPS bør innehalde poliklinikk, dagavdeling og døgnavdeling.²⁴ I tillegg er DPS-a tillagde rettleiingsansvar for kommunale tenester innanfor psykiatri og for fastlegar i opptaksområdet for DPS-et. Det er tilrådd at kvart DPS har eit opptaksområde som omfattar ei befolkning på 30 000–75 000.

Som støtte i etableringa av den desentraliserte strukturen gav Helsetilsynet i 2001 ut ei rettleiing for organisering av DPS-a.²⁵ I 2006 vart han

23) St.prp. nr. 63 (1997–98).

24) Sosial- og helsedepartementet (1999): *Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Rundskriv I-24/99.

25) Helsetilsynet (2001): *Distriktpsychiatriske senter – Organisering og arbeidsområder*. Statens helsetilsyns veiledningsserie 1-2001.

erstatta av ei ny rettleiing som var utforma av Sosial- og helsedirektoratet.²⁶ Rettleiingane er tilrådingar, men har lagt føringar for etablering og organisering av DPS-a.

Rettleiingane peikar på at arbeidsfordelinga mellom DPS-a og sentrale sjukehusavdelingar kan variere mellom regionane når det gjeld geografi, kompetanse og lokal tradisjon. Det må ein sjå i lys av at etableringa av ein ny struktur innanfor denne delen av spesialisthelsetenesta må ta omsyn til institusjonar som alt er etablerte. Dette har ført til at det er etablert ein lite einsarta DPS-struktur med store skilnader mellom helseregionane og mellom HF-a i kvar region.

I enkelte helseføretaksområde er det framleis sentrale sjukehusavdelingar som dominerer tenestetilbodet, og som også står for DPS-funksjonen. Enkelte av desse har eit klart skilje mellom kva slags delar av sjukehusstilbodet som har denne funksjonen, og det andre psykiatriske tilbodet i sjukehuset.

Blant einingane som etter opplysningane yter DPS-tenester, kan ein i grove trekk identifisere tre ulike organisasjonsformer:

- 1 Sjølvstendige DPS som yter eit fullverdig (allmennpsykiatrisk) tilbod innanfor eit definert opptaksområde.
- 2 Sjukehusavdelingar der det er eit klart skilje mellom avdelingar som yter DPS-funksjonar, og avdelingar som har meir spesialiserte psykiatriske funksjonar.
- 3 Sjukehusavdelingar der det *ikkje* er eit klart skilje mellom avdelingar som yter DPS-funksjonar, og avdelingar som har meir spesialiserte psykiatriske funksjonar.

Vi har valt ut DPS der data for årsverk og befolkning i opptaksområdet er tilgjengelege. Det gjeld i første rekkje institusjonar som fell inn under gruppe 1 ovanfor. Kvar enkelt institusjon er vist i tabell 3.10, og til saman er det 46 DPS i utvalet.

"Reine" DPS

Kvar av desse 46 institusjonane blir vurderte som ei "... faglig selvstendig enhet som har ansvaret for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk område".²⁷ Det er samtidig viktig å understreke at det også innanfor denne gruppa er store variasjonar i organisatorisk

utforming, samansetjinga av tenestetilbodet og i den geografiske og befolkningsmessige storleiken på opptaksområdet.

Tabell 3.10 gir ei samla oversikt over ulike sider av tenestetilbodet ved dei 46 utvalde DPS-a og illustrerer variasjonen mellom einingane på nokre sentrale punkt.²⁸ Tabellen viser at alle institusjonane bortsett frå fire oppfyller målet om eigne døgnplassar.²⁹ Det er òg store variasjonar i kapasiteten i dette tilbodet. Mens to DPS har 1,4 døgnplassar per 10 000 i målgruppa, er det sju som har meir enn ti døgnplassar. DPS-et med høgast kapasitet har 23,4 døgnplassar.

Tabell 3.10 presenterer også kapasiteten i årsverk for kvart DPS. Nord-Troms DPS (nr. 40) har høgast kapasitet for både fagårsverk (48,6) og totale årsverk (68). Tilsvarende kapasitetstal for Nordre Vestfold DPS (nr. 16), som har lågast kapasitet, er 5,2 fagårsverk og 8,0 for det totale talet på årsverk. Som vi kan sjå, er skilnadene til dels svært store. Eit anna vesentleg skilje mellom desse to DPS-a er opptaksområda. Nordre Vestfold DPS er blant dei som har størst opptaksområde målt i talet på personar frå 18 år og over (ca. 95 000 personar), mens Nord-Troms DPS høyrer til dei med minst opptaksområde (ca. 9000 personar). Dette skiljet er karakteristisk. Mens dei fem DPS-a med størst opptaksområde i gjennomsnitt har ei vaksen befolkning på drygt 97 000 og total kapasitet på 15,9 årsverk per 10 000 i målgruppa, er tilsvarende tal for dei fem DPS-a med dei minste opptaksområda knapt 11 000 personar og 40,7 årsverk. Skilnaden i total kapasitet mellom små og store DPS er altså stor.

Viss DPS-a skal fylle rolla si, må dei ha tilfredsstillande behandlarkompetanse. Spesialistdelen er ei vesentleg side ved dette og er vist i nest siste kolonne i tabell 3.10. I fem DPS er prosentdelen under 15. Desse fem er fordelte mellom regionane vest, Midt-Noreg og nord. Ni DPS har ein spesialistdel på over 35 prosent. Fem ligg i region aust, tre i region sør og éin i region vest. Lågaste spesialistdel er 6,1 prosent, og høgaste del er 42,5 prosent. Det er ikkje fastsett normal for bemanninga i DPS eller poliklinikkar. Legeforeninga har lansert eit forslag til minimumskrav for

26) Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Distriktpsikiatriske sentre – Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. 9/2006.

27) Sosial- og helsedepartementet (1999): *Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Rundskriv I-24/99.

28) "DAG", "DØGN", "POLI" og "AMB" i tabell 3.10 er omtala i tekstboksane 3.1 – 3.3.

29) Ved utrekning av gjennomsnittleg døgnplasskapasitet og ved kommentering av høgaste og lågaste verdi på variabelen har vi valt å utelate dei DPS-a som opplyser at dei ikkje har døgnkapasitet, eller som opplyser at dei disponerer døgnplassar etter behov.

Tabell 3.10 Tenestetilbudet ved utvalde DPS

	DPS	Tenestetilbud					Tal på årsverk per 10 000 innb. fra 18 år og over		Spesialistdel av totale fagårsverk (tal i prosent)	Befolkning i opptaksområdet (alle tal i 1000)
		DAG	DØGN	POLI	AMB	Døgnplassar per 10 000 innb. fra 18 år og over	Fag-årsverk	Alle årsverk		
1	Edwin Ruud	x	x	x	x	6,8	10,9	15,6	28,3	35,36
2	Sarpsborg	x	x	x	x	5,9	8,8	13,6	29,4	67,70
3	Moss	x	x	x	x	5,8	10,9	14,7	32,7	41,04
4	Kongsvinger	x	x	x	x	5,1	8,7	13,5	34,7	39,05
5	Tynset	x	x	x	x	6,6	16,2	26,5	18,0	15,15
6	Lillehammer	x	x	x		6,8	12,6	23,7	28,1	54,52
7	Gjøvik	x	x	x	x	7,2	19,3	28,7	20,7	88,61
8	Lillestrøm	x	x	x	x	2,9	10,1	14,7	38,1	119,32
9	Jessheim	x	x	x	x	5,9	10,8	16,7	42,1	61,52
10	Grorud	x	x	x	x	1,4	10,1	12,3	40,3	55,75
11	Follo	x	x	x		4,0	11,2	17,9	37,5	81,62
12	Alna	x	x	x	x	1,4	13,7	20,1	38,9	55,38
13	Josefines gt.	x	x	x	x	9,0	11,3	22,5	32,2	60,29
14	Søndre Oslo	x	x	x	x	2,3	8,9	12,9	34,1	92,96
Sum region aust		14	14	14	12	5,1	11,7	18,1	31,4	62,0
15	Søndre Vestfold	x	x	x	x	5,8	11,2	18,8	24,8	77,84
16	Nordre Vestfold	x	x	x	x	5,1	5,2	8,0	26,3	94,48
17	Notodden/Seljord	x	x	x	x	8,4	15,3	29,0	21,6	34,53
18	Kongsberg	x	x			3,9	11,4	19,2	38,2	38,51
19	Porsgrunn	x		x	x	0,0	10,1	13,5	39,6	26,36
20	Vestmar	x		x	x	0,0	8,5	10,5	31,9	22,23
21	Lister	x	x	x	x	7,6	15,7	26,9	23,8	26,16
22	Solvang	x	x	x		5,4	11,0	21,7	37,5	36,76
Sum region sør		8	6	7	6	4,5	11,0	18,5	29,8	44,6
23	Dalane	x	x	x	x	23,4	22,2	35,2	15,7	16,67
24	Ryfylke	x	x	x	x	14,5	20,6	32,5	13,4	22,12
25	Sandnes	x	x	x	x	6,5	9,5	15,2	27,9	51,01
26	Karmøy	x	x	x		6,4	7,7	12,6	23,0	28,13
27	Folgefonn	x	x	x		6,6	13,3	23,7	21,3	22,90
28	Stord	x	x	x		6,1	11,8	18,3	42,5	24,40
29	Indre Sogn		x	x	x	7,6	17,7	29,8	18,8	21,05
30	Nordfjord		x	x	x	8,4	16,9	30,2	14,7	21,42
Sum region vest		6	8	8	5	9,9	15,0	24,7	20,3	26,0
31	Orkdal	x	x	x		5,5	9,4	14,8	25,1	45,52
32	Leistad	x	x	x	x	5,9	11,6	15,3	34,2	90,99
33	Stjørdal	x	x	x		8,2	9,7	13,5	24,1	34,22
34	Kolvereid	x	x	x		11,6	17,9	30,4	11,6	8,65
Sum region Midt-Noreg		4	4	4	1	7,8	12,2	18,5	22,1	44,8
35	Mo i Rana	x	x	x	x	3,2	10,2	12,0	24,4	25,02
36	Mosjøen	x	x	x	x	16,3	20,8	30,9	18,7	12,89
37	Ytre Helgeland	x		x	x	0,0	13,2	17,3	12,0	20,09
38	Lofoten	x	Disp.	x	x	Disp.	16,8	21,5	25,4	17,61
39	Vesterålen	x	x	x	x	8,7	24,1	36,9	6,1	23,12
40	Nord-Troms	x	x	x	x	17,3	48,6	68,0	28,5	8,66
41	Midt-Troms	x	x	x	x	4,6	11,8	18,9	24,1	26,05
42	Sør-Troms	x	x	x		5,0	43,2	56,6	25,9	24,19
43	Ofoten	x	x	x	x	6,4	20,2	30,9	20,3	23,38
44	Vest-Finnmark	x	x	x		9,5	16,5	26,9	19,5	26,32
45	Aust-Finnmark	x	x	x		10,5	20,7	37,0	25,5	19,12
46	Midt-Finnmark	x	x	x		10,5	30,1	48,1	20,3	9,50
Sum region nord		12	10	12	8	7,7	23,0	33,7	21,8	19,7
Landet under eitt		44	42	45	32					

(Kjelde: SAMDATA, helseføretaka)

bemanning for å kunne sikre ein forsvarleg lokal-sjukehusfunksjon.³⁰

Opningstidene ved DPS-a er ein annan faktor som er avgjerande for kor tilgjengeleg tenesta er. I oppdragsdokumentet for 2006 frå departementet til RHF-a var det føresett at DPS-a skulle kunne handtere akutt- og krisetilfelle ut over ordinær arbeidstid. Vi manglar opplysningar om opningstidene ved poliklinikkane for 9 av dei 46 DPS-a. Av dei 37 DPS-a der vi har opplysningar om opningstider, har 31 ope i 7,5 timer, mens seks har ope i 8 timar. Ved alle dei 37 DPS-a ligg opningstida innanfor ordinær arbeidstid (07.30–16.00). Av dei 46 DPS-a er det berre eit fåtal som ikkje har døgntilbod. Døgntilbodet er naturleg nok døgnope, det er likevel usikkert i kor stor grad døgnavdelingane ved kvart enkelt DPS er bemanna for å handtere akutt- og krisetilfelle ut over ordinær arbeidstid.

Oversikta i tabell 3.10 viser også at det er to DPS som manglar dagtilbod, og at eitt DPS ikkje har eit poliklinisk tilbod.

Ambulante tenester

Departementet har føresett at ambulante tenester skal utgjere ein viktig del av eit desentralisert tenestetilbod,³¹ og medverke til å komplettere lokalsjukehusstilbodet innanfor psykisk helsevern. Det er eit mål at alle DPS-a skal ha tilbod om ambulant behandling innanfor 2008,³² dette er formulert som eit av krava i oppdragsdokumentet for 2006.

Tekstboks 3.3 Ambulant behandling

Definisjonen er henta frå *Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern*³³ frå Sosial- og helsedirektoratet.

Ambulant behandling er når behandler oppsøker pasienten utenfor behandlingsstedet. Behandlingen kan skje hjemme hos pasienten eller annet sted. Ambulant behandling er poliklinisk behandling, og følger reglene i takstforskriften.

Tabell 3.10 viser at 32 DPS har eit ambulant tilbod i ei eller anna form. Altså er det 14 av dei 46 DPS-a i oversikta som ikkje tilbyr ambulante tenester.

Ambulante tenester er oppsøkjande og tilbyr spesialisthelseteneste i dei normale omgivingane til pasienten. Blant ambulante tenester kan det skiljast mellom elektive tenester (dvs. planlagde) som inngår i det ordinære distriktpspsykiatriske tilbodet, og akutt-tenester som blir gitt i krisesituasjonar, og som derfor ikkje er ein del av det elektive tilbodet i DPS-et.

Mens ambulante akutt-tenester skal hjelpe til med å løyse konkrete krisesituasjonar, finst det fleire forskjellige typar ambulante tenester blant dei teama som arbeider elektivt. Forutan allmennpsykiatriske polikliniske team nemner helseføretaka team som arbeider med habilitering, rehabilitering, servicetenester, psykosar og utvikling av arbeidsmetodar.

I SAMDATAs sektorrapport for psykisk helsevern for 2006 blir det presentert årsverk knytte til ambulante team for berre 12 av dei 46 DPS-a som inngår i vårt utval. Ut frå opplysningar frå helseføretaka har 18 av utvalet på 46 DPS etablert generelle ambulante tenester, sju har ambulante akutttenester, mens ytterlegare sju opplyser at dei har andre ambulante tenester (habilitering, rehabilitering, etc.). Totalt skal det hausten 2007 dermed vere etablert ambulante tenester ved 32 av dei 46 DPS-a.

SAMDATAs sektorrapport for psykisk helsevern for 2006 viser at det ved 14 av dei 25 helseføretaka er allokert årsverk til ambulante team.³⁴ Opplysningar som er henta inn frå helseføretaka, viser at det på same tidspunkt skal vere etablert ambulant verksemd ved 19 føretak, altså fem føretak meir enn det som kjem fram av SAMDATAs rapport.

Ein gjennomgang av tilgjengeleg informasjon på nettsidene til føretaka i januar 2008 viser at 18 av 25 helseføretak har opplysningar om ambulante tenester i psykisk helsevern for vaksne. Når ein ser på opplysningane frå alle dei tre kjeldene SAMDATA, rapporteringa frå HF-a og nettsidene til HF-a, er det berre 2 av 25 helseføretak som ikkje i minimum éi av kjeldene er oppførte med ambulante tenester. I 17 av dei 25 HF-områda er det etablert ambulante tenester som dekkjer heile opptaksområdet for HF-et, i seks andre HF-område er det etablert eit avgrensa ambulant tilbod som dekkjer delar av opptaksområdet.

30) Den norske legeförening (2008): *Lokalsjukehusfunksjoner i psykisk helsevern – Lokalsjukehusenes fremtidige rolle*.

31) Helse- og omsorgsdepartementet (2004): St.prp. nr. 1 (2004–2005).

32) Helse- og omsorgsdepartementet (2005): St.prp. nr. 1 (2005–2006).

33) Sosial- og helsedirektoratet (2008): *Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern – Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)*. IS-1541.

34) Det varierer i kva grad heile HF-området er dekt av tenestene frå dei ambulante teama. Dei nemnde 14 helseføretaksområda er dei områda der minimum eitt ambulant team er etablert, og årsverk for teamet er rapporterte i SAMDATAs sektorrapport for 2006.

3.3 Vurderingar

3.3.1 Tilbodet er ikkje likeverdig og tilstrekkeleg

Total behandlingsskapasitet har auka på landsbasis frå 44,2 årsverk i 2003 til 46,1 årsverk per 10 000 i 2006. Auken har ikkje ført til ei utjamning mellom regionane. Kapasiteten varierer med 25 prosent frå region sør, som har 26,4 fagårsverk, til region nord med sine 33 fagårsverk. Innanfor dag-/døgntilbodet varierer fagårsverka frå 18,7 i region sør til 24,3 i region nord, ein skilnad på 30 prosent. For det polikliniske tilbodet er skilnaden 16 prosent frå region Midt-Noreg sine 7,5 fagårsverk til region nord sine 8,7 fagårsverk. Skilnadene er naturleg nok endå større når ein samanliknar på føretaksnivå. Mellom føretaka varierer fagårsverka innanfor dag-/døgntenesta frå 7 til 40, mens tilsvarande for det polikliniske tilbodet er frå 2,2 til 12,1 fagårsverk.

På landsbasis har døgnplassane vorte redusert frå 15,2 døgnplassar i 2003 til 13,9 døgnplassar i 2006. Dei regionale skilnadene har samtidig vorte noko mindre, men er framleis omtrent som for kapasiteten målt i årsverk. Region vest har med sine 14,8 plassar 22 prosent høgare kapasitet enn region nord med sine 12,1 plassar. Samtidig er det store skilnader mellom føretaka med tanke på kor lenge opphalda i gjennomsnitt varer. Føretak med høg kapasitet har opphald som varer lenge, mens føretak med låg kapasitet har opphald som varer kortare tid. Det verkar derfor som om kapasiteten er avgjerande for kor lenge pasientane får opphalde seg i døgnavdelingane. Undersøkinga viser også at departementet og dei regionale helseføretaka ikkje har klart å få ned den høge delen av utskrivingsklare pasientar, noko som har vore eit stort problem over mange år.

Ein del av pasientane vil ha behov for behandling av spesialist, dvs. fagkategoriane psykiatrar, legar og psykologar. Kapasiteten til desse spesialistane varierer mellom regionane med 23 prosent i dag-/døgnavdelingane. På føretaksnivå er skilnadene mykje større, frå 0,1 til 6,1 årsverk for to føretak i region nord. Det same gjeld den polikliniske verksemda, der største skilnad mellom regionane er 55 prosent, og kapasiteten i føretaka er frå 1,3 til 8,1 årsverk. Kapasiteten varierer for mykje til at ein kan nå målet om likeverdige tenester til befolkninga uavhengig av bustad.

Ventelistedata for 1. tertial 2007 viser at det var 49 prosent fleire pasientar som vart tekne inn på venteliste dette tertialet enn det ein i same tidsrom klarte å ta imot av nye pasientar til

utgreiing og behandling. Sjølv om ein del pasientar kan få eit tilbod fleire stader, eller av andre grunnar ikkje ønskjer å nytte seg av tilbodet, så må misforholdet mellom tilbod og etterspurnad føre til ventetider. Kapasiteten er 26,4 fagårsverk per 10 000 i målgruppa i region sør og 33 fagårsverk i region nord. Ein skulle derfor tru at ventetida er lengre i region sør enn i region nord. Men det er motsett, og berre region aust, som har nest høgast kapasitet, har kortare ventetid enn sør. Regionale skilnader i forholdet mellom etterspurnad og produksjon kan heller ikkje forklare skilnadane. Region aust får lågast kapasitet viss kapasitetstala blir korrigererte med dette forholdstallet, likevel har denne regionen kortast ventetid av alle. Det kan derfor konstaterast at det er manglande samheng mellom data for kapasitet og ventetider.

3.3.2 Det distriktspsykiatriske tilbodet er for tynt i mange område

Talet på spesialistar i dei 46 DPS-a som er undersøkte, varierer frå 6 til 43 prosent. Det reiser spørsmålet om DPS-a som er dårlegast stilte, har nok spesialistar til å møte behovet hos dei pasientane som har dei mest alvorlege problema, og om dei i det heile er i stand til å fylle den lokalsjukehusfunksjonen som dei etter planen skal dekkje. Det synest òg å vere grunn til å reise spørsmål ved om det ikkje burde vore fastsett minimumskrav for bemanning ved DPS-a.

Rekrutteringsproblem i distrikta er noko av forklaringa på skilnadene i prosentdelen av spesialistar, ettersom det er ein klar tendens til at prosentdelen er lågare i distrikta enn i byene. Både departementet og dei regionale helseføretaka har understreka at ordninga med avtalespesialistar er særleg grunnleggjande i rekrutteringsomsyn. Samtidig viser undersøkinga at desse tenestene stort sett finst i byene og dei befolkningstette områda av landet.

Departementet har i oppdragsdokumenta sine for 2005 og 2006 kravd at talet på døgnplassar skulle haldast ved lag. Føretaka har ikkje følgd dette påbodet. Talet på døgnplassar gjekk ned i alle regionar frå 2004 til 2005, og frå 2005 til 2006 skjedde det same, med unntak for region nord, som hadde ein auke.

Fleire DPS manglar delar av det tilbodet som dei etter føresetnaden skal gi pasientane i sitt dekningsområde. Departementet føresette at alle DPS-a skulle ha på plass ambulante team i løpet av 2006. Likevel manglar 14 DPS slike team ved

rapporteringa til Riksrevisjonen i august/september 2007. Alle helseregionane er representerte. Det er også DPS som manglar døgnplassar, dagplassar og eit poliklinisk tilbod. RHF-a har ikkje klart å sørge for at dei etablerte DPS-a har den breidda i tilbodet som dei etter føresetnaden skal ha for å yte dei tenestene som lokalsjukehusfunksjonen krev.

4 Inntaksprosessen i poliklinikkane

4.1 Revisjonskriterium

Spesialisthelsetenestelova understrekar at befolkninga skal ha lik tilgang på helsetenester. Det same gjer pasientrettslova³⁵ som også har føresegner om retten til helsehjelp.³⁶ Ein pasient som får tilvising til sjukehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få helsetilstanden sin vurdert innanfor 30 verkedagar frå tilvisinga er motteken.³⁷ Føresegna skal sikre tilgang til ei rask behandling i spesialisthelsetenesta og inneber krav til samhandling mellom tilvisande lege og aktuell eining innanfor spesialisthelsetenesta. Det føreset at verksemdene har rutinar for mottak, registrering og vurdering av tilvisingar som skal sikre pasientane vurdering innanfor fristen.

Pasientrettslova § 2-2 pålegg spesialisthelsetenesta å gjere ei prioritering av pasientar. Når ein samtidig skal oppfylle kravet om likeverdige tilbod, føreset det at verksemdene har felles skriftlege kriterium for prioritering. Grunnlaget for vurderinga er tilvisinga, jf. § 2-2 tredje ledd. Det blir peika på at dersom tilvisinga ikkje inneheld nok informasjon, skal det innhentast supplerande opplysningar, eller pasienten skal kallast inn til undersøking. I opptrappingsplanen vart det peika på at det var for høge tersklar for pasientane og for vanskeleg å sleppe til. Dei som blir tilviste, kan falle i tre forskjellige kategoriar som følgje av vurderinga:

- 1 Såkalla rettspasientar som tilfredsstillar krava i § 2-1 i lova om rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta (RNH).
- 2 Pasientar som blir vurderte til å ha rett på helsetenester frå spesialisthelsetenesta (RH – rett til anna helsehjelp), men som ikkje tilfredsstillar dei krava som gjeld for kategori nr. 1, jf. merknaden til § 2 i prioriteringsforskrifta. Desse pasientane skal prioriterast *etter* pasientar med rett til nødvendig helsehjelp.
- 3 Pasientar som blir avviste (NEI) – dei som blir vurderte til ikkje å ha rett til helsetenester frå spesialisthelsetenesta ("blir tilbakeviste til primærhelsetenesta").

I prioriteringsforskrifta³⁸ § 2 er det utdjupa kva som er nødvendige helsetenester, men verken lov eller forskrift seier noko konkret om kva slags tilstandar som fell inn under retten til nødvendig helsehjelp. Pasientar som får ein slik rettsstatus, står i ein særklasse i forhold til dei andre pasientane. Dei skal tildelast ein frist for når dei seinast skal takast inn til utgreiing/behandling, og fristen skal setjast uavhengig av kapasiteten i den institusjonen som gjer vurderinga.

Verken pasientrettslova eller prioriteringsforskrifta avgrensar lik prioritering til å gjelde isolert innanfor kvart enkelt fagområde. Slik prioritering blir ofte kalla for vertikal eller klinisk prioritering. Det inneber å fastsetje ei innbyrdes rangering av pasientane innanfor eitt fagfelt, for eksempel psykisk helsevern for vaksne. Prioritering mellom ulike fagområde blir ofte referert til som horisontal prioritering.

Felles for alle pasientane er at dei, og den som har tilvist pasienten, skal ha informasjon om resultatet av vurderinga. Det er regulert i § 5 i prioriteringsforskrifta, som også krev at det skal opplysast om klagefrist og klageinstans og rettane som følgjer av at fristen for når hjelpa skal givast, ikkje blir halden.

Ein viktig reiskap til å sørge for at rettspasientane får oppfylt sin rett til utgreiing eller behandling innanfor fristen, er retten til fritt sjukehusval.³⁹ Retten gjeld alle verksemdar som eit regionalt helseforetak eig, og alle private som har avtale med eit slikt foretak. Institusjonar som er omfatta av ordninga, er som hovudregel forplikta til å ta imot alle pasientar som vel seg til sjukehuset, uavhengig av bustad. Eit unntak gjeld når dei ser seg nøydde til å prioritere pasientar, også uprioriterte (RH), frå eigen bustadregion.

Forskrift om ventelisteregistrering⁴⁰ krev at det skal først ventelister over pasientar som er registrerte for undersøking eller behandling, og at det skal gå fram av ventelista om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettslova § 2-1,

35) Lov av 2. juli 1999 nr. 63: lov om pasientrettigheter § 1-1.

36) Pasientrettslova § 2-1.

37) Pasientrettslova § 2-2 første ledd.

38) FOR 2000-12-01 nr. 1208: forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.

39) Pasientrettslova § 2-4.

40) FOR 2000-12-07-1233: forskrift om ventelisteregistrering.

eller ikkje. Det er ein føresetnad at pasienten er vurdert før vedkomande blir ført på venteliste. Det inneber at avvising berre kan skje før pasienten er registrert på venteliste.⁴¹ I St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet viser departementet til at tenesta i større grad vil bli målt på mellom anna ventetid og tilgang.

Forskrift om pasientjournal⁴² skal mellom anna sikre behovet for dokumentasjon av sentrale sider ved pasientforholdet og er grunnleggjande for kva slags data som kan hentast inn frå verksemder som yter helsehjelp. I § 5 er det reglar om oppretting og organisering av journalen, og i § 8 er det stilt krav til kva journalen skal innehalde.

I bestillingsdokumentet for 2006 blir det stilt krav om at det skal rettast særleg merksemd mot menneske med psykiske lidningar ved prioritering av pasientane. Det er ein føresetnad at pasientar med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriterast framfor pasientar utan slik rett. Dei regionale helseføretaka skal gå gjennom tildelinga av denne retten, og identifisere på kva slags fagområde og for kva slags pasientar det er størst avvik mellom overordna mål og resultat for befolkninga i eigen region. Dei skal i samarbeid medverke til harmonisering av tildelingskriteria mellom regionane.

4.2 Gir regelverket for prioritering av pasientar dei forventa resultat?

4.2.1 Korleis handterer fastlegane si rolle som portvakt for andrelinja?

Fastlegane er ikkje omfatta av reglane i prioriteringsforskrifta. Dei må likevel avgjere kva slags pasientar dei skal behandle sjølve, kven dei skal tilvise til spesialisthelsetenesta eller andre, og kven dei skal avvise. Også dette er prioritering.

Innanfor psykisk helsevern for vaksne er det berre legar som har rett til å tilvise pasientar til spesialisthelsetenesta.⁴³

Journalgjennomgangen har vist at pasientar sjølv tek kontakt direkte med klinikken utan at det gjeld strakshjelp, og ved éin klinikk (nr. 8, jf. figur 4.1) var pasienten tilvist av psykiatrisk sjukepleiar i kommunen. Dei aller fleste pasientane er tilviste av fastlegen sin.

Fastlegane vart i spørjeundersøkinga (jf. vedlegg 1) spurde om kor stor del av pasientane deira over 18 år med psykiske problem som vart tilviste til høvesvis private avtalespesialistar og til verksemder i helseføretaka (andrelinja), og kor stor del som fekk eit tilbod i førstelinjetenesta. Svarfordelinga er vist i tabell 4.1.

Tabellen viser at nesten halvparten av fastlegane meiner at pasientane i svært stor grad får eit tilbod i førstelinja. Til saman 84 prosent meiner at det gjeld i stor eller svært stor grad. To legar meiner at pasientane i svært liten grad får eit behovstilpassa tilbod i førstelinja. Det er ingen som meiner at private spesialistar i stor / svært stor grad står for dette tilbodet, og fem legar har svart at det er ingen som får eit slikt tilbod. Her måtte ein rekne med stor spreiding i svara ut frå dei store geografiske skilnadene som gjeld for dette tilbodet, jf. tabell 3.9. 5 prosent av legane meiner at pasientane i stor / svært stor grad får eit tilbod i andrelinja, mens 70 prosent meiner dette gjeld i liten / svært liten grad.

Sjølv om ein går ut frå at terskelen for å søkje hjelp for psykiske problem er forskjellig, så kan det berre tene som forklaring for ein liten del av dei observerte skilnadene. Det må derfor bety at alvorlighetsgraden for dei lidningane som legane tilviser

Tabell 4.1 Oversikt over kven som etter fastlegane si meining dekkjer pasientane sitt behov for psykiatritenester

Svaralternativ	Førstelinja	Prosent	Private	Prosent	Andrelinja	Prosent
Ikkje i det heile	0	0,0	5	12,5	0	0
I svært liten grad	2	5,4	23	57,5	16	40
I liten grad	0	0,0	8	20,0	12	30
Til ein viss grad	4	10,8	4	10,0	10	25
I stor grad	13	35,1	0	0,0	2	5
I svært stor grad	18	48,7	0	0,0	0	0
N =	37	100	40	100	40	100

(Kjelde: Spørjeundersøkinga)

41) Helsedepartementet (2005): *Ventelisterapportering til NPR fra 1. januar 2006*. Rundskriv I – 16/2005 s. 31–32.

42) FOR 2000-12-21 nr. 1385: forskrift om pasientjournal.

43) Vi ser her bort frå sosialtenesta si rett til å tilvise til tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. spesialisthelsetenestelova §§ 2-1 a nr. 5 og 3-12.

Tabell 4.2 I kva grad blir din tilvisingspraksis påverka av forhold i andrelinjetenesta?

Svaralternativ	Kapasitet	Prosent	Ventetid	Prosent	Kompetanse	Prosent	Avslag	Prosent
I svært liten grad	1	2,5	0	0,0	3	7,5	13	35,2
I liten grad	6	15,0	7	17,5	10	25,0	14	37,8
Til ein viss grad	11	27,5	11	27,5	10	25,0	4	10,8
I stor grad	15	37,5	16	40,0	10	25,0	6	16,2
I svært stor grad	7	17,5	6	15,0	7	17,5	0	0,0
N =	40	100	40	100	40	100	37	100

(Kjelde: Spørjeundersøkinga)

vidare, er svært forskjellig. Ein kunne derfor vente at avslagsprosenten er høgare for dei legane som tilviser ein stor del av pasientane, i forhold til dei som tilviser ein liten del. Men korrelasjonsanalysar av svara i tabell 4.1 og spørsmålet om kor stor del av tilvisingane som blir avslått (spørsmål 7 i spørjeskjemaet), kan ikkje påvise ein slik samanheng.

Spørjeundersøkinga til fastlegane tok sikte på å kartlegge om påverknad av forhold i andrelinja kan forklare dei store skilnadene når det gjeld terskel for å tilvise til andrelinja. Svara i tabell 4.2 viser at legane sin tilvisingspraksis blir påverka av kapasitet, ventetid, kompetanse og avslag i andrelinja. 55 prosent har svart at kapasitet og ventetid i andrelinja i stor / svært stor grad påverkar deira tilvisingspraksis, mens 17,5 prosent seier at dette gjeld i liten / svært liten grad. Også kompetansen i andrelinja påverkar i stor grad legane sin tilvisingspraksis, 42,5 prosent meiner at det gjeld i stor / svært stor grad.

Avslaga påverkar derimot tilvisingspraksis langt mindre. 16,2 prosent av fastlegane svarer at det gjeld i stor grad. Legane vart også spurde om korleis dei ser på kapasiteten og ventetida hos "sin" poliklinikk.

Tabell 4.3 Opplever du poliklinikkens kapasitet som tilstrekkeleg og ventetider som forsvarlege?

Svaralternativ	Kapasitet	Prosent	Ventetid	Prosent
I svært liten grad	3	7,1	0	0,0
I liten grad	11	26,2	11	26,2
Til ein viss grad	11	26,2	14	33,3
I stor grad	11	26,2	12	28,6
I svært stor grad	6	14,3	5	11,9
N =	42	100	42	100

(Kjelde: Spørjeundersøkinga)

Sjølv om ventelistedata ikkje gir haldepunkt for å hevde at det er høg grad av samanheng mellom kapasitet og ventetid, jf. tabell 3.5, så viser spørjeundersøkinga at legane opplever desse to forholda som nokså like. Tabell 4.3 viser at 40,5 prosent av legane meiner at kapasiteten i stor eller svært stor grad er tilstrekkeleg og ventetida forsvarleg. Ein korrelasjonsanalyse viser også at det er veldig sterk samanheng (0,823) mellom svara på dei to spørsmåla som er presenterte i tabell 4.3, hos kvar enkelt lege. Det er òg sterk samanheng mellom i kva grad legane lét sin praksis bli påverka av desse to faktorane (kapasitet og ventetid i tabell 4.2), og om dei oppfattar kapasiteten som tilstrekkeleg og ventetida som forsvarleg. Ein lege som har svart at han i høg grad har late sin tilvisingspraksis bli påverka, har sannsynlegvis også svart at han finn kapasiteten utilstrekkeleg og ventetida uforsvarleg.

Legane vart også spurde om dei har endra sin tilvisingspraksis etter sjukehusreforma i 2002, og svara er viste i tabell 4.4.

Tabell 4.4 Har du følgd same praksis i heile perioden etter 2001 med tanke på kva slags problem som blir tilviste til andrelinja?

Svaralternativ	Uendra praksis	Prosent
I svært liten grad	1	2,4
I liten grad	5	12,2
Til ein viss grad	8	19,5
I stor grad	18	43,9
I svært stor grad	9	22,0
N =	41	100

(Kjelde: Spørjeundersøkinga)

Legane har i stor grad følgd same tilvisingspraksis i perioden etter 2001. Berre 15 prosent svarer at dei i svært liten eller i liten grad har følgd same praksis, mens 66 prosent seier at dei i stor grad / svært stor grad har følgd same praksis.

Vi har òg spurt om legane har opplevd at poliklinikken har prøvd å påverke tilvisingspraksisen deira. Nesten 30 prosent av legane svarer bekref- tande på dette spørsmålet. Som eksempel på korleis påverknaden skjer, blir det nemnt at dei blir tilrådde å tilvise til ein annan instans i førstelinja, at dei får retningslinjer for kva poliklinikken kan prioritere, at dobbeltdiagnosar rus/psykiatri blir avviste, og at poliklinikkane på forskjellige måtar prøver å få dei til å skrive meir informative tilvisingar.

4.2.2 Er inntaksprosessen i andrelinja tilfreds- stillande?

Kvaliteten på tilvisingane

Tilvisinga er det mest vesentlege avgjerdsgrunn- laget for andrelinja si prioritering av pasientane, ettersom vurderingssamtalar blir brukte i avgrensa omfang, jf. tabell 4.7. Det er derfor ein føresetnad for lik prioritering at tilvisingane inne- held tilstrekkeleg informasjon om pasienten, og at dei er av god nok kvalitet.

Vi har trekt ut ein tilfeldig poliklinikk og gått gjennom tilvisingane for å vise nokre eksempel på svært korte tilvisingar som vi meiner gir eit dårleg grunnlag for å vurdere behandlingsbehovet til pasienten og dermed rettsstatus. Heile sjukdomsut- greinga i tilvisinga er referert i alle eksempla, saman med ei vurdering frå psykiateren som vi har brukt som ekstern fagkonsulent. Vurderinga til poliklinikken resulterte i at pasientane i dei fire sakene fekk rett til nødvendig helsehjelp med frist frå 14 til 42 dagar. Vår fagkonsulent har kome til at berre éin kvalifiserer til denne retten.

Tekstboks 4.1 Rettpasient med frist 42 dagar

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Pasienten kommer og forteller om at han blir sjikanert de siste 7–8 år. Vanskelig å få del i historien, om han har vært til behandling etc. Har gått til psykolog for 12 år siden. Har brukt Truxal, annet fremgår ikke. Pasienten får med hen- visning til psykolog som han ønsker.

Fagkonsulenten si vurdering:

Kun referat av pasientens utsagn uten tilleggsopplysninger eller vurdering. Når den likevel er tatt inn, kan det være fordi poliklinikken værer at det kan dreie seg om en para- noid tilstand, altså en alvorlig sinnslidelse (psykose). Ofte blir det slik at poliklinikken kjenner sine henvisere og kan lese det som står mellom linjene, og man vil ikke straffe pasienten for at legen skriver dårlige henvisninger. Når det skrives rett ut at pasienten får henvisning "som han ønsker", betyr det gjerne at legen er uenig, men skriver likevel. En invitasjon til avslag, som jeg ville fulgt.

Tekstboks 4.2 Rettpasient med frist 42 dagar

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Pasienten er tidl. beh. ved x DPS grunnet angst for ca. 5 år siden. Nå tilbakevendende angstanfall uten klar årsak, men mulig initiert av periodevise brystmerter. Han er under indremedisinsk utredning, res. ennå ikke klart. Ved samtale forklarer han seg greit. Ingen tankeforstyrrelser eller realitetsbrist. Pasienten henvises til samtale/undersøkelse grunnet angstanfall etter eget ønske.

Fagkonsulenten si vurdering:

Her venter man ikke på å få utredet om angsten grunner seg i somatisk sykdom eller om det er angst som egen psykisk lidelse. Men det faktum at pas. har hatt angstli- delse tidligere, kan gjøre at han tas inn før somatisk utred- ning er ferdig. Skal man være nøye, er denne pasienten ikke kvalifisert til rett til nødvendig helsehjelp fra spesia- listhelsetjenesten ennå. Den retten har han klart fra hjerte- medisinsk tjeneste.

Fristen er vel vanlig. Det oppgis "eget ønske", jf. eksem- plet ovenfor. Hva ville jeg gjort? Hvis kapasitet, kanskje inntak ut fra tidligere historie.

Tekstboks 4.3 Rettpasient med frist 14 dagar

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Pas har vært hos meg ifm hodepine, smerter i skuldrene bilt og rare tanker i hode. pas er fra x og er asylsøker. pas klager over dårlig matlyst, redusert konsentrasjon, veldig deprimert, har fått avslag på søknaden sin angående opp- holdstillatelse i Norge. pas samboeren har snakket med DPS som trenger henvisning fra legen.

Fagkonsulenten si vurdering:

Igjen en henvisning fordi andre enn legen finner det begrunnet. ("Bilt" betyr vel bilateralt dvs. på begge sider). Det oppgis "rare tanker i hodet" uten at dette er konkreti- sert eller utforsket eller vurdert. Han er imidlertid depri- mert, etter avslag på opphold. Asylsøkere er en vanskelig gruppe å sitte alene med. De ytre forholdene er så veldig avgjørende for både velbefinnende og psykisk tilstand/ lidelse. Vanskelig å se at rett til helsehjelp er begrunnet ut fra henvisningen. Fristen er påfallende kort. Hva ville jeg gjort? Bedt henviser starte antidepressiv behandling først, som for andre pas. Eventuelt ny henvisning. Utsikten til nytte av behandling i DPS er lav, det er retten til opphold og arbeid som er avgjørende her. Så blir det likevel et spørsmål om "solidaritet" med fastlegen for at denne skal slippe å sitte alene med pas.

Tekstboks 4.4 Rettpasient med frist 22 dagar

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Ifølge med mor. Siste 2–3 mnd. følt seg ofte trist og blir lett lei seg. Svingende humør. Har ved et par anledninger skadet seg selv ved å skjære seg i underarmen. Ikke suicidal tanker. Sterkt ønske om samtale med psykolog for å få orden på tankene.

Fagkonsulentens si vurdering:

Denne virker grei mht. rettighet. Det virker som det er en ung pasient. Selvskade er alvorlig, enten en F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller i sjeldne fall en psykoseutvikling, det vises til "å få orden på tankene". Fristen er også grei. Hva ville jeg gjort? Inntak med 4 ukers frist.

Legane vart i spørjeundersøkinga spurde om i kva grad dei får spørsmål om ytterlegare informasjon om pasienten eller mottak tilvisinga i retur på grunn av mangelfull informasjon. Resultatet er vist i tabell 4.5.

Tabell 4.5 Andrelinja si oppfølging av tilvisingane – svarfordeling og tal i prosent

Svaralternativ	Ber om meir informasjon	Prosent	Får i retur	Prosent
Ikkje i det heile	11	27,5	18	43,9
I svært liten grad	25	62,5	21	51,2
I liten grad	3	7,5	2	4,9
Til ein viss grad	1	2,5	0	0,0
I stor grad	0	0,0	0	0,0
I svært stor grad	0	0,0	0	0,0
N =	40	100	41	100

(Kjelde: Spørjeundersøkinga)

Legane svarer at dei sjeldan får førespurnader om ytterlegare informasjon i samband med tilvisingane sine. Berre 2,5 prosent meiner at dette skjer til ein viss grad, mens 27,5 prosent meiner det ikkje skjer i det heile. Viss ei tilvising manglar informasjon, skal ho ikkje sendast i retur. Tilvisar skal kontaktast om supplerande informasjon, og/eller pasienten skal innkallast til vurderingssamtale, i begge tilfelle utan at vurderingsfristen blir endra i forhold til mottaksdato for tilvisinga. Nesten 44 prosent bekreftar at dette regelverket blir følgt. Det betyr samtidig at vel 56 prosent seier at brot på regelverket skjer, men for dei aller fleste i svært liten grad.

Det er stor grad av samanheng i svara på desse to spørsmåla. Dei som i sterkast grad opplever å få spørsmål om ytterlegare informasjon, er dei same som opplever å få tilvisingane i retur. Journalgjennomgangen har vist at i nokre tilfelle er avslaget grunnlagt med at poliklinikken ikkje har den kompetansen som er nødvendig for å behandle den aktuelle lidinga. Ein slik praksis er i strid med regelverket.

Ein korrelasjonsanalyse viser nær samanheng mellom høg del av tilvisingar med mangelfull informasjon og legen si oppleving av at poliklinikken har prøvd å påverke tilvisingspraksisen til vedkomande. Det er ikkje overraskande, når desse legane har opplyst at påverknaden ofte gjeld nettopp kvaliteten på tilvisingane.

Bruk av inntaksmøte, inntaksprosedyrar o.a.

14 av dei 15 poliklinikkane har gitt opplysningar om bruken av inntaksmøte. Det er stor spreing med tanke på kva slags fagkategoriar som tek del i desse møta, og kva slags førebuingar som blir gjorde i forkant av møta. 11 poliklinikkar har møte kvar veke, éin har møte to gonger per veke, éin bruker det berre for spesielt vanskelege saker, og éin har ikkje oppgitt møtefrekvens.

Vi har spurt dei 15 poliklinikkane om kva slags skriftlege retningslinjer dei har for inntaksprosessen. Tre nemner at dei har rettleiingar for inntaks-vurdering/prioritering og prosedyrar for sjølv inntaket. Poliklinikkane har også gitt opplysningar om kva slags standardformular dei bruker. Dette er lite utbreidd. Halvparten av poliklinikkane nemner eitt eller to formular, og ingen av desse er i bruk hos meir enn to poliklinikkar.

Bruk av retningslinjer for prioritering

Alle dei regionale helseføretaka, alle helseføretaka og 15 distriktpsikiatriske senter er spurde om dei nyttar retningslinjer for vurderinga av retten til nødvendig helsehjelp. Svara frå helseføretaka er oppsummerte i tabell 4.6, som viser kva slags retningslinjer/rettleiingar som blir nytta, og bruken av desse i helseregionane og på landsbasis.

Tabell 4.6 Talet på helseføretak som har retningslinjer/rettleiingar – tal i prosent

Retningslinjer prioritering	Region					Totalt
	Aust	Sør	Vest	Midt-Noreg	Nord	
Utarbeidd av Helse Sør	0	50	0	0	0	12,5
Utarbeidd av Helse Bergen	0	0	75	0	25	16,7
Utarbeidd av Helse N-Trøndelag	0	0	0	25	0	4,2
Utarbeidd av bransjeforeiningar ⁴⁴	50	50	25	0	25	33,3
Kor mange som bruker retningslinjer	50	83	75	25	50	58,3

(Kjelde: Helseføretaka)

Tabell 4.6 viser at det er fleire rettleiingar i bruk, og at det på landsbasis er i underkant av 60 prosent som nyttar ein eller fleire rettleiingar. Likevel er det, som nemnt ovanfor, berre tre poliklinikkar som oppgir at dei bruker rettleiingar i prioriteringsarbeidet sitt. Delen av føretaka som bruker rettleiing, varierer mykje mellom helseregionane. I region Midt-Noreg blir slike hjelpemiddel nytta av berre 25 prosent av føretaka. Bruken er mest utbreidd i region sør, der vel 80 prosent av føretaka bruker skriftlege rettleiingar. Rettleiinga som vart utarbeidd av bransjeforeiningane i 2004, er mest brukt. Den blir nytta av 33 prosent. Vi ser også at retningslinjene som er utarbeidd av Helse Sør RHF, blir brukte av 50 prosent av føretaka i regionen. 75 prosent av føretaka i region vest nyttar den rettleiinga som Helse Bergen HF utarbeidd i 2004. Denne rettleiinga er også i bruk i eitt føretak i region nord.

Rettleiinga som Helse Sør RHF har utarbeidd, byggjer på den tilsvarande frå bransjeforeiningane. Begge inneheld ei oversikt over overordna diagnosegrupper og maksimal ventetid i veker som kan reknast som forsvarleg for kvar av gruppene. Rettleiinga som Helse Bergen HF har utarbeidd, tek for seg grupper av tilstandar og gir eksempel i form av kortfatta tilstandsutgreiingar og maksimal ventetid for kvar av dei. Eit av føretaka som nyttar denne rettleiinga, har utarbeidd andre maksimale ventetider. Rettleiinga gjer òg rede for faktorar som må takast med ved vurderinga av retten til nødvendig helsehjelp, og kva

slags tilstandar som vanlegvis ikkje vil gi ein slik rett.

Det vart etablert eit samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og dei regionale helseføretaka om å utarbeide ei rettleiing i praktisering av prioriteringsforskrifta. Rettleiinga som gjeld psykisk helsevern for vaksne, vart send på høyring i mai 2008.

Bruk av vurderingssamtalar

Andrelinja må hente inn ytterlegare opplysningar eller kalle inn pasienten til ein vurderingssamtale i dei tilfella der det ikkje er mogleg å gjere seg opp ei meining om pasienten sin rettsstatus ut frå den tilvisinga som er motteken. Samtalen må skje tidsnok til at vurderinga ligg føre innanfor fristen på 30 yrkedagar. Andre kolonne i tabell 4.7 viser gjennomsnittleg vurderingstid i kalenderdagar for dei 1269 pasientane som har fått vurdert sin rettsstatus. Dei følgjande kolonnane gjeld berre dei 98 pasientane som har motteke eit brev der det står at dei blir innkalla til ein vurderingssamtale. Ei samanlikning mellom datoane for når vurderingssamtalen var, og tilsvarande for når pasienten sin rettsstatus vart vurdert, viser at i berre sju av sakene vart samtalen halden før vurderinga vart gjort. Det kjem av at klinikkane bruker omgrepet vurderingssamtale også om den første samtalen i ein konsultasjonsserie.

Tredje kolonne i tabell 4.7 viser kor stor del av dei 1479 pasientane som er kalla inn til ein vurderingssamtale i kvar av poliklinikkane og totalt sett. Kolonnane 4–6 viser tilsvarande del for kvar av dei tre pasientgruppene som vi opererer med, jf. punkt 4.1, mens den siste kolonnen gjeld ei anna gruppe pasientar. Til denne gruppa reknar vi alle dei pasientane der vi ikkje har funne informasjon om resultatet av vurderinga til poliklinikken. Vi har kalla gruppa "Ikkje vurdert" (IV).

Tabell 4.7 viser at vurderingstida er 8,6 dagar i gjennomsnitt, og at vurderingstida varierer frå 4,4 til 17,1 dagar mellom klinikkane. Nesten alle poliklinikkane har inntaksmøte kvar veke, og 6 av 14⁴⁵ poliklinikkar har kortare gjennomsnittleg vurderingstid enn ei veke. Blant dei 1269 pasientane som er vurderte, er vurderingsfristen overskriden i berre 13 saker.

Seks verksemder har ikkje kalla inn ein einaste pasient til vurderingssamtale. Tre av verksemdene har kalla inn pasientar i eit slikt omfang at

44) Norsk psykiatrisk forening og Norsk psykologforening.

45) Poliklinikk 12 har ikkje dokumentert sine vurderingar og er derfor ikkje rekna med.

Tabell 4.7 Gjennomsnittleg vurderingstid og talet på pasientar med vurderingssamtale

Poliklinikk	Vurderingstid i dagar	Pasientar med vurderingssamtale, i prosent	Pas. i gruppa RHN, i prosent	Pas. i gruppa RH, i prosent	Pas. i gruppa NEL, i prosent	Pas. i gruppa IV, i prosent
1	15,9	1	0	25	0	0
2	7,1	36,6	15	0	70	78,3
3	6,9	21	15,9	33,3	19,1	46,2
4	5,1	0	0	0	0	0
5	7,5	33,3	0	0	0	97,1
6	8,5	0	0	0	0	0
7	9,8	0	0	0	0	0
8	7,8	2,5	4,2	0	0	0
9	17,1	1	1,1	0	0	0
10	11,8	5,4	0	0	0	100
11	4,4	1	1,1	0	0	0
12						
13	6,6	0	0	0	0	0
14	5,3	0	0	0	0	0
15	6,5	0	0	0	0	0
Totalt	8,6	6,6	2,7	1,5	4,1	29,5

(Kjelde: Journalgjennomgangen)

dei kan seiast å ha ein etablert praksis for å gjennomføre slike samtalar.⁴⁶ Det resulterer i at det totalt sett berre er knapt 7 prosent av pasientane som får ein vurderingssamtale, og at det i første rekkje gjeld pasientar i gruppa IV (29,5 prosent). Det kan synast merkeleg at det er pasientane som ikkje har vorte vurderte, som det blir gjennomført vurderingssamtalar med. Årsaka er som nemnt at verksemdene ikkje gir desse pasientane informasjon om utfallet av vurderinga. Etter samtalen blir dei sannsynlegvis orienterte munnleg om resultatet og deretter innkalla til ny time utan at rettsstatusen deira blir dokumentert særskilt.

Det blir understreka både frå styresmaktene og frå faghald at vurderinga av kvar enkelt pasient sin rett til nødvendig helsehjelp må gjerast av personell med spesialkompetanse. Mange verksemdar har sjølv poengtert det i sine retningslinjer for prioritering eller i inntaksprosedyrane sine. Generelt gav ikkje gjennomgangen av pasientjournalar god nok informasjon om kven avgjerds-takar var, men i ein poliklinikk var informasjonen lett tilgjengeleg fordi opplysningane var tekne inn i svarbrevet til pasient og tilvisar for 77 av totalt 101 pasientar. For 55 prosent var det lege

eller psykologspesialist som hadde gjort vurderinga, men det var nesten like mange, 45 prosent, som vart vurderte av andre. 10 prosent vart vurderte av sjukepleiar og 35 prosent av psykiatrisk sjukepleiar, også epikrisar blir skrivne av sjukepleiarar. I andre poliklinikkar har vi sett fleire eksempel på at vurderingssamtalar blir gjennomførte av sjukepleiarstudentar, og at behandlingsansvarleg er fysioterapeut.

Forholda som er nemnde ovanfor, er kommenterte av ein av fastlegane som deltok i vår spørjeundersøking, og som er frå eitt av dei aktuelle opptaksområda. Vedkomande uttalar:

"Jeg har i årevis irritert meg over at pasienter som henvises til psykiatrisk poliklinikk, får behandling hos sosionom eller psykiatrisk sykepleier. Psykiaterne er i liten grad med i behandlingen. Selv der hvor jeg ber om hjelp til medisinerings, får pasienten samtalerterapi og beskjed av sykepleier/sosionom om å ta opp medisinerings med fastlegen. Vi får nesten ingen hjelp til medikamentell behandling fra poliklinikken. Private psykiatere er det få av her. Psykiatrisk spisskompetanse mangler helt på poliklinikken! Her bør noe gjøres. Dette ble påpekt av legerådet for 20 år siden. Intet er gjort!"

46) Som tidlegare nemnt er det meir snakk om klinikkane sine formuleringar i innkallingsbrevet, enn ein praksis for vurderingssamtalar slik vi bruker omgrepet.

4.2.3 I kva grad får pasientane eit tilbod i spesialisthelsetenesta?

Som vist i tabell 4.1 er det ei svært stor gruppe pasientar som ikkje blir tilvist til andrelinja. Ein del av desse får eit tilbod hos avtalespesialistane, og ein del får eit tilbod i førstelinja. 70 prosent av fastlegane har svart at deira pasientar berre i liten eller svært liten grad blir tilviste til andrelinja. 23 av 42 legar har svart bekreftande på eit spørsmål om det er spesielle typar psykiske problem som dei ikkje tilviser. 19 av desse legane har også svart på spørsmålet om kva slags typar lidingar som ikkje blir tilviste. 13 nemner angst og/eller depresjon, dei andre seks legane nemner livskriser, lettare psykiatri og problem knytt til arbeid, samliv eller økonomi.

Legane er òg spurde om det er bestemte lidingar som blir tilviste til dei private spesialistane. 11 legar har svart positivt, og ti av desse har også svart på kva type lidingar dette gjeld. Fem av desse svarer at det gjeld angst og/eller depresjon. Elles blir det nemnt samlivsproblem, langvarige og alvorlege traume, tilpassingsvanskar, ADHD, personlegdomsforstyrningar, bipolar lidning, sjølv-mordsfare, behov for kognitiv terapi og tung psykiatri generelt. Svara viser ingen samanheng mellom legane si oppfatning av kapasitet eller ventetid ved den lokale poliklinikken og omfanget av tilvisingar til avtalespesialistane.

Spørjeundersøkinga tok også for seg om legane opplever at andrelinja har ein konsekvent praksis når det gjeld avslag. Resultatet er vist i tabell 4.8.

Tabell 4.8 Opplever du poliklinikkane sin praksis når det gjeld avslag som konsekvent internt i poliklinikkane og mellom poliklinikkane?

Svaralternativ	Internt i poliklinikken	Prosent	Mellom poliklinikkar	Prosent
I svært liten grad	3	9,4	3	10,3
I liten grad	6	18,8	8	27,6
Til ein viss grad	9	28,1	8	27,6
I stor grad	13	40,6	9	31,1
I svært stor grad	1	3,1	1	3,4
N =	32	100	29	100

(Kjelde: Spørjeundersøkinga)

Tabell 4.8 viser at det er mange legar som har valt å ikkje svare på spørsmålet. Av dei som har svart, er det naturleg nok fleire som synest at praksisen er meir ulik mellom poliklinikkane enn

internt i ein og same poliklinikk. Mens 43,7 prosent av legane i stor / svært stor grad meiner at poliklinikkane følgjer ei konsekvent linje internt når det gjeld kva slags psykiske problem som dei meiner ikkje høyrer heime i andrelinja, så meiner 34,5 prosent at det same gjeld praksisen i forskjellige poliklinikkar.

Journalgjennomgangen viser at nesten alle avslag i andrelinja skjer med den grunngevinga at lidinga er av ein karakter som høyrer heime i førstelinja. Ein del avvisingar gjeld pasientar med dobbeltdiagnosen rus/psykiatri, der avslaget blir grunnleggjant anten med at dei bør tilvisast til tverrfagleg spesialisert rusbehandling, som òg er ein del av spesialisthelsetenesta, eller bli rusfrie før dei blir tilviste til poliklinikken på ny.

Legane vart spurde om det er typar av lidingar som poliklinikken nesten alltid avslår å utgreie eller behandle. 29 prosent av legane har svart bekreftande, nokre nemner fleire typar lidingar. Det einaste som fleire nemner, er rus/psykiatri, ADHD, angst/depresjon og kronikarar. Elles nemner dei eldre når det ikkje er akutt, livsfaseproblematikk, asylsøklarar, kompliserte nevrosar og saker med mange psykososiale moment.

4.2.4 Blir det prioritert likt?

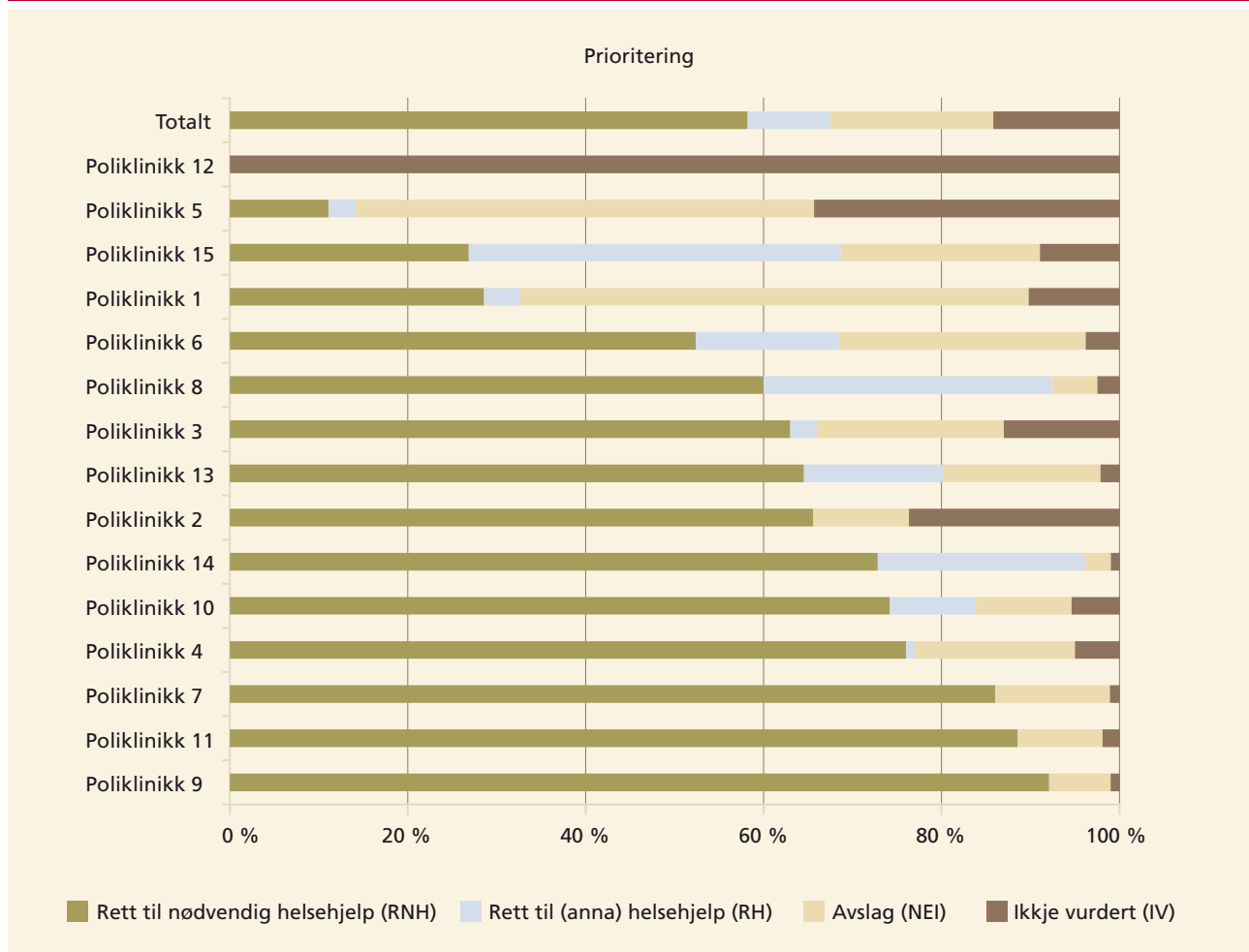
I møta med RHF-a har vi bedd om deira oppfatning av om prioriteringsforskrifta stiller krav om både vertikal og horisontal prioritering. Synspunkta er delte. Departementet meiner at regelverket berre gjeld vertikal prioritering, og det er lagt til grunn for undersøkinga. Likevel blir det slått fast i utkastet til prioriteringsrettleggning⁴⁷ frå Helsedirektoratet at "Alle pasienter skal vurderes likt i forhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Det er derfor nødvendig at det innenfor ulike fagområder er en felles forståelse av lov og forskrift [...]".

Vurderinga av retten til nødvendig helsehjelp skal resultere i ei prioritering av pasientane etter behovet for psykiatriske spesialisthelsetenester. Vi nyttar som nemnt fire kategoriar pasientar, inndelte etter utfallet av denne vurderinga, jf. punkt 4.1 og 4.2.2.

Rettspasientane står i ei særstilling. I tillegg til å få ein frist for når dei seinast skal behandlast, får dei ein rett til behandling ein annan stad med ledig kapasitet dersom fristen ikkje blir halden av den verksemda som har sett fristen. Overfor dei

47) Helsedirektoratet: Prioriteringsveileder for spesialisthelsetjenesten – Generell del, s. 6. Utkast per 10. april 2008.

Figur 4.1 Resultatet av vurderingane – prosentdel pasientar i kvar av kategoriene



(Kjelde: Journalgjennomgangen)

uprioriterte kan verksemda leggje kapasitetsvurderingar til grunn for når pasienten skal få eit tilbod. Gruppa "Ikkje vurdert" (IV) kan innehalde dei to nemnde kategoriene pluss dei som får avslag "NEI", men det er ikkje mogleg å identifisere i kva for ein kategori kvar enkelt pasient er plassert.

Figur 4.1 viser resultatet av vurderingane frå poliklinikkane. Den øvste søyla viser det gjennomsnittlege resultatet av poliklinikkane sine prioriteringar, fordelt på dei fire pasientgruppene som vi nyttar i undersøkinga. 58 prosent av pasientane får rett til nødvendig helsehjelp, 9 prosent får rett til anna helsehjelp, 19 prosent får avslag og 14 prosent får inga vurdering av sin rettsstatus. Viss vi held oss til dei 1269 pasientane der vi kjenner resultatet av prioriteringa, dvs. at gruppa "Ikkje vurdert" blir halden utanfor, så blir fordelinga 68 prosent med rett til nødvendig helsehjelp, 11 prosent med rett til anna helsehjelp og 21 prosent avslag.

I figuren er klinikkane sorterte etter kor stor del av pasientane som får tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Det er vist ved den venstre delen av søylene (RNH), og figuren viser at prosentdelen varierer frå 11 (nr. 5) til 92 prosent (nr. 9) av pasientane. I tre klinikkar (nr. 1, 5, 15) er det under 30 prosent som får denne retten. Nesten alle set ein frist for når behandling seinast skal givast. Det er derimot tvilsamt om det kan seiast at fristen er individuelt fastsett. I praksis blir det berre kryssa av for talet på månader med ventetid, og det pasientadministrative systemet reknar så ut fristdato ut frå vurderingsdato. Éin klinikk (nr. 11) gir nesten alle pasientar i denne gruppa same frist: 3 månader. Ein annan poliklinikk (nr. 12) vurderer ikkje denne retten i det heile, jf. den nest øvste søyla i diagrammet, som berre gjeld pasientar som ikkje har vorte vurderte etter regelverket (IV).

Det er stor variasjon i talet på pasientar som får eit tilbod utan å få rett til nødvendig helsehjelp (RH). Vi ser at fire poliklinikkar (nr. 2, 7, 9, 11) ikkje har pasientar i denne gruppa. Prosentdelen

er òg svært låg for klinikkane 1, 3, 4 og 5, mens han i klinikk nr. 15 utgjer meir enn ein tredel av pasientane. To av desse klinikkane oppgir konsekvent ikkje forventa ventetid for denne gruppa pasientar, og to poliklinikkar gir i praksis avslag til desse pasientane og tilviser dei til privatpraktiserande spesialistar. I ein av klinikkane (nr. 5) blir pasienten rådd til å ta kontakt med behandlarar som arbeider ved klinikken, men som òg praktiserer som avtalespesialistar, med opplysning om at dei veit at vedkomande har ledig kapasitet.

Gjennomgangen av pasientjournalar viser at seks poliklinikkar (1, 2, 7, 9, 11 og 12) berre gir rett til nødvendig helsehjelp eller avslag. For fire av desse klinikkane kjem dette av manglande kunnskap om at det skal givast eit tilbod til andre pasientar enn dei som har rett til nødvendig helsehjelp. Dei to andre klinikkane grunngav det med at dei hadde så god kapasitet at dei gav alle som ikkje fekk avslag, det same tilbodet.

Også avslagsprosenten (NEI) varierer sterkt, frå knapt 3 prosent i klinikk 14 og til over 50 prosent i klinikkane 1 og 5. I realiteten er avslagsprosentane høgare fordi gruppa som ikkje er vurdert (IV), er teken med i nemnaren ved berekninga. Når denne gruppa blir halden utanfor, blir høgaste (reelle) avslagsprosent 78,5 prosent.

Det er også stor spreiding i den siste gruppa av pasientar ("Ikkje vurdert"). I seks poliklinikkar er prosentdelen på rundt 2 prosent, mens han i klinikkane 2 og 5 utgjer høvesvis ein firedel og ein tredel av pasientane.

Rettleiinga som Helsedirektoratet har utarbeidd i samarbeid med føretaka, tek utgangspunkt i diagnosegrupper. Den tilhøyrande tabellen til rettleiinga for psykisk helsevern for vaksne inneheld ei utgreiing av generelle tilleggsfaktorar for vurderinga av grad av alvor. Blant desse faktorane finn vi mellom anna alder og omsorg for barn.

Vi har gjennomført analysar av våre data frå journalgjennomgangen for å sjå om det er samanheng mellom prioriteringsgruppe og behandlingsfrist, og følgjande faktorar:

- diagnose
- alder
- omsorg for barn
- samlivsstatus
- sivilstand
- tal på barn
- bur åleine eller ikkje

- hovudinntektskjelde
- kjønn
- tilvisande lege

Det kan ikkje påvisast nokon samanheng mellom resultatet av prioriteringa av pasientane og dei faktorane som er nemnde ovanfor. Vi har også rekna ut kor stor del kvar diagnose utgjer av det totale talet på pasientar med diagnose og tilsvarende for kvar av dei fire gruppene som vi har delt pasientane inn i. Vi finn skilnader, men dei gjeld diagnosar med få pasientar, slik at desse skildnadene kan vere tilfeldige. At diagnosane ikkje ser ut til å ha innverknad på kva for ei gruppe pasienten hamnar i, blir òg illustrert av at gruppa "Ikkje vurdert" (IV) følgjer same fordeling som dei andre gruppene. Halvparten av denne gruppa pasientar er samansett av alle tilviste pasientar frå éin av dei 15 klinikkane. Fordelinga av diagnosar er den same for den populasjonen som blir tilvist til poliklinikkane, som for rettspasientane og også dei andre prioriteringsgruppene.

Tabell 4.9 gir ei oversikt over dei fristane poliklinikkane har fastsett for dei mest vanlege diagnosegruppene for pasientar som får eit tilbod. Frist betyr i denne samanhengen både den fristen som rettspasientane skal få, og det tidspunktet som skal stipulerast for dei andre pasientane som får eit tilbod. 83 prosent av dei pasientane som får eit tilbod og ein fristdato, har fått ein av desse ti diagnosane som hovuddiagnose. Diagnosekodane er henta frå kodeverket ICPC – 2 som allmennlegane bruker. Dei tre første diagnosane høyrer til symptomdelen i dette kodeverket, dei andre tilhøyrer sjukdomsdelen.

For kvar diagnose er det vist høvesvis kortaste (min.), lengste (maks.), den midtre (median) og gjennomsnittlege (snitt) frist i dagar. I tillegg er det vist skilnaden mellom kortaste og lengste frist (variasjon).

Rettspasientar skal prioriterast framfor pasientar utan ein slik rett. Fristane skal derfor vere kortare for rettspasientane (RNH) enn for dei med rett til anna helsehjelp (RH). Verdiane i dei fire første talkolonnanne i tabell 4.9 bør derfor vere lågare for rettspasientane enn dei er for dei andre pasientane. Totalen viser resultatet for alle klinikkar og diagnosar under eitt, og vi ser at det berre er for minimumsfristen at forholdet er som ein skulle vente. Minimums- og maksimumsfristane seier berre noko om spennvidda i bruken av fristar, men det er uventa at maksimumsfristen er

Tabell 4.9 Fristar⁴⁸ i dagar for ti diagnosegrupper

Diagnose	Kategori*	Min.	Maks.	Median	Snitt	Variasjon	N
Psykisk ubalanse situasjonsavhengig	RNH	14	95	51	54	81	34
	RH	3	107	64	51	104	9
Depresjonskjensle	RNH	0	127	78	66	127	33
	RH	51	116	71	77	65	6
Psykiske symptom/plager IKA	RNH	21	182	85	75	161	97
	RH	7	117	36	52	110	12
Affektiv lidning	RNH	16	180	58	58	164	19
	RH	115	115	115	115	0	1
Angstlidning	RNH	12	182	83	72	170	122
	RH	6	184	65	79	178	19
Depressiv lidning	RNH	6	279	65	66	273	300
	RH	2	234	58	69	232	28
Fobi/obsessiv-kompulsiv lidning	RNH	8	140	80	71	132	24
	RH	84	114	97	98	30	4
Personlegdomsforstyrring	RNH	7	182	80	72	175	19
	RH	9	98	51	53	89	3
Hyperkinetisk forstyrring	RNH	9	198	84	90	189	35
	RH	95	95	95	95	0	1
Psykisk lidning IKA	RNH	9	180	90	84	171	22
	RH	11	34	23	23	23	3
Totalt	RNH	0	279	75	69	279	705
	RH	2	234	64	67	232	86

(Kjelde: Journalgjennomgangen) * RNH = rett til nødvendig helsehjelp, og RH = rett til anna helsehjelp

høgast for rettspasientane. Av gjennomsnittsverdien kan vi sjå at dette ikkje er tilfeldig, eit høgare gjennomsnitt for rettspasientane viser at det er ein større del av desse pasientane blant dei høgaste verdiane. Medianverdien, som er det midtre talet i ei talrekke, viser dette endå tydelegare: Mens skilnaden er to dagar for gjennomsnittsverdiane, så aukar han til 11 dagar for medianverdien i disfavour av rettspasientane.

Vi ser av tabellen at det heller ikkje alltid er som forventa når ein ser på kvar diagnose for seg. Dei uprioriterte pasientane har både lågare minimums- og maksimumsfrist enn dei prioriterte for diagnosane psykiske symptom/plager IKA og depressiv lidning. Dei har også lågare minimumsfrist for to andre diagnosar og lågare maksimumsfrist for seks andre diagnosar. Samla sett kjem altså dei uprioriterte betre ut enn dei prioriterte når ein ser på dei kortaste og dei lengste fristane.

48) Fristane er rekna i dagar frå vurderingsdato og til den datoen pasienten seinast skal få eit tilbod. Ventetida er lengre fordi ho strekkjer seg frå mottaksdato, som for desse pasientane i gjennomsnitt er ni dagar tidlegare. Valet av metode for utrekning heng mellom anna saman med at dei pasientadministrative systema reknar frist ut frå vurderingsdato.

For seks av dei ti diagnosane ligg medianverdien lågare for dei uprioriterte enn for dei prioriterte pasientane. Gjennomsnittsverdiane for enkeltidiagnosane er derimot meir som forventa. Dei prioriterte har lågare gjennomsnittsverdi for seks av diagnosane. Det tyder på at det for nokre diagnosar er nokre svært korte fristar blant desse pasientane som trekkjer gjennomsnittet kraftig ned, eller at ein større del av dei uprioriterte pasientane får fristar som ligg blant dei høgaste verdiane. Eventuelt er det ein kombinasjon av desse to faktorane.

Tabell 4.9 viser òg at depressiv lidning som omfattar flest pasientar, også har størst spreieing mellom kortaste og lengste frist. Skilnaden er på 273 dagar for rettspasientane. Lengste frist for lette depresjonar ligg 146 dagar lågare. Det kjem òg fram at to symptomdiagnosar har lågare maksimal frist enn alle dei andre lidningane. Også den tredje symptomdiagnosen har lågare median og gjennomsnitt enn tilsvarande sjukdomsdiagnose (psykisk lidning).

For prioriterte pasientar er det minst skilnad i fastsetjinga av fristar for dei som har diagnosen

psykisk ubalanse, fristane varierer innanfor 81 dagar. Pasientar med denne diagnosen får i gjennomsnitt også kortast frist (54 dagar), mens dei med diagnosen hyperkinetisk forstyrring får lengst frist med 90 dagar. For dei andre gruppene ligg gjennomsnittet mellom 58 og 84 dagar. For sju grupper ligg skilnaden mellom 161 og 273 dagar, dvs. mellom 5,5 og 9 månader. Det tyder på at ein diagnose i seg sjølv har lite å seie for kva slags frist som blir sett.

Dei uprioriterte pasientane har gjennomgåande mindre spreiring i fristane enn rettspasientane. Ein må også ta med i vurderinga at det er svært få pasientar med i talmaterialet for nokre diagnoser. For halvparten av diagnosane er talet på pasientar (N) mindre enn fem. To av diagnosane har inga spreiring fordi tala berre gjeld éin pasient. Fire diagnoser har større spreiring i fristane enn tre månader, med nær åtte månader for depressiv lidning.

I tabell 4.10 er det same vist per poliklinikk for alle dei ti diagnosegruppene samla. Første del av tabellen gjeld rettspasientane, mens andre del viser tilsvarende data for dei uprioriterte pasientane.

Minimums- og maksimumsfristane er eit uttrykk for kor mykje poliklinikkane differensierer mellom pasientane ut frå alvorsgraden på lidingane. Fristane seier også noko om kapasiteten i poliklinikken. Det ser ein tydeleg ved å sjå på klinikk 1, som både har lengst minimums- og maksimumsfrist, gjennomsnittsverdi og saman med tre andre den høgaste medianverdien. Klinikken har òg høgast avslagsprosent. Berre fire klinikkar har ein lågare minimumsfrist enn 14 dagar, mens seks har maksimumsfrist på eit halvt år eller meir. Klinikk 15 har markant kortare fristar enn alle andre.

Dersom sjukelegheita og prioriteringa er lik, bør det ikkje vere stor spreiring i gjennomsnitts- og medianverdiane mellom klinikkane. Kolonne fem i tabell 4.10 viser at spreiringa i gjennomsnittleg frist er stor. Éin klinikk (nr. 15) har ein gjennomsnittsverdi under éin måned, fire klinikkar har mellom éin og to månader, sju klinikkar har mellom to og tre månader og to klinikkar har over tre månader. Fristane er også lange, 11 av 14 klinikkar har ein medianverdi på to månader eller meir.

Spreiringa mellom klinikkane er som forventa større når det gjeld pasientane med rett til anna helsehjelp (RH). Talmaterialet er lite, sju klinik-

Tabell 4.10 Fristar per poliklinikk for ti diagnosegrupper

Poliklinikk	Rett til nødvendig helsehjelp (RNH)						Rett til anna helsehjelp (RH)					
	Min.	Maks.	Median	Snitt	Variasjon	N	Min.	Maks.	Median	Snitt	Variasjon	N
1	49	279	90	106	230	24	128	128	128	128	0	1
2	8	180	61	60	172	42						0
3	30	180	90	94	150	59						0
4	14	120	31	35	106	65						0
5	38	84	84	70	46	9	80	84	82	82	4	2
6	23	182	90	82	159	45	3	182	11	26	179	16
7	21	85	77	70	64	67						0
8	30	90	60	56	60	40	14	98	65	69	84	23
9	8	198	64	69	190	81						0
10	16	114	78	70	98	60						0
11	14	120	90	86	106	81						0
12						0						0
13	14	181	84	78	167	65	75	135	114	105	60	19
14	6	157	29	47	151	59	22	234	120	119	212	9
15	0	30	13	15	30	8	2	65	20	27	63	16
Totalt	0	279	75	69	279	705	2	234	64	67	232	86

(Kjelde: Journalgjennomgangen)

kar har ingen uprioriterte pasientar, og berre fem har meir enn to pasientar. Rettspasientane kjem gjennomgåande noko betre ut enn pasientane som har fått rett til anna helsehjelp (med unntak av klinikk 6).

Tabell 4.11 viser kor stor del av pasientane som har fått ein av dei ti diagnosane som er viste i tabell 4.9 for kvar poliklinikk og totalt. N viser kor mange pasientar som utgjer datagrunnlaget for kvar kolonne i tabellen.

Tabell 4.11 Prosentdel pasientar innanfor ti utvalde diagnosegrupper

Poliklinikk	Prosentdel	Korreksjon	Justert prosentdel
1	92	7	99
2	77	3	80
3	92	2	94
4	86	6	92
5	80	4	84
6	81	8	89
7	85	3	88
8	86	3	89
9	88	3	91
10	87	9	96
11	86	5	91
12	88	4	92
13	72	14	86
14	84	6	90
15	64	18	82
Totalt	83	7	90
N	1224	94	1318

(Kjelde: Journalgjennomgangen)

Kolonne 2 i tabell 4.11 viser kor stor del av pasientane som blir tilviste med ein av dei ti diagnosane i kvar poliklinikk (jf. tabell 4.9). Klinikane 13 og 15 ligg lågare enn dei andre, noko som blir forklart ved visse særtrekk ved tilvisingane til dei to klinikane. Klinik 13 er regionalt kompetansesenter for matvegring, og 7,1 prosent av tilvisingane gjeld slike lidningar, mot eit gjennomsnitt for dei andre klinikane på 1,1 prosent. Klinikken har også eit høgare innslag av pasientar som blir tilviste for demens, 5,7 prosent mot 0,07 prosent. Tilvisarar til klinikane 14 og 15 har brukt eit høgt innslag av Z-kodar. Det er kodar som tyder på diverse sosiale problem. Prosentdelane utgjer høvesvis 4,8 og 11,9 prosent, mens snittet i dei andre klinikane er 0,4. Dei som tilviser pasientar som dei har fått epikrise for i samband med tidle-

gare behandling for psykiske lidningar i andrelinja, nyttar den diagnosen som er brukt i epikrisen viss det er same problem som har oppstått på nytt. Desse diagnosane er henta frå eit anna kodeverk enn det dei tilvisande legane nyttar, og som er utgangspunktet for tabell 4.11. Ei samanlikning bør derfor også omfatte desse diagnosane. I kolonne 3 er summen av alle desse korreksjonane vist.

Som nemnt tidlegare synest det naturleg å gå ut frå at pasientpopulasjonane er forholdsvis like. Derfor bør det ikkje vere store skilnader i prosentdelane mellom poliklinikkane. Gjennomsnittleg blir 90 prosent av pasientane tilviste til poliklinikkane med ein av dei ti diagnosane som er rekna med i tabell 4.11. Åtte poliklinikkar ligg innanfor denne verdien +/- 3 prosent. Fem klinikkar skil seg ut, tre i den nedre delen av skalaen (2, 5 og 15) og to i den øvre delen (1 og 10).

Så langt har vi vist at det er store skilnader mellom poliklinikkane og delvis også internt i éin og same klinikk når det gjeld korleis dei praktiserer prioriteringsforskrifta. Når ein ser på resultatet av dei vurderingane som blir gjorde av enkelt-pasientar, får ein inntrykk av at det er store skilnader på korleis klinisk skjønn blir utøvd. Det gjeld mellom poliklinikkane, men også internt i éin og same poliklinikk. Vi har valt ut nokre tilvisingar for å illustrere dette. I tekstboksane nedanfor er det vist tilvisingar som representerer ytterpunkt med tanke på resultatet av vurderinga av rett til nødvendig helsehjelp. Det er valt eksempel frå dei tre største diagnosegruppene "psykiske symptom/plager", "angstlidning" og "depressiv lidning". For å kunne samanlikne mest mogleg, også mellom diagnosegruppene, er alle eksempla valde frå same poliklinikk. Alle personalia som er funne om pasienten, er plasserte øvst i tekstboksen i forkorta form. Sjukdomsutgreiinga er referert ordrett, og som for dei tidlegare eksempla er kommentaren frå den eksterne fagkonsulenten referert i kursiv.

I alle desse eksempla er lågaste frist 5–7 dagar, og lengste frist er 182 dagar for alle diagnosane. Eitt fellestrekk ved eksempla er at alle som har fått ein kort frist, ikkje er vurderte til å ha rett til nødvendig helsehjelp, mens alle som har fått ein slik rett, har fått ein frist på 182 dagar.

Psykiske symptom/plager som ikkje er klassifiserte nokon annan stad (IKA)

Tekstboks 4.5 Pasienten gitt rett til anna helsehjelp med frist 7 dagar

Middelaldrande enkjemann, bur åleine, i arbeid. Ektefelle sjølvmod for ei tid sidan. Tilsett ved sjukehuset som prioriterer.

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Han har det tidvis litt vanskelig, blir litt fjern og sliter med dårlig samvittighet og skyldfølelse. Føler seg vel ikke egentlig deprimert. Kanskje er det mer sorg enn han kan forstå. Han har fått ny kjæreste, og det forsterker nok hans følelse av dårlig samvittighet. Han føler behov for oppfølging og henvises herved til psykiatrisk poliklinikk slik han ønsker.

Fagkonsulentens si vurdering:

Velkjent gruppe med psykiske problemer etter dramatiske livshendelser, uten egentlig psykisk lidelse. Slik sett er fastlegens symptomdiagnosekode "Psykiske symptomer/plager ikke klassifisert annetsteds" velvalgt. Disse henvises iblant til poliklinikkene.

At denne pasienten ikke har fått rett til nødvendig helsehjelp, virker rimelig, men han er kanskje kjent for poliklinikken som kollega ved sykehuset, og man gir ham derfor likevel raskt en time. Slike situasjoner er også kjente, om enn ikke særlig hyppige.

Fristen er kort, mest for å få dette gjort (unna).

Henviser bruker en egen "kode" i avslutningen: "... og henvises slik han ønsker". Dette er et signal om at han ikke finner sterke grunner til henvisning, og lar det være opp til poliklinikken å avslå uten at han vil protestere. Slike koder fra fastleger er imidlertid ikke kjent for uerfarne ansatte, og blir ofte tydeliggjort dersom man tar direkte kontakt om saken.

Hva ville jeg gjort? Familiekontor kunne være et alternativ, eventuelt en privat terapeut om slike finnes i området, men da ville vel pasienten ønsket det heller enn poliklinikken på eget sykehus.

Tekstboks 4.6 Vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp med frist 182 dagar

Mann 42 år, sambuar, ingen barn, sjukelønn. Omskolert for 7 år sidan pga. at han var utbrend.

Hatt stort arbeidspress, løysemiddelskadd, leddvanskar, økonomiske problem.

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Forteller at det hele har tatt såpass på ham at han har mistet litt kontrollen over seg selv. Sier det er ting han ikke husker fra siste periode engang. En del angst og uro og til tider følt seg deprimert. Ønsker hjelp av psykolog.

Fagkonsulentens si vurdering:

Tilstanden har en hjerneorganisk komponent, og pasienten er ute av arbeid. En nevropsykologisk undersøkelse kan være begrunnet etter flere års sykdom. Rådgivning for å mestre livet med hjerneskadene og følgesymptomer som nedsatt hukommelse og mulig kontrollsvikt er en spesialistoppgave og bør nettopp gi rett til nødvendig helsehjelp.

Fristen er lang, trolig fordi tilstanden oppfattes som stabil. Man kan være uenig i bedømmelsen av livskvaliteten, som her virker lite vektlagt, jf. Helsedirektoratets nye veiledere i prioritering.

Hva ville jeg gjort? Noe av det samme.

Angstliding

Tekstboks 4.7 Vurdert å ha rett til anna helsehjelp med frist 6 dagar

Mann 49 år p.t. 40 % sjukmeld pga. ribbeinsskade.

Problem i forhold til arbeidsgivar og trygdekontor. Fått avslag på tilvising send 2 md. tidlegare.

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Blitt verre i romjula, også pga. mindre behandlinger (fysioterapi) da. Er fortsatt sykemeldt og vil nok være det i alle fall noen måneder. Han har kommet i en situasjon både i forhold til arbeidsgiver og trygdekontor som medfører at han ville hatt nytte av noen samtaler med psykolog/psykiater. Bruker ingen psykofarmaka.

Fagkonsulentens si vurdering:

Det bes forsiktig om noen samtaler pga. antydning av konflikt omkring hans arbeidsevne. Ingen alvorlig tilstand beskrives, heller ingen symptomer på angst, som diagnosekoden beskriver, og pasienten får heller ikke rett til nødvendig helsehjelp. Når man velger å ta ham inn, kan det være en strategi ved ny henvisning etter avslag i første omgang. Strategien lyder: "Det enkleste for oss er å ta ham raskt inn, så slipper vi klager." Dette betinger likevel at kapasiteten er god, noe som er tilfellet flere steder i landet, kanskje særlig utenfor de store byene.

Fristen er merkelig kort. Kan henge sammen med at den nevnte forverringen (av ribbeinsskadene!) er nyoppstått, slik jeg leser henvisningen, og at man vil gjøre seg fort ferdig med en pasient man egentlig ikke prioriterer.

Hva ville jeg gjort? Neppe tatt inn i psykiatrisk poliklinikk.

Tekstboks 4.8 Vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp med frist 182 dagar

Mann 38 år, på attføring, skild, bur åleine.

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Sliter mye med depressive følelser, angst og sosial fobi. Har hatt problemet lenge, vært til konsultasjoner tidligere. Han sier at psykisk har han blitt verre igjen. Snakker litt om depresjon og angst. Han er veldig informert og viser bestemt ønske om å snakke med spesialist. Han var til 10 samtaler.

Fagkonsulentens si vurdering:

Langvarig tilstand tidligere behandlet med en serie konsultasjoner i poliklinikken, som kan ligge bak ønsket om å komme tilbake til spesialist. Fastlegen oppleves eller opplever seg selv som ikke kompetent nok, og videreformidler pasientens ønske. Ut fra det uklare skillet mellom første- og andrelinjen, kan dette godt være en sak spesialisthelsetjenesten må ta seg av, jf. forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven. Avhenger av hvordan poliklinikken bedømmer utbyttet av tidligere behandling.

En frist på et halvt år er imidlertid svært lang tid. Vanligvis brukes den bare for utredning av uklare men langvarige og stabile tilstander, f.eks. ADHD. Tidligere erfaringer med pasienten spiller inn ved fristfastsettelsen.

Hva ville jeg gjort? Enten tatt inn i poliklinikken med 2–3 mnd frist, eller henvist til psykiatrisk sykepleier i kommunen, eventuelt et "treffsted" med noen å snakke med, særlig hvis ventetida blir et halvt år.

Depressiv lidning

Tekstboks 4.9 Vurdert å ha rett til anna helsehjelp med frist 5 dagar

Kvinne 19 år, student.

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Kjenner konsentrasjonsvansker, tiltaksløshet, og mer gjennomgående trist og nedfor. Gleder seg ikke over ting som før. Redusert matlyst. Virker trist og mimikkfattig, lyser opp av og til når vi kommer inn på det hun ønsker å gjøre. Vurdering: Moderat depresjon med flyktige tanker om selvmord. Oppgående jente med mange ressurser, virker å være fra en ressurssterk familie, og trenger råd og samtaler med psykolog. Henvises derfor, ber om snarlig vurdering. Hun har tilbud om kontakt hit ved økende selvmordstanker.

Fagkonsulentens si vurdering:

En depresjon med den beskrevne mulige farlighet skal klart gi rett til nødvendig helsehjelp fra spesialist. Diagnosen moderat depresjon er den vanligste tilstand i norske poliklinikker. De beskrevne ressurser kan gi grunn til håp om et godt resultat av rask behandling. Eneste forklaring på at hun ikke gis rett til nødvendig helsehjelp måtte være at tilstanden oppfattes som tiltrengende halvt øyeblikkelig hjelp, slik at man avstår fra rettighetsvurdering, men dette skal ikke være tilfellet.

Fristen er enda noe kortere enn de 1–2 uker som anbefales. Man vil i alle fall tilby en konsultasjon noe tid før fristen utløper. Viser vel hvor lite konsekvent frister settes – kanskje er det gjort ut fra reell kapasitet i poliklinikken.

Hva ville jeg gjort? Gitt rett, med 2–4 ukers frist. Hun følges jo tett opp av fastlegen. Bedt ham vurdere å starte med antidepressiva med det samme, dersom hun ikke motsetter seg det.

Tekstboks 4.10 Vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp med frist 182 dagar

Kvinne 42 år, p.t. på yrkesretta attføring, gift med to barn 19 og 20 år. Operert for prolaps, utgreidd hos ortoped og fys. medisinar på x sjukehus. Tilvist derfrå til rehabiliteringsinstitusjon der dei meinte det kunne vere psykiske plager som låg bak. Tilvist og hatt nokre samtalar.

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

Det foreligger ikke noen epikrise fra disse samtalenene, men hun sier det kom lite ut av det. Sier at det nok var hennes tilbakeholdenhet i samtalenene som var en viktig årsak til det.

Fagkonsulentens si vurdering:

Uklart hvor mye "bakenforliggende psykiske plager" denne kvinnen har. Ingen symptomer beskrives! Hun har dessuten vært til samtaler hos spesialist uten særlig resultat. På dette grunnlaget skal det ikke være mulig å innvilge rett til nødvendig helsehjelp, rett og slett.

Kanskje er det opplysningen om at det ikke ble laget epikrise, som gjør at man gir henne en mulighet i poliklinikken? Eller det at hun selv påtar seg ansvaret for det lave utbyttet av samtalenene? Men det sies heller ikke at hun nå er blitt mer aktiv.

Fristen er lang – det er lettere å se hvor urimelig lenge et halvt år er når man ikke selv står med ansvaret for avviklingen av henvisningene.

Hva ville jeg gjort? Avslått.

Eksempel henta frå tilvisingar som har fått avslag

For å samanlikne med avslaga har vi trekt ut ein tilfeldig poliklinikk og gått gjennom tilvisingane for dei pasientane som har fått avslag. Eit utval er presentert i tekstboksane på neste side. Denne poliklinikken er den som har høgast avslagsprosent av alle i utvalet (klinikk 5).

Den eksterne fagkonsulenten har vurdert alle desse avslaga og meiner at alle tilfella klart er rettspasientar som burde vorte tekne inn innanfor ein frist på to til seks veker.

Tekstboks 4.11 Avslag 1

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

X var sammen med en voldelig mann fra 2001 til 2004, ble voldelig etter 1 md. tid. Han har sittet inne for flere voldelige forhold, sitter inne nå for trusler mot hennes kjæreste, og angrep på henne selv. Han har også slått til kjærestens venn. X har voldsalarm. Han gikk til angrep på henne samtidig med angrepet på kjæresten, hun fikk kløyvet leppe. Mye mishandling i forholdet, hun ble manipulert hele tiden. Nå hadde det vært rolig i halvannet år, når hun begynte å slappe av så slo han til igjen. Siste 3 uker har hun hatt dårlig søvn, økende hodepine, smerter nedre LS columna. Økt skvettenhet, ser seg alltid over skulderen. Hun har slitt med psykiske men etter det 4 år lange voldelige samlivet, og føler at han fremdeles har makt over henne. Siden angrepet på henne har hun ikke klart å jobbe, og hun er i absolutt behov av hurtig intervensjonsterapi. Anmoder om at pasienten blir tatt imot snarest.

Fagkonsulentens si vurdering:

Klar rettighetspasient. Trenger intensiv spesialisert behandling, som selv de færreste i spesialisthelsetjenesten behersker. Må ikke overlates til fastlegen alene, men gis behandling samme hvor den er å finne – det er poenget med at pasientens rett er det sentrale, ikke poliklinikkenes kompetanse eller manglende sådanne. Frist 4 uker.

Tekstboks 4.12 Avslag 2

Legen si sjukdomsutgreiing i tilvisinga:

9/11: Pas har en meget uttalt paranoid tendens, og tidligere gått til x psyk.pol. Har hatt psyk. probl mange år, hadde en langv. depr.periode for 2 år siden. Brukte da Cipramil og Zyprexa lenge, var veldig apatisk, ikke brukt siden da. Har konstant angst og paranoide tanker, fantasier om at andre skal ta han, kidnappe/skade han, mure han ned i gulvet. Hvis han ser en parkert bil utenfor jobbstedet, får han med en gang påtrengende tanker om at noen er ute etter han. Jobber som x, og skifter arbeidssted stadig. Paranoiaen hemmer han mye i hverdagen, er ofte for dårlig til å være på jobb, klarer ikke å møte opp / fullføre jobber. Sykmeldes nå. Har brukt ecstasy i ungdom. Fikk psykoser da. Intet nåværende misbruk. Har svært mye tvangshandlinger, går mest på egen sikkerhet. Starter Abilify 10 mg.

29/11: Pas har brukt 15 mg Abilify, og har effekt, dvs. noe mindre paranoid, men forts. noen kraftige anfall. Sover gen. svært dårlig, tar nå tbl. om kvelden, bedre enn morgen, veldig trett om dagen. Kan skifte jobb etter jul.

Rp: Valium, Tab, 5 mg, No: 25ENPAC, ikke fare for misbruk, mest for "å ha i lomma"

Rp: Abilify, Tab, 15 mg, No: 56x1ENDOS, 1x1, Reit: 3, 18 TRUXAL Tab, 5mg, No: 100 Reit: 2, 18.

SM for Paranoid psykose vedvarende P72, 100 % 29/11-2006 – 17/12-2006

Henvises til behandling.

Fagkonsulentens si vurdering:

Kjent tilstand fra før. Trenger samarbeid, gjerne i form av individuell plan. Medikamenter bør prøves mer, men har ofte ikke tilstrekkelig effekt alene på F22 Paranoid psykose, som dette kan være. Inntak i psykiosepoliklinikk/dagrehabilitering ofte nyttig og nødvendig. Klar rettighetspasient. Frist 2–4 uker.

Tekstboks 4.13 Avslag 3

I det siste eksemplet er tilvisinga så omfattande at vi nøyer oss med å gjengi fagkonsulentens kommentar.

Fagkonsulentens si vurdering:

Kvinne – komplisert bakgrunn, nå angst og depresjon. Familieproblemer kan av og til bli utdefinert fra psykiatrien. Hennes versjon nedtoner eget ansvar både for barn og hunder, og henviser tar ikke klart stilling til historien. Men bestillingen om samtalestøtte virker rimelig. Grundig henvisning som det også ligger mye arbeid og behandlingforsøk bak. Rettighetspasient. Frist 4–6 uker.

4.2.5 Får pasient og tilvisande lege den informasjonen som dei har krav på?

Alle verksemdene bortsett frå éi har utarbeidd eit standardbrev som skal sendast til rettspasientane. Informasjonen kan verke litt uklår, ettersom dei fleste først informerer om at behandlinga ventelig blir gitt i løpet av ein bestemt månad eller innan ein gitt dato. Deretter blir resultatet av den konkrete vurderinga presentert, og at regelverket pålegg dei å gi pasienten hjelpa seinast innan ein gitt dato. Alle verksemdene bortsett frå to gir tilvisande lege informasjon om resultatet av tilvisinga.

Seks poliklinikkar gir pasientar med rett til anna helsehjelp opplysningar om når dei kan vente å få eit tilbod. Tabell 4.10 viser at det er 86 av pasientane i journalgjennomgangen som er plasserte i denne gruppa (RH), og som har fått sett ein dato for når ein ventar at behandlinga skal skje. Det utgjør 63 prosent av det totale talet på pasientar (137) i denne gruppa. Den resterande delen får berre informasjon om at dei ikkje har rett til nødvendig helsehjelp, og at dei er sette på venteliste. Nokre poliklinikkar informerer om at dei bør kontakte private spesialistar eller gi tilbakemelding dersom dei ønskjer å stå på venteliste. Dei fleste av desse sender også med ei liste over slike spesialistar i nærområdet.

Éi verksemd informerer pasient og tilvisande lege berre om retten til fritt sjukehusval. Dei andre 14 har utarbeidd ein eigen brosjyre med informasjon til pasienten. Nokre av desse gir all informasjon i

brosjyren, mens andre oppfyller krava i regelverket ved ein kombinasjon av svarbrevet til pasienten og brosjyren. Alle informerer om høvet til å klage og konsekvensane av fristbrot. På alle andre punkt er det éin eller fleire som gir mangelfull informasjon. Éin gir ikkje informasjon om retten til fornya vurdering, for tre gjeld det opplysningar om klageinstansar og klagefristar, og ni gir ikkje tilstrekkeleg informasjon om form på og innhald i klagen.

4.3 Vurderingar

4.3.1 Pasientane blir forskjellsbehandla alt i førstelinja, og avslaga blir usynleggjorde

Undersøkinga blant legane viser at dei tilviser svært ulike prosentdelar av pasientane sine til spesialisthelsetenesta. Samtidig er det god grunn til å tru at sjukelegheita i befolkninga ikkje er vesentleg forskjellig i dei fleste områda av landet. Legane lét også det faglege skjønnet sitt bli påverka av forhold i andrelinja, særleg av kapasitet og ventetid. Over halvparten av legane seier at desse forholda påverkar tilvisingspraksisen deira i stor eller svært stor grad, mens 43 prosent seier det same om kompetansen i spesialisthelsetenesta. Undersøkinga har òg vist at ein tredel av legane i stor eller svært stor grad har endra sin tilvisingspraksis i perioden etter sjukehusreforma. Pasientgrunnlaget til poliklinikkane er ganske likt, målt ut frå diagnose, frå eitt område til eit anna. Fem poliklinikkar skil seg likevel ut frå dette mønsteret. Alt dette viser at legane sin terskel for å tilvise pasientar verken er lik eller ligg fast, og at han ikkje berre byggjer på eit klinisk skjønn.

Oppsummert betyr dette at det alt i førstelinja blir gjort prioriteringar som hindrar pasientane i å få ein likeverdig tilgang til spesialisthelsetenesta. Det er også langt fleire som ikkje blir tilviste vidare frå førstelinja enn talet på pasientar som får avslag i andrelinja. Dei prioriteringane som blir gjorde av legane i primærhelsetenesta, har derfor innverknad for ein større del av pasientane enn dei prioriteringane som andrelinja skal gjere med utgangspunkt i prioriteringsforskrifta.

4.3.2 Grunnlaget for prioriteringane er for dårleg

Tilvisinga er det viktigaste, og i dei fleste tilfella det einaste avgjerdsunderlaget for å vurdere pasienten sin rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Journalgjennomgangen viser at mange tilvisingar inneheld for lite informasjon om tilstan-

den til pasienten. Det styrkjer heller ikkje kommunikasjonen at dei som tilviser, bruker eitt kodeverk for sine diagnoser, mens spesialisthelsetenesta bruker eit heilt anna. Det er likevel sjeldan at spesialisthelsetenesta spør etter tilleggsinformasjon til tilvisinga, og nesten ingen pasientar blir innkalla til vurderingssamtale før rettsstatusen deira blir avgjord. Som ein illustrasjon har vi trekt ut ein tilfeldig klinikk og valt ut fire tilvisingar som alle er svært knappe i ordlyden, men desse er langt frå dei einaste. Alle desse pasientane fekk rett til nødvendig helsehjelp, og med forholdsvis korte fristar. Vurderinga til fagkonsulenten er at berre éin av desse fire kvalifiserer til denne retten. Det illustrerer at dårleg kvalitet på tilvisingane ikkje resulterer i at pasientane blir innkalla til vurderingssamtalar, eller at tilvisarar blir bedd om tilleggsinformasjon, men at prioriteringa blir gjord på sviktande grunnlag. Resultatet kan fort bli slik som eksempla i tekstboksane 4.1 til 4.13 viser, at dei som burde fått rett til helsehjelp, blir avviste, mens pasientar som ikkje burde sloppe til i spesialisthelsetenesta, får status som rettspasientar.

Berre litt over halvparten av helseføretaka bruker retningslinjer i prioriteringsarbeidet sitt. Desse retningslinjene er heller ikkje like. Ut frå dei opplysningane som er henta inn, er det fire forskjellige rettleiingar som er i bruk. Helsedirektoratet har i samarbeid med føretaka utarbeidd ei ny rettleiing som tek utgangspunkt i nokre diagnosegrupper som er meinte å dekkje 75–80 prosent av tilvisingane.

4.3.3 Prioriteringane i poliklinikkane er ulike og delvis prega av andre forhold enn dei reint faglege

Legane har opplyst at det er typar av lidingar som poliklinikken nesten alltid avslår å utgreie og behandle. Blant desse finn vi også dobbeltdiagnoser (rus og samtidig alvorleg psykisk liding), alvorlege lidingar og kronikarar. Under halvparten av legane meiner at ein innanfor same poliklinikk følgjer ei konsekvent linje når det gjeld kva slags pasientar som får avslag, og litt over ein tredel har same standpunkt når det gjeld praksisen frå ein poliklinikk til ein annan.

Avslagsprosenten i dei 15 poliklinikkane som er undersøkte, varierer frå 3 til 79 prosent. Journalgjennomgangen har vist at prosentdelen av tunge diagnoser er like høg blant dei som får avslag, som blant dei pasientane som får eit tilbod. Inntrykket av at vurderingane er vilkårlige blir forsterka av at fagkonsulenten har vurdert tilvisin-

gane for tre tilfeldig utvalde pasientar som har fått avslag, og vurdert alle til å vere klare rettspasientar. Alt dette viser at det i denne gruppa finst både pasientar med rett til nødvendig helsehjelp og andre pasientar som burde fått eit tilbod, men at både ein og same klinikk og forskjellige klinikkar gjer prioriteringar som er lite konsistente.

I realiteten er det berre 6 av dei 15 poliklinikkane som gir eit tilbod til andre pasientar enn dei med rett til nødvendig helsehjelp. Det er tre vidt forskjellige årsaker til det. Nokre klinikkar har så god kapasitet at dei gir eit tilbod til alle som blir tilviste, andre har så dårleg kapasitet at dei konsekvent avslår andre enn rettspasientar, og nokre er ikkje klar over at også andre enn rettspasientar skal få eit tilbod. Felles for alle årsakene er at dei er i strid med regelverket. Det førstnemnde forholdet undergrev også innhaldet i retten til fritt sjukehusval, ved at uprioriterte (RH) får rett til nødvendig helsehjelp, og dermed blir den kapasiteten som i første rekkje skulle vore tilgjengeleg for rettspasientane, redusert. Det er uroande at fire poliklinikkar kjenner regelverket så dårleg at dei ikkje veit at det finst ei gruppe pasientar utanom rettspasientane og dei som ikkje har eit rettkome behov for tenester frå spesialisthelsetenesta. Fagkonsulenten har vurdert tilvisinga for tre pasientar i denne gruppa i ein tilfeldig vald klinikk. Hans konklusjon er at éin pasient burde fått rett til nødvendig helsehjelp, og dei to andre burde fått avslag. Også denne gruppa pasientar underbyggjer inntrykket av at det blir utøvd forskjellig skjønn i prioriteringane, og at prioriteringane er prega av andre omsyn enn berre tilstanden til pasienten.

Undersøkinga viser at prosentdelen av rettspasientar varierer mellom 11 og 92 prosent i dei 15 poliklinikkane. Viss ein går ut frå at det er omtrent lik sjukelegheit i dei ulike områda av landet, er dette i seg sjølv nok til å slå fast at prioriteringane ikkje kan vere like. Fastsetjinga av fristar gir det same inntrykket, og synest meir prega av kapasitetsomsyn enn av omsynet til pasientane. Dette blir underbygd av at dei klinikkkane som har høgast avslagsprosent, også opererer med dei lengste fristane, og at fristane er så forskjellige mellom poliklinikkane. Ein poliklinikk har også langt kortare fristar for dei uprioriterte (RH) enn for rettspasientane. Mangelen på samanheng viser seg dessutan ved at den delen av pasientar som ikkje har fått diagnostisert ei lidning, men berre har eit symptom, er like godt representert blant rettspasientane som dei med diagnosar som indikerer ei alvorleg psykisk

lidning. Fagkonsulenten har vurdert tre tilvisingar også for denne gruppa pasientar. Han er einig i eitt av tilfella, finn eitt tvilsamt og ville avslått i eitt tilfelle. I alle tilfella finn han fristen urimeleg lang når pasienten først får eit tilbod.

Undersøkinga viser at utfallet av fastsetjinga av pasienten sin rettsstatus og frist for å få ein eventuell rett innfridd ser ut til å vere forskjellig både i éin og same klinikk og mellom forskjellige klinikkar. Både rettsstatus og frist synest prega av kapasitetsomsyn, stikk i strid med regelverket.

4.3.4 Pasient og tilvisar får ikkje den informasjonen som dei etter regelverket har krav på

Undersøkinga viser at spesialisthelsetenesta ikkje informerer pasientane så godt om rettane deira som regelverket krev. Pasientane manglar derfor informasjon som er vesentleg for å kunne handheve rettane sine. Éin klinikk lét heilt vere å gi pasientane den informasjonen som dei har krav på. Journalgjennomgangen viser at til saman 14 prosent av pasientane ikkje får noka form for skriftleg informasjon om utfallet av spesialisthelsetenesta si vurdering av rettane deira. Berre seks klinikkar informerer uprioriterte pasientar (RH) om når dei kan vente å få eit tilbod. Éin klinikk (nr. 7) skriv i ein del av avslagsbreva at klinikken ikkje er i stand til å tilby behandling no, og ber pasienten ta kontakt med legen for å få sendt søknaden til ein annan behandlingsstad. Sjølv om dei fleste pasientane får informasjon, er det mange manglar i forhold til regelverket, særleg når det gjeld høvet til å klage. To klinikkar informerer ikkje tilvisande lege om resultatet av tilvisinga. Mange pasientar manglar derfor tilstrekkeleg informasjon til å sikre rettane sine, og pasienten sin lege får ikkje nødvendig informasjon for å kunne følgje opp pasienten.

5 Helse- og omsorgsdepartementet og dei regionale helseføretaka si styring av psykisk helsevern for vaksne

5.1 Revisjonskriterium

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordna ansvaret for mellom anna spesialisthelsetenesta, inkludert psykisk helsevern for vaksne. Dette ansvaret er mellom anna konkretisert gjennom § 6 i reglement for økonomistyring i staten. Føresegna gjeld departementet si plikt til å setje i verk nødvendige tiltak for å gjennomføre stortingsvedtaka.

Som følgje av at staten vart eigar av dei regionale helseføretaka, slår spesialisthelsetenestelova § 2-1 fast at staten har det overordna ansvaret for at befolkninga har tilgang til nødvendig spesialisthelseteneste, mellom anna eit behandlingstilbod innanfor psykisk helsevern for vaksne. Eigarstyringa er regulert i helseføretakslova⁴⁹ § 16 første ledd og § 10 i økonomireglementet. Sistnemnde føresegn fastset krav til korleis ein skal ta hand om eigarrolla. Mellom anna skal styring, oppfølging og kontroll, og tilhøyrande retningslinjer tilpassast staten sin eigardel, og eigenarten, risikoen og særdraga til selskapet. Det skal òg leggjast særleg vekt på at ein oppnår fastsette mål for verksemda. Den siste eigarskapsmeldinga⁵⁰ presiserer at statleg eigarskap av regionale helseføretak og føretaksorganisering av spesialisthelsetenesta gir rom for heilskapleg styring og god ressursutnytting.

Spesialisthelsetenesta er i all hovudsak finansiert ved tilskot frå staten. Helseføretakslova § 16 andre ledd gir departementet høve til å setje vilkår for løyvingar til dei regionale helseføretaka. Økonomireglementet stiller krav til forvaltninga av tilskota i §§ 8 og 15. Kvar tilskotsordning skal beskrive mål, kriterium for måloppnåing og tildelingskriterium, og fastsetje føresegner om oppfølging og kontroll. Desse reglane er utdjupa i kapittel 6 "Forvaltning av tilskuddsordningar" i føresegner om økonomistyring i staten.

Til saman dannar desse føresegnene det viktigaste grunnlaget for mål- og resultatstyringa. For at departementet skal kunne følgje opp det overordna ansvaret det har for spesialisthelsetenesta,

er det ein føresetnad med jamlege tilbakemeldingar om mellom anna utviklinga av tenestene, og kva slags resultat som er oppnådde, sett i forhold til dei nasjonale måla. Det er behov for styringsinformasjon, for eksempel ved regelmessige rapporteringar, evalueringar og statistikk, både for å vurdere samanhengen mellom ressursinnsats og resultat, verkemiddelbruken, og i kva grad føretaka har teke hand om oppgåvene sine. Dette føreset god oversikt over behovet for tenester på den eine sida, og på den andre sida tilbodet om tenester, og at styringsinformasjonen blir brukt aktivt i oppfølging og i verkemiddelbruk.

Dei regionale helseføretaka skal setje i verk dei tiltaka som er nødvendige for å oppfylle dei krava som departementet har stilt som eigar og tilskotsforvaltar. Då er ein avhengig av at desse krava blir kommuniserte frå dei regionale helseføretaka til dei underliggjande helseføretaka, og frå dei vidare ut til dei operative einingane som det vedkjem. Men for at mål- og resultatstyringa skal fungere, er det like viktig at det blir gitt tilbakemeldingar oppover i styringskjeda om dei resultatane som blir oppnådde. Dette føreset at det er fastlagt korleis resultat skal målast, at desse måleiningane er relevante, og at data som blir rapporterte, er av tilfredsstillande kvalitet.

For å leggje til rette for at styringa blir utøvd på ein tilfredsstillande måte, er det nedfelt reglar i dei føresegnene i økonomiregelverket som er nemnde ovanfor, om tilbakerapportering av oppnådde resultat osv. I tillegg skal dei regionale helseføretaka gi ei årleg melding til departementet om verksemda, mellom anna skal det gjerast greie for gjennomføringa av dei krava som departementet har stilt til verksemda, jf. helseføretakslova § 34.

For at styringsverktøya skal fungere, er det nødvendig at dei regionale helseføretaka og dei underliggjande verksemdene deira har forsvarlege rutinar for innhenting, gjennomarbeiding og rapportering av data, slik at styringsinformasjonen til departementet er påliteleg. Føretaka må derfor sørgje for å følgje reglane i forskrifta om internkontroll.⁵¹

49) Lov av 15. juni 2001 nr. 93: lov om helseføretak m.m.

50) St.meld. nr. 13 (2006–2007): *Et aktivt og langsiktig eierskap*, jf. punkt 7.5.5.

51) FOR 2002–12–20 nr. 1731: forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

I budsjettproposisjonen for 2006 uttalar departementet at datagrunnlaget for spesialisthelsetenesta skal sikrast ved at ein utviklar dagens rapporterings- og dokumentasjonssystem. Dette blir gjenteke i budsjettproposisjonen for 2007, der det også blir uttala at det er behov for forsterka innsats for å sikre komplett og kvalitetssikra rapportering frå spesialisthelsetenesta. I budsjettproposisjonen for 2008 slår departementet fast at data som blir rapporterte til pasientregisteret for det psykiske helsevernet, har klare kvalitetsbrestar.

5.2 Korleis blir styringa av psykisk helsevern for voksne teken hand om?

5.2.1 Kva for styringssignal gir departementet til dei regionale helseføretaka?

Ei vurdering av styringsdialogen må skje på bakgrunn av både oppdragsdokumentet frå departementet og årleg melding frå RHF-a. Det er derfor nødvendig å gå tilbake i tid for å ha komplette sett av opplysningar om styringsdialogen. Oppdragsdokumentet for 2006 som er datert 9. januar 2006, og dei tilbakemeldingane som kom våren 2007, er derfor nytta til å undersøkje styringsdialogen. Dokumenta vart behandla i føretaksmøte høvesvis i slutten av januar 2006 og slutten av mai 2007. Føretaksmøta i januar 2006 fatta òg vedtak om ein del krav i tillegg til dei som var fastsette i oppdragsdokumenta.

Vi har valt ut 23 styringskrav, jf. krav nr. 1–23 i vedlegg 2, frå departementet sitt oppdragsdokument for 2006, og eitt av dei krava som vart vedteke av føretaksmøta i januar 2006 (krav nr. 24). For desse 24 krava har vi undersøkt om RHF-a har formidla krava vidare til HF-a, om føretaka har rapportert om desse krava, om dei har nådd dei fastsette måla, og korleis oppfølginga har vore for krav der rapportering og/eller måloppnåing ikkje er tilfredsstillande. Krava gjeld anten psykisk helsevern for vaksne spesielt (13 krav), eller dei gjeld for spesialisthelsetenesta som heilskap, og rettar seg mot områda for denne undersøkinga (11 krav). Ei oversikt over krava er vist i vedlegg 2.

5.2.2 Vidareformidlar dei regionale helseføretaka styringskrava frå departementet til helseføretaka sine?

Vi har gått gjennom oppdragsdokumenta til fem store helseføretak, eitt frå kvar region. Når det gjeld det oppdraget RHF-a sjølv har motteke, er det to av dei 24 krava som manglar i oppdrags-

dokumenta til alle dei fem helseføretaka. RHF-a har lagt til grunn at desse to krava berre gjeld dei sjølv, eller er av så overordna karakter at dei må løysast av RHF-a i fellesskap (krava 18 og 20 i vedlegg 2). HF-a er dermed kontrollerte opp mot 13 krav som gjeld psykisk helsevern for vaksne spesielt, og ni krav som også gjeld for andre delar av spesialisthelsetenesta (dvs. 22 krav til saman).

Regionane nord og vest har ikkje nytta føretaksmøtet i helseføretaket til å formidle krava som vart stilte i føretaksmøta til RHF-a, men har teke krava inn i oppdragsdokumenta til sine helseføretak. Dette inneber at det ikkje er skilt mellom eigar- og bestillarrolla.

Ingen av RHF-a har teke inn ytterlegare krav i oppdragsdokumenta sine til HF-a, men alle har operasjonalisert nokre av krava frå departementet. Region nord har operasjonalisert mange av krava, og det same gjeld for regionane Midt-Noreg og vest, men i noko mindre grad. Region sør har vidareført krava i tilnærma same form som i eige oppdragsdokument, med nokre få operasjonaliseringar. Region aust gir oppdraget i form av ein driftsavtale med helseføretaka.

5.2.3 Er tilbakerapporteringa frå helseføretaka tilfredsstillande?

Vi har gått gjennom dei årlege meldingane frå dei fem helseføretaka og oppsummert resultatane.

Rapporteringa er klassifisert i følgjande tre grupper:

- a tilfredsstillande rapportering
- b mangelfull rapportering
- c manglande rapportering

For å kvalifisere til gruppe a må det gå fram av rapporteringa i kva retning utviklinga har gått i 2006, og kva som er status ved utgangen av året når det gjeld kravet. Rapporteringa er klassifisert som manglande berre når det i årleg melding ikkje er referert verken til kravet eller til kva som eventuelt har vorte gjort for å oppfylle det.

Når det gjeld rapporteringsgruppene a og b, har vi òg klassifisert måloppnåinga i tre kategoriar:

- Målet synest å vere nådd.
- Det synest uklart om målet er nådd.
- Det synest som om målet ikkje er nådd.

Resultata er presenterte i tabell 5.1. Vertikalt viser han korleis rapporteringa har vore, og horisontalt viser han måloppnåinga for føretaket i

kvar region og totalt. Det er vist delsummer både for psykiatrikrava og for dei meir generelle krava. Som tidlegare nemnt er det 22 krav som utgjer grunnlaget for tabellen. Summen for alle dei fem føretaka blir 110 rapporteringspunkt.

Rapportering

Lengst til høgre i tabell 5.1 er det gjort ei oppsummering av resultatane for alle helseregionane. Tabellen viser at det er ei overvekt av manglande rapportering (kategori c). Samla sett manglar det rapportering frå helseføretaka for 56 av dei 110 rapporteringspunktane, dvs. for litt over halvparten. I tillegg er rapporteringa frå HF-a mangelfull for 49 rapporteringar. Det betyr at det er fem tilfredsstillande rapporteringar, det utgjer i gjennomsnitt eitt krav per helseføretak.

Det er enkelte markante skilnader mellom dei krava som berre gjeld psykiatri, og dei andre krava. Psykiatrikrava har ein langt større prosentdel mangelfull rapportering, og tilsvarande lågare del av manglande rapportering. Det blir altså i langt større grad rapportert for dei krava som gjeld psykisk helsevern for vaksne, sjølv om rapporteringa er mangelfull. I denne gruppa er det tre rapporteringar som held tilfredsstillande kvalitet. Det gjeld krava om at DPS-a skal opprette ambulante team, handtere krisetilfelle ut over ordinær arbeidstid og sikrast tilstrekkeleg bemanning med behandlingskompetanse. Rapporteringa er tilfredsstillande i omtrent like stor grad for begge gruppene av krav (ca. 5 prosent).

Tabell 5.1 viser at det er skilnader mellom føretaka. Føretaket i region nord rapporterer tilfreds-

stillande for tre av 22 krav, i regionane aust og vest gjeld det ikkje for eit einaste krav, mens det i dei to andre regionane gjeld for eitt krav. Føretaket i region vest manglar berre rapportering for fem krav, i motsetning til region sør, der det gjeld 15 krav. I dei tre andre regionane gjeld det 12 krav. Resten av rapporteringa er mangelfull. Vest, som rapporterer for flest krav, har også mest mangelfull rapportering. Det gjeld 17 av dei 22 krava. I region sør er forholdet motsett, og her gjeld det seks krav. I dei tre andre regionane som har lik prosentdel av manglande rapportering, varierer talet på krav med mangelfull rapportering frå sju krav (nord) til ti krav (aust).

Føretaka i regionane sør og Midt-Noreg skil seg ut ved å ha tilfredsstillande rapportering for eitt generelt krav kvar, mens det ikkje gjaldt for nokon av psykiatrikrava. Elles er rapporteringa av dårlegare kvalitet for dei generelle krava enn for psykiatrikrava, også innanfor kvar region.

Tre av dei generelle krava er det ingen av føretaka som har rapportert for. Det gjeld kravet om å gjennomføre ein analyse av kapasiteten, avdekkje manglar i datagrunnlaget og medverke til betre informasjon til rettspasientane om fritt sjukehusval. Berre eitt føretak har rapportert for kravet om å setje i verk tiltak som sikrar meir einsarta tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og kravet om å rapportere forventede ventetider kvar måned.

Måloppnåing

Siste kolonne i tabell 5.1 viser at føretaka samla sett rapporterer om ti (7 + 3) tilfelle av måloppnåing (9 prosent). Den dårlege kvaliteten på rappor-

Tabell 5.1 Kvaliteten på rapporteringa og graden av måloppnåing hos fem helseføretak

Helseregion	Aust			Sør			Vest			Midt-Noreg			Nord			Samla for regionane			Tal på rapporteringar
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	
Måloppnåing																			
Psykiatri																			
Nådd		1			1			3			2						7		7
Uklart		6			2			5			4			4			21		21
Ikkje nådd		2			2			3			2		3	1		3	10		13
<i>Tal på rapporteringar</i>		9	4		5	8		11	2		8	5	3	5	5	3	38	24	65/41
Generelle																			
Nådd					1			1		1						2	1		3
Uklart		1			1			4			1			2		9		9	
Ikkje nådd								1								1		1	
<i>Tal på rapporteringar</i>		1	8		1	1	7	6	3	1	1	7		2	7	2	11	32	45/13
Sum		10	12		1	6	15	17	5	1	9	12	3	7	12	5	49	56	110/54

teringa, jf. ovanfor, fører til at det er 30 rapporteringar der det ikkje er mogleg å avgjere om målet er nådd eller ikkje. Tilsvarande er det 14 rapporteringar om at målet ikkje er nådd. Oppsummert betyr det at ein for 54 rapporteringar kan konstatere korleis måloppnåinga er, dvs. omtrent halvparten. Dei resterande 56 rapporteringspunkta er det ikkje mogleg å vurdere fordi det ikkje er gitt noka tilbakemelding.

Tabellen viser at det blir rapportert langt meir i forhold til måloppnåinga for dei krava som berre gjeld for psykisk helsevern for vaksne. Det gjeld 41 av 65 rapporteringar for psykiatrikrava (63 prosent) og 13 av 45 rapporteringar for dei meir generelle krava (29 prosent). Måloppnåinga for psykiatri er òg noko betre.

Tabell 5.1 viser at det også er store skilnader mellom måloppnåinga for dei fem helseføretaka. Måloppnåinga er høgast i region vest, der ho omfattar 4 av 22 krav (tre psykiatri og eitt generelt). I region Midt-Noreg gjeld det tre krav, i region sør to krav, i region aust eitt krav og i region nord ingen krav. Det er mest uklart omkring måloppnåinga for føretaket i region vest (ni krav) og minst i region sør (tre krav).

Når det gjeld psykiatrikrava, skil tala seg ut på to måtar. I region sør er måloppnåinga omtrent lik for dei to kategoriane av krav, og i region aust blir det i langt større grad rapportert om måloppnåinga for psykiatrikrava.

Det er ingen av krava som fell i den kategorien at alle føretaka har nådd målet. Høgast måloppnåing er det når det gjeld kravet om å gi eit heilskapleg tilbod til pasientar med samtidig rusproblem og psykisk lidning. Tre føretak rapporterer at dei har nådd dette målet.

Måloppnåing og rapportering

Det optimale er at målet er nådd, og at tilbakemeldinga er tilfredsstillande. Det er ingen av psykiatrikrava som fell i denne kategorien, mens det gjeld to av dei andre krava. Det underliggjande materialet viser at alle helseføretaka rapporterer for kravet om at det er ein føresetnad at DPS-a handterer krisetilfelle ut over ordinær arbeidstid, men ingen har nådd dette målet. For fire HF kan det konstaterast at dei ikkje har nådd målet, mens det for det femte er uklart om målet er nådd.

Når ein legg saman tala for manglande måloppnåing og manglande rapportering, utgjer det 70 (14 + 56) av dei 110 rapporteringspunkta. Det er

store skilnader mellom dei fem helseføretaka. I region vest gjeld det ni rapporteringspunkt, mens det i region sør gjeld 17.

Helseføretaket i region sør har dårlegast kvalitet på rapporteringa, og helseføretaket i region nord har lågast måloppnåing.

5.2.4 Klarer dei årlege meldingane frå RHF-a likevel å gi svar på styringsbodskapen?

Vi har gått gjennom tilbakemeldingane frå RHF-a i årleg melding for 2006 på tilsvarande måte som for helseføretaka. Skilnaden er at her er alle dei 24 krava tekne med, slik at det samla for alle regionane er 120 rapporteringspunkt. Resultatet er presentert i tabell 5.2 etter same metodikk som for helseføretaka.

Rapportering

Tabell 5.2 viser at det samla sett er ei overvekt av mangelfull rapportering (gruppe b). Det gjeld 63 av 120 rapporteringar, dvs. meir enn halvparten. I tillegg er det 50 tilfelle av manglande rapportering (gruppe c). Det gir som resultat at det er sju tilfredsstillande rapporteringar tilsvarande 1,4 krav per RHF (5,8 prosent). Det er ikkje store skilnader i rapporteringa mellom psykiatrikrava og dei andre krava, men det er fleire rapporteringar av tilfredsstillande kvalitet for dei generelle krava.

Region aust rapporterer tilfredsstillande (gruppe a) for tre av 24 krav, og dei fire andre regionane berre for eitt krav. Det er region Midt-Noreg som i størst grad lét vere å rapportere om krava, og det gjeld for 16 krav. Viss vi ser mangelfull og manglande rapportering under eitt, utgjer det 21 krav i region aust og 23 krav i alle dei andre regionane.

Det er ein del skilnader mellom regionane når det gjeld korleis dei rapporterer for dei to kategoriane krav. Regionane aust og nord har betre kvalitet på rapporteringa av psykiatrikrava enn for dei generelle krava. I dei andre regionane er forholdet motsett, og i region Midt-Noreg blir det rapportert vesentleg betre for dei generelle krava enn for psykiatrikrava.

Fire av fem RHF har late vere å rapportere for to av krava som gjeld særskilt for psykisk helsevern for vaksne, og for fire av dei meir generelle krava:

- ikkje leggje ned døgnplassar i 2006
- medverke til forsøk med tre månaders psykiatriteneste i turnustenesta

Tabell 5.2 Kvaliteten på rapporteringa og graden av måloppnåing hos dei fem RHF-a

Helseregion	Aust			Sør			Vest			Midt-Noreg			Nord			Samla for regionane			Tal på rapporteringar
Rapportering	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	
Måloppnåing																			
Psykiatri																			
Nådd	1	1		2			2								3	1	8		9
Uklart		9		5			3			2			7				26		26
Ikkje nådd	1	1					1			1						1	3		4
<i>Tal på rapporteringar</i>	2	11		7	6		6	7		3	10		10	3	2	37	26		65/39
Generelle																			
Nådd		1		1	1		1	2		1						3	4		7
Uklart		6		3			1			1			2				13		13
Ikkje nådd	1	3		1			1			3			1	1		2	9		11
<i>Tal på rapporteringar</i>	1	10		1	5	5	1	4	6	1	4	6	1	3	7	5	26	24	55/31
Sum	3	21		1	12	11	1	10	13	1	7	16	1	13	10	7	63	50	120/70

- identifisere fagområde/pasientar der avviket er størst i forhold til overordna mål
- saman med andre RHF medverke til harmonisering av tildelingskriteria
- sørgje for at HF-a rapporterer forventta ventetider månadleg
- ta initiativ til å avdekkje manglar i datagrunnlaget for tilbod og etterspurnad

Den mangelfulle rapporteringa er prega av nokre gjennomgåande svakheiter som det blir gitt nokre tilfeldig valde eksempel på nedanfor.

Det er mange eksempel på at det blir rapportert tiltak som vart sette i verk, utan at det blir sagt noko om status: "Helse Øst RHF har i Tiltaksplanen for 2006 lagt til grunn at enkelte poliklinikker innen hvert helseforetak skal ha utvidet åpningstid, samt at alle DPS og poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge skal ha et ambulant tilbud."

Det er òg ei rekkje eksempel på at det ut frå rapporteringa ikkje er mogleg å seie noko om kva som har skjedd i 2006, eller kva som er status ved utgangen av året. Følgjande eksempel er også ganske typisk for rapportering som både er mangelfull, og som etterlèt tvil om målet er nådd: "Styret for Helse Øst RHF har i budsjettet for 2006 lagt til grunn at forbudet mot å legge ned døgnplasser innen psykisk helsevern er opprettholdt."

Måloppnåing

Den dårlege kvaliteten på rapporteringa, jf. ovanfor, fører til at det for 39 (26 + 13) av rapporteringane ikkje er mogleg å konstatere om målet er nådd eller ikkje. Samla rapporterer RHF-a om 16 tilfelle av måloppnåing (13 prosent). Det gir ei gjennomsnittleg måloppnåing på 3,2 krav per RHF. I 15 tilfelle kan ein slå fast at målet ikkje er nådd, og dei resterande 50 rapporteringspunkta er det ikkje mogleg å vurdere, fordi det ikkje har vorte gitt noka tilbakemelding.

Tabellen viser at det ikkje er store skilnader når det gjeld rapporteringar om måloppnåinga for dei to kategoriane av krav. For psykiatrikrava gjeld det 39 av 65 rapporteringar, og for generelle krav er tilsvarande forhold 31 av 55 rapporteringar, dvs. høvesvis 60 og 56,4 prosent. Fordelinga på dei tre kategoriane av måloppnåing viser at for psykiatrikrava er det fleire rapporteringar som er uklare med omsyn til om måla er nådde, og ein tilsvarande lågare del av rapporteringane der det kan konstaterast at måla ikkje er nådde.

Tabell 5.2 viser at det er region vest som har høgast samla måloppnåing (psykiatri og generelle krav). Regionen har nådd målet for 5 av 24 krav. Dei andre regionane fordeler seg slik: region sør fire krav, regionane aust og nord tre krav og region Midt-Noreg eitt krav. Når ein legg til krav der det er uklart om målet er nådd eller ikkje, ligg region aust høgast med 18 av 24 krav, i regionane sør og nord er det 12 krav, i region vest ni krav og i region Midt-Noreg fire krav.

Som nemnt er det mange krav som det ikkje blir rapportert om frå nokon av dei regionale helseføretaka, men det er ingen krav der det kan konstaterast at ingen har nådd målet. Kravet om å rapportere data av god kvalitet kjem dårlegast ut, fire av fem RHF rapporterer at dei ikkje har oppfylt dette kravet, mens forholdet er uklart for det femte RHF-et.

Måloppnåing og rapportering

Det optimale er som nemnt at målet er nådd, og at tilbakemeldinga er tilfredsstillende. Samla sett gjeld det fire (1 + 3) krav av dei i alt 120 rapporteringspunkta. Når det gjeld psykiatrikrava, er eksempelet på slik rapportering frå region aust:

"Kapasiteten i akutt-tjenesten innen voksenpsykiatri ble våren 2006 vurdert i et samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet. Dette for å sikre at tilgjengelighet og kvalitet blir ivaretatt i akutte situasjoner. I den sammenheng ble det bl.a. målt beleggsprosent. De tallmessige oppsummeringene viste imidlertid ingen entydige sammenhenger mellom kapasitet, beleggsprosent, antall innleggelses og gjennomsnittlig liggetid. I henhold til vedtatt regional handlingsplan for psykisk helsevern planlegges i oppfølgingen av gjennomgangen få nye akuttplaner, men det arbeides i stedet med å bedre pasientflyten gjennom å omorganisere akutfunksjonene, etablere interne koordineringsenheter, bemanne opp DPS-ene, og ikke minst bedre kommunikasjonen og arbeidsfordelingen med kommunene. Det ble innhentet og gitt tilbakemelding til departementet om status for arbeidet med å bedre tilgjengeligheten / minske beleggsprosenten på akuttavdelingene innen 20.08., jf. pålegg i foretaksmøtet."

5.2.5 Er oppfølginga god nok?

Vi har ikkje kunna konstatere om RHF-a har noka oppfølging av mangelfull eller manglande rapportering og svikt i måloppnåinga. Derfor er RHF-a spurde om kva slags oppfølging dei har. Alle RHF-a er einige om at oppfølginga ikkje var tilfredsstillande for 2006, men at ho har vorte betre. Likevel er det stor grad av semje om at oppfølginga er mangelfull også i dag. Ei vesentleg årsak er etter deira meining den knappe tida som står til rådvelde. Manglande måloppnåing blir heller ikkje følgt opp i oppdragsdokumentet for det påfølgjande året, det tek berre utgangspunkt i den nye styringsbodskapen frå departementet.

Det korte tidsrommet frå RHF-et får årleg melding frå sine HF og til det sjølv har frist for årleg melding til departementet, gir avgrensa tid til å følgje opp rapporteringa frå HF-a. I møta med RHF-a har alle bortsett frå Helse Midt-Norge RHF bekrefta at tidssyklusen er eit problem, jf. punkt 5.2.7.

Departementet har behandla dei årlege meldingane for 2006 frå RHF-a i føretaksmøte i mai 2007. For alle RHF-a vart det uttala at det var rapportert for dei styringskrava som oppdragsdokumentet og protokollen frå føretaksmøtet i januar 2006 stiller.

Føretaksmøta behandla enkelte av dei krava som ikkje var oppfylte i 2006, bortsett frå føretaksmøtet i Helse Sør RHF. I høve til dei krava som vi har kontrollert for, bad departementet Helse Nord RHF om å gi ein meir utførleg gjennomgang i dei komande meldingane av den oppfølginga som har vore når det gjeld dei eigarkrava som er framsette i føretaksmøta.

Departementet har sett frist for dei årlege meldingane til 1. mars det følgjande året. Når RHF-a får oppdraget for det same året i føretaksmøta i januar, betyr det at manglande måloppnåing ikkje kan bli følgt opp i dei nye oppdragsdokumenta ut frå dei årlege meldingane. Det er sjølvsagt mogleg at departementet har så tett dialog med RHF-a at dei veit kva mål som er nådde og kva mål som ikkje er det, før oppdragsdokumentet for det følgjande året får si endelege utforming. Vi har derfor undersøkt styringsdokumentet for 2007 for å sjå om ein kan finne støtte for ein slik teori. Strukturen i oppdragsdokumentet er ein heilt annan for 2007 enn for 2006. Ein ser likevel at mange av krava går igjen, men det er ikkje mogleg å sjå noko skilje mellom mål som vart / ikkje vart nådde i 2006.

Viss RHF-a leverer årleg melding innan fristen, gir det departementet rimeleg tid til å gå gjennom meldingane og følgje opp mangelfull og manglande rapportering, ettersom siste frist for behandlinga i føretaksmøte er innan utgangen av juni. Departementet har følgt opp dei årlege meldingane ved brev av 30. april 2007 til RHF-a. Eitt av dei krava som vi har brukt i undersøkinga, er med i oppfølginga overfor Helse Øst RHF og Helse Nord RHF. Det gjeld opplysningar om beleggsprosenten ved psykiatriske akuttavdelingar.

5.2.6 Styring i samband med myndigheitsutøvinga

Helse- og omsorgsdepartementet kan òg utøve styring gjennom dei ytre etatane sine, som ledd i myndigheitsutøvinga. Oppdraget som vart tildelt Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2006, er mest sentralt, og dannar grunnlaget for Helsedirektoratet sitt årlege rundskriv til RHF-a for 2006.⁵² Departementet sitt oppdrag innanfor psykisk helsevern for vaksne omfattar:

- 1 Oppfølging av opptrappingsplanen.
- 2 Foreslå mål og indikatorar innanfor dei åtte utpeika hovudutfordringane.
- 3 Medverke til å sikre gode, tilgjengelege tenester for pasientar med samtidig rus-/psykisk problem.
- 4 Støtte RHF-a i arbeidet med å sikre ei raskare bemannings- og kompetanseheving i DPS-a.
- 5 I samarbeid med RHF-a etablere eit prosjekt for å gå gjennom akutfunksjonane i dei HF-a der det regelmessig er overbelegg eller pasientar blir skrivne ut for tidleg – vurdere tiltak.
- 6 Følgje opp kvalitetsbetringsprosjekt overfor NPR med siktemål å få 100 prosent rapportering med god kvalitet.

I Helsedirektoratet sitt brev til RHF-a blir det stilt krav om å delta i heile 40 prosjekt o.l. som omfattar samarbeid om eller hjelp til løysing av oppgåver. Det er langt færre konkrete krav (20) som blir stilte til RHF-a, og berre eitt krav gjeld det oppdraget som departementet gav i tildelingsbrevet (nr. 6 ovanfor). Helsedirektoratet har formulert fire andre krav som gjeld psykisk helsevern for vaksne:

- a Sørgje for eit tilbod til personar med utviklingshemming/-forstyring og psykisk lidning som er likeverdige med tilbodet til resten av befolkninga.
- b Innsette med psykiske lidningar skal gjennom avtalar mellom kommunar med ansvar for helse-tenesta i fengsel og DPS / psykiatrisk sjukehusavdeling sikrast nødvendige tenester.
- c RHF-a har ansvar for at det finst tilstrekkeleg tilgjengeleg kompetanse på utgreiing og behandling av personar med flukt- og migrasjonsbakgrunn i alle helseregionar og skal utarbeide rutinar for bruk av tolkar.
- d Etablere fagmiljø som gir poliklinisk behandling for døve og døvblinde med psykisk lidning.

Helsedirektoratet har gitt tilbakemelding på oppdraget i årsrapporten for 2006, og uttalar under punktet om psykisk helse at dei har gjennomført dei fleste oppdraga innanfor fastsette fristar. Når det gjeld krava (krava 1 – 6 ovanfor), rapporterer direktoratet:

- 1 Planperioden er forlengd ut 2008, og arbeidet med å gjennomføre tiltaka som står att, held fram i 2007. Enkelte tiltak er forseinka eller ikkje starta opp.
- 2 I 2006 har målformuleringane vorte ferdigstilte, og indikatorar det skal arbeidast vidare med, er valde ut. Heile sektoren har vore involvert i prosessen, og arbeidet har lagt føringar for strategiske dokument og grep.
- 3 Direktoratet har vore med i planlegging og gjennomføring av ein ekspertkonferanse om dobbeltdiagnose. Arbeid med retningslinjer for utgreiing, diagnostisering og behandling er sett i gang.
- 4 Rettleiing for psykisk helse for vaksne i kommunane og revidert rettleiing for distriktpsikiatriske tenester er utarbeidd og presentert for tenestene.
- 5 Akutt-tenesta i psykisk helse for vaksne vart gjennomgått og vurdert i samarbeid med RHF-a. Desse blir følgde opp.
- 6 Som tidlegare varsla har det vore utfordrande å forankre prosjektet i RHF-a. No er dialogen god, og ferdigstilling og implementering av registrerings- og prosessrettleiingane er planlagt i 2007.

Direktoratet si rapportering er kortfatta og gir liten informasjon om kva som er utført, kva som vart resultatet, og kva som er status ved utgangen av året.

5.2.7 Synspunkt frå dei regionale helseføretaka på styringsdialogen

I møta med dei regionale helseføretaka har vi teke opp forskjellige sider ved styringsdialogen. Dei mest sentrale synspunkta for vår problemstilling er oppsummerte nedanfor. Nokre av dei refererte synspunkta gjeld alle, mens andre berre gjeld for to eller tre av RHF-a. Det blir ikkje referert enkelståande synspunkt, men vi nemner at Helse Midt-Norge RHF synest å vere kome lenger i å lage eit systemisert og elektronisk opplegg for styringsdialogen, medrekna ansvars-plassering og risikoklassifisering av kvart enkelt styringskrav. Det er kanskje hovudforklaringa på at dei oppfatar tidssyklusen som utfordrande, men handterleg.

52) IS-2-2006 Sosial- og helsedirektoratet sitt årlege brev til dei regionale helseføretaka 2006.

RHF-a opplever det som utfordrande at det er nødvendig å gå gjennom krava i oppdragsdokumentet for å avgjere kva slags mål som gjeld for det aktuelle året, og kva som er langsiktige mål som strekkjer seg ut over året. Mange krav er så opne at det er nødvendig å gi dei innhald ved å konkretisere dei. Oppfatninga var også at det er svært stor skilnad på krava, nokre svært upresise og generelle, andre svært konkrete og detaljerte. Som eksempel på det siste blir styring etter produktivitetsindikatorar nemnd. Sjølv tilsynelatande presise krav kan vere upresise fordi det er ein uklar definisjon av sjølve måleininga.

RHF-a meiner at det er altfor mange krav å rette seg etter, og peikar på at føretaka er underlagde eit omfattande regelverk som i seg sjølv gjer ein del av krava overflødige. Dei meiner dessutan at det er ei svakheit at departementet i stor grad nyttar same oppdragsdokument til alle RHF-a. Omlegginga til meir bruk av indikatorar blir oppfatta positivt, problemet er å finne dei riktige indikatorane. RHF-a meiner samla sett at kvaliteten på oppdragsdokumentet har vorte betre.

Tidssyklusen blir av RHF-a opplevd som eit av dei største problema. Utviklinga frå retningsgivande til absolutte krav har forsterka dette. At styringsdokumentet kjem så seint, rår departementet bot på ved å halde ein del møte med RHF-a, og med departementet sin budsjettproposisjon for det komande året. Ein prøver òg å redusere problema ved å bruke forskjellige malar o.l.

RHF-a opplyser at dei vidareformidlar dei fleste krava til HF-a i regionen, anten til alle HF-a eller til utvalde HF. Det blir peika på at uklare styringskrav gir uklar tilbakerapportering, og at korte fristar gir dårleg kvalitet på rapporteringa. RHF-a opplyser at det ikkje er utforma konkrete krav til form og omfang for tilbakemeldinga frå HF-a.

Oppfølginga av rapporteringa er problematisk fordi fristane er så korte. Det fører til at berre vesentlege manglar blir følgde opp per telefon eller e-post. Manglande rapportering eller måloppnåing på eitt års oppdrag fører ikkje til at desse krava blir tekne inn i oppdragsdokumentet for neste år. Eitt RHF rekna alle oppdrag som evigvarande.

5.2.8 Kva slags styringsinformasjon er allment tilgjengeleg?

SSB publiserer mellom anna data som gjeld psykisk helsevern for vaksne. Det gjeld data for døgnplassar, utskrivningar, opphaldsdøgn, polikli-

niske konsultasjonar, opphaldsdagar, innleggingar etter paragraf (frivillighet/tvang), årsverk etter fagkategori og rekneskapstal. Opplysningane er tilgjengelege både per institusjon, helse-region og for landet som heilskap. Data for kvart enkelt år er tilgjengelege sommaren/hausten året etter.

Data for psykisk helsevern for vaksne blir samla inn av NPR, og blir gjennomarbeidde og offentleggjorde av SINTEF Helse på oppdrag frå HelseDirektoratet som SAMDATAs sektorrapport for kvart enkelt år. Data for 2006 vart offentleggjorde 15. oktober 2007. Inntil hausten 2007 var ventelistedata tilgjengelege på NPRs nettsider per rapporteringseining og akkumulerte. SAMDATAs rapport byggjer delvis på det same datasettet som SSB har for psykisk helsevern. Dei rapporterte data kan vere forskjellige fordi SINTEF Helse mellom anna ønskjer å presentere samanliknbare data og derfor gjennomfører ei eiga kvalitetssikring av mottekne data frå SSB. På bakgrunn av befolkningstal innanfor dekningsområdet for kvart enkelt DPS og kvar helse-region blir det offentleggjort dekningsgradar og brukarratar.

Fritt sjukehusval (www.frittpsykehusvalg.no) er ein nettstad som blir driven av HelseDirektoratet. Han vart oppretta med det formålet å gi pasientar med rett til fritt sjukehusval og legar grunnlag for å velje behandlande institusjon ut frå forventa ventetid for den aktuelle lidinga. Kvar enkelt behandlingsstad skal skjønnsmessig fastsetje forventa ventetid for aktuelle lidingar blant eit utval som er lista opp på nettstaden. Oppdatering skal skje kvar månad. Tilgjengeleg informasjon gjeld berre sist oppdaterte opplysning. Innanfor psykisk helsevern for vaksne finst det på www.frittpsykehusvalg.no opplysningar for ti pasientgrupper.⁵³ Forventa ventetid kan finnast for kvar av gruppene. Oppgitt ventetid gjeld maksimal ventetid i veker for dei lågast prioriterte pasientane. Det blir opplyst om ventetid for kvar av dei tre kategoriane utgreiing, dagbehandling / poliklinisk behandling og innlegging. Ettersom dei fleste pasientane først blir innkalla til ei poliklinisk undersøking og deretter til poliklinisk behandling eller innlegging, må dei to kategoriane ventetid summerast opp. Det er grunn til å tru at mange pasientar ikkje er klar over det.

Nettstaden inneheld også rapportering frå behandlingsstadene om kvalitetsindikatorane.

53) Alderspsykiatri, gruppa angst, fobiar, tvangslidingar/tilpassingsforstyringar, depresjon og/eller heva stemningsleie, dobbeltdiagnose, psykose, hyperaktivitet, personlegdoms- og åtferdsforstyringar, speleavhengigheit, matvegning og uspesifisert psykisk liding.

Innanfor psykisk helsevern for vaksne gjeld det korridorpatientar, tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon, pasientrapporterte kvalitetsindikatorar frå polikliniske pasientar og fastlegane si vurdering av samarbeidet med distriktpsikiatriske senter. Dei to sistnemnde er rekna ut av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesten basert på data som dei har henta inn. Nettstaden skulle òg ha innehalde opplysningar om epikrise-tid og ventetid for første konsultasjon, men publiseringa er utsett på grunn av dårleg datakvalitet.

Kunnskapssenteret er eit fagleg uavhengig ordi-nært forvaltningsorgan som er underlagt Helsedi- rektoratet, og det gjennomfører mellom anna dei nasjonale pasientundersøkingane (PasOpp) og offentliggjør resultatane som er tilgjengelege på nett både for undersøkinga totalt sett og per insti- tusjon.

5.2.9 Er styringsdata relevante og av god nok kvalitet?

Datakvaliteten

Ressursdata

Tala på årsverk blir rapporterte til SSB, som nyttar dei i publikasjonane sine. Dei same tala er grunnlag for SAMDATAAs publisering i egne rap- portar. Det skjer etter at dei har gjennomført ei eiga kvalitetssikring. I sektorrapporten for 2006 uttalar dei at trass i ny kontoplan og endringar i innsamling av årsverksdata, er det store variasjo- nar i korleis rekneskapane blir førte, korleis utgif- tene blir fordelte og personell inkludert. Det blir òg peika på at fordeling av fellespersonell må skje ut frå skjønn, og at det særleg gjeld gruppa "anna personell".

Forskjellig organisering av tilgrensande tenestar fører til at like forhold blir rapporterte ulikt. I psykisk helsevern for vaksne synest dette proble- met å vere størst når det gjeld fagområde som barne- og ungdomspsykiatri (BUP), rusomsorg, habilitering/rehabilitering og geriatri. Møta med RHF-a har vist at desse tilgrensande tenestene blir handterte ulikt i dei forskjellige regionane, og møte med enkeltinstitusjonar har vist at det også gjeld mellom føretak i same region. Skiljet mellom psykisk helsevern for vaksne og barne- og ungdomspsykiatri er formelt sett ut ifrå om pasienten er over eller under 18 år, men i praksis er denne grensa flytande. Enkelte einingar i psykisk helsevern for vaksne tek imot pasientar heilt ned til 12 år, mens nokre einingar i barne-

og ungdomspsykiatrien ikkje avsluttar ein kon- sultasjonsserie før pasienten fyller 23 år, dersom det er behov for det. Skiljet er i seg sjølv med på å skape problem for pasientane. Som eksempel nemner vi at i ein poliklinikk (nr. 3) vart ein pasient som nesten var fylt 18 år, vist vidare til BUP. Pasienten hadde store problem, og av fast- legen vart han vurdert som suicidal. Ein annan poliklinikk (nr. 5) tilviste konsekvent alle som ikkje var fylte 18 år når tilvisinga vart motteken, vidare til BUP. Fleire av desse var så tilviste på ny frå fastlegen etter fylte 18 år.

Rusbehandling og psykiatri er ulike fagområde, men det er likevel vanskeleg å trekkje opp noka klar grense mellom dei. Regionane har organisert rusbehandlinga på svært ulikt vis, og mykje av tilbodet blir ytt av private institusjonar. I Helse Midt-Norge RHF er rusbehandlinga organisert i eit eige helseføretak, i motsetning til det som er tilfellet i dei andre regionane. Forskjellig avgren- sing gjer seg særleg gjeldande for pasientar som fell innanfor begge fagområde (pasientar med dobbeltdiagnose). I mange verksemdar er rusbe- handling organisert under psykisk helsevern for vaksne, og det same gjeld for habilitering og rehabilitering. Rapporteringa av årsverka følgjer den organisatoriske inndelinga.

Det er også ei rekkje andre faktorar som påverkar tala for årsverk. Det er varierende grad av turnover i verksemdene. Vi har henta inn tal på turnover i 2006 frå dei 15 poliklinikkane. Åtte har gitt eit svar i form av ein prosentsats eller ei oversikt over endringane i året. Ein poliklinikk hadde ein turnover på 8 prosent, for tre utgjorde han 16–19 prosent, og dei resterande fire polikli- nikkane hadde ein turnover på 20–25 prosent. Det går fram av oversikta at stillingar ofte står ledige i lang tid når personell sluttar. Når års- verka blir baserte på punktteljingar som hos SSB og NPR, kan avvik i forhold til reell ressursbruk bli store. Årsverka blir heller ikkje korrigererte for bruk av overtid, fråvær i samband med permisjo- nar, sjukefråvær o.l., innleigde vikarar og kjøpte tenester.

Det er ikkje mogleg å skilje årsverka som blir utførte i høvesvis dag- og døgnbehandling. I SAMDATAAs rapportar er tala baserte på ei forde- ling der ein dag blir rekna som ½ døgn. Utgangs- punktet for sjølv fordelinga er også uklar, fordi innhaldet i dagoppalda er vidt forskjellig. Det gjeld også måten dagbehandlinga er organisert på. I helsestatistikken er dagbehandlinga negativt avgrensa ved at ho omfattar all behandling i

psykisk helsevern for vaksne som ikkje fell inn under polikliniske tenester eller døgnerverksemd.

Opplysningane om døgnplassar er også henta inn av SSB, og refererer til døgnplassar i drift ved utgangen av året. I SINTEF Helses rapport blir det uttala at plassane er eit uttrykk for ulike behandlings- og butilbod. For eksempel er det til dels stor skilnad i ressursinnsats for akuttplassar samanlikna med plassar i sjukeheimar innan psykisk helsevern for vaksne.

Pasientdata er henta inn og kontrollerte av NPR. For dei verksemdene som ikkje har levert slike data, nyttar ein aktivitetstal som er innrapporterte til SSB. Data skal leverast i samsvar med kravspesifikasjonen i NPR-meldinga. Sjølv om han vart lansert i 2003, var det berre tre helseføretak som leverte pasientdata for 2006 som tilfredsstillte krava. Berre seks føretak leverte data for døgnerverksemda av ein slik kvalitet at dei kunne nyttast fullt ut. For dei andre føretaka måtte materialet supplerast med data frå SSB. Manglane er særleg store i region Midt-Noreg. Når det gjeld talet på døgnoophald, er det særleg skilnader i behandlinga av permisjonar for pasientane som kan utgjere ei systematisk feilkjelde.

Ventelistedata

Vi har bedd alle helseføretaka beskrive kva slags tiltak som er setje i verk for å sikre at ventelistedata skal vere tilfredsstillande. Alle viser til eitt eller fleire tiltak, som:

- personell som har kvalitetssikring av ventelistedata som særskild oppgåve
- opplæring av personell som registrerer data i systemet
- periodisk gjennomgang før rapportering
- korrigerings ved tilbakemelding frå NPR og bruk av tilbakemeldinga i kvalitetssikringa
- særskild kontroll av saker der ventetida er lang, for eksempel over 120 eller 180 dagar og meir

Det blir òg vist til at det er eit problem at ventelistedata ifølgje forskrifta skal førast per behandlingsstad, mens datasystem/NPR rapporterer per avdeling eller DPS. Fleire peikar på at interne tilvisingar og forskjellig organisering er den største utfordringa, saman med bruk av automatiske utfyllingar frå datasystemet.

Kvaliteten på ventelistedata er så dårleg at NPR har korrigert ventetidene for heile perioden frå starten i 2002. Årsaka er ifølgje NPR: "Noen institusjoner har ikke rapportert data, og andre har rapportert data som åpenbart er feil. Slike feil

og mangler finnes i større eller mindre grad i hele perioden 2002–2007."

Fritt sjukehusval

Opplysningar om forventa ventetider ligg tilgjengeleg på nettstaden www.frittssjukehusvalg.no. Vi undersøkte dei registrerte opplysningane i mai 2008, og det viste seg å vere vesentlege manglar ved datasettet. Manglane er viste i tabell 5.3 saman med kor stor del av behandlingsstadene som har oppdaterte opplysningar.

Tabell 5.3 Manglar ved oppdateringa av forventa ventetid – tal i prosent

Helseregion	Aust	Sør	Vest	Midt-Noreg	Nord	Totalt
Data ikkje tilgjengelege	34	19	35	29	35	30
Data ikkje oppdaterte	7	23	19	14	31	17
Inga differensiering	22	27	16	29	31	24
Prosentdel som er OK	37	33	32	29	27	33

(Kjelde: www.frittssjukehusvalg.no)

Tabell 5.3 viser at 30 prosent av behandlingsstadene ikkje har gitt nokon opplysningar i det heile, jf. "Data ikkje tilgjengelege". Verksemdene i region sør (19 prosent) kjem noko betre ut enn dei andre regionane (29–35 prosent). Det er større variasjon når det gjeld ajourhald av opplysningane. I region aust er det berre 7 prosent som ikkje har oppdaterte opplysningar, mens dette gjeld nesten ein tredel av behandlingsstadene i region nord. I dei tre andre regionane utgjør prosentdelen frå 14 til 23 prosent. Mange behandlingsstader differensierer ikkje ventetidene sine, men opererer med lik ventetid for alle grupper av lidningar. Dette er noko mindre utbreidd i regionane vest (16 prosent) og aust (22 prosent) enn i dei andre (27–31 prosent). På landsbasis er det 33 prosent som har oppfylt pliktene sine når det gjeld registrering av forventa ventetider. Prosentdelen er høgast i region aust (37 prosent) og lågast i region nord (27 prosent).

Registrering av grunndata

Det er ei utfordring at det er så mange forskjellige pasientadministrative system i bruk i spesialisthelsetenesta. NPR-meldinga beskriv kva slags grunndata NPR ønskjer å innhente. Variablane finst ikkje alltid med same definisjon i dei pasientadministrative systema, og det må derfor nyttast konverteringsprogram når ein skal trekkje ut data. Dette er ei mogleg feilkjelde.

Journalgjennomgangen har vist at like forhold registrerast ulikt. Ulik registreringspraksis har som oftast bakgrunn i at beskrivingane i brukarmanualar o.l. er for lite presise. I mars 2008 kom det ein ny rettleiinga⁵⁴ for registrering av aktivtetsdata i psykisk helsevern. Den har eit eige kapittel om omgrepsdefinisjonar, mellom anna er dei tre omsorgsnivåa omtala, jf. punkta 3.2.2 og 3.2.3. Rettleiinga behandlar data som skal rapporterast til NPR, og tek utgangspunkt i deira omgrepsbruk.

Vi har henta inn opplysningar frå NPR om kva som er gjort for å betre datakvaliteten og sikre einskapleg rapporteringsnivå og samanliknbare data på tvers av føretak og regionar. I svaret sitt viser dei til at dei arbeider med eit nytt einingsregister (RESH) som er basert på eit eige kodeverk for organisatoriske einingar i spesialisthelsetesta (OK 2007). Dei har òg teke initiativ til samarbeid med SSB, KITH og SINTEF Helse for å utarbeide ei felles forståing av viktige omgrep som institusjon/avdeling/behandlingsstad. Vidare informerer dei om at dei vil hjelpe RHF-a med å gjere innhaldet i registreringsrettleiinga kjent, og at dei arbeider med ein prosessrettleiing. Saman med avdeling for psykisk helse i Helsedirektoratet har dei sett i verk eit prosjekt der det blir gjennomført besøk hos behandlingstader/helseføretak som har spesielle utfordringar når det gjeld å levere komplette data av høg kvalitet.

Relevansen til styringsdata

Vi har per brev spurt alle føretak om kva slags styringsdata dei nyttar innanfor psykisk helsevern for vaksne. Alle viser til indikatorar/nøkkeltal som fell innanfor desse gruppene:

- aktivtetsdata
- kvalitetsindikatorar
- ventelistedata
- prioritering
- produktivitet
- rekneskaps- og økonomidata

Same spørsmål har vore reist i møta med dei regionale helseføretaka, men ingen har kome med forslag til meir relevante styringskrav som erstatning for eller som supplement til dei som departementet bruker. Fleire har sagt at det kan setjast spørsmålsteikn ved kvaliteten til fleire av dei indikatorane som alt er i bruk, og at krava i for stor grad er knytte til kvantitet og ikkje kvalitet.

54) Sosial- og helsedirektoratet (2008): *Veileder for registrering av aktivtetsdata i psykisk helsevern – Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)*. IS-1541.

5.3 Vurderingar

5.3.1 Verken rapportering, måloppnåing eller oppfølging er tilfredsstillande

Undersøkinga viser at berre 5 prosent av rapporteringane⁵⁵ frå fem store helseføretak er av tilfredsstillande karakter. Det gjeld for både dei spesielle krava til psykisk helsevern for vaksne og dei meir generelle krava. Biletet er derimot forskjellig når det gjeld fordelinga på mangelfull og manglande rapportering. For psykiatrikrava blir det rapportert i 63 prosent av tilfella, mens det for dei generelle krava gjeld 29 prosent. Slik sett kjem derfor psykiatrikrava noko betre ut enn dei meir generelle krava. RHF-a si rapportering skil seg ikkje i nemneverdig grad frå HF-a si rapportering når det gjeld psykiatrikrava. For dei generelle krava held derimot RHF-a si rapportering ein litt høgare standard.

Den rapporterte måloppnåinga er svak. RHF-a rapporterer at dei i 16 av 120 tilfelle når måla (13 prosent). Det er to hovudårsaker til det dårlege resultatet. Føretaka rapporterer ikkje for ein stor del av krava, og når det blir rapportert, er det ofte umogleg å avgjere om målet er nådd eller ikkje. Det er berre i 15 tilfelle at det kan konstaterast at RHF-a ikkje har nådd målet. Resultata er gjennomgåande noko betre for psykiatrikrava, men det er ingen store skilnader. Det same gjeld for RHF-a i forhold til HF-a.

Det er store skilnader mellom helseregionane både på HF- og RHF-nivå. Når ein ser rapporteringa og måloppnåinga under eitt, er det region vest som kjem best ut. Dei andre regionane kjem ut omtrent like dårleg. Tala ovanfor viser at kvaliteten på rapporteringane er dårleg, og at måloppnåinga er låg. Det er berre eitt tilfelle av tilfredsstillande rapportering som òg kan melde om at målet er nådd. Det skulle derfor vere eit stort behov for oppfølging både frå RHF-a og departementet si side. RHF-a har opplyst at oppfølginga var svak i 2006 og meiner at tidspresset som følgje av korte fristar som fell tidleg på nyåret, er ei vesentleg årsak til dårleg kvalitet på rapporteringa og til den dårlege oppfølginga. Departementet har berre følgd opp eitt einaste krav, og då berre i to av dei regionale helseføretaka. Sett i forhold til dei store manglane er oppfølginga for

55) Rapportering om krav som departementet stilte til dei regionale helseføretaka i oppdragsdokumenta for 2006. 13 krav gjeld området psykiatri, dei 9 andre krava er generelle, men relevante også for psykisk helsevern for vaksne. Overfor RHF-a er dei same 9 krava nytta, i tillegg til to andre krav, til saman 11 krav.

dårleg både frå departementet og dei regionale helseføretaka si side.

5.3.2 Styringsdata manglar nødvendig kvalitet

Det er ein grunnleggjande føresetnad for all styring at ein har noko å styre etter, dvs. at ein har måleiningar og målemetodar som gir påliteleg informasjon om utvikling og status for det som det skal styrast etter, og som ein derfor treng å måle. Dei som innhentar data frå sektoren, er einige i at kvaliteten er dårleg, og departementet har fleire gonger peika på at helsestatistikken har store manglar, mellom anna at tala som blir offentleggjorde, er lite pålitelege.

Døgnplassane kan ikkje utan vidare samanliknast fordi dei representerer vidt forskjellige tilbod med vidt forskjellige krav til ressursinnsatsen. Forskjellig organisering og avgrensing av tenesene fører til ulik rapportering av årsverka. Det er heller ikkje mogleg å skilje ut årsverka som gjeld dagopphald. Årsverka blir ikkje korrigererte for bruk av overtid, permisjonar, sjukefråvær, innleigde vikarar og kjøpte tenester. Tilgjengelege data for årsverk og døgnplassar er derfor ikkje eigna til analysar av kapasitet, spesielt ikkje på verksemds- eller føretaksnivå.

Journalgjennomgangen har også vist at i enkelte poliklinikkar er det generelt mykje feilregistreringar og manglande dokumentasjon av journalopplysningar. I ein klinikk blir ikkje svarbrev til pasient og tilvisande lege arkiverte, verken i papirformat eller elektronisk. Det gjer det umogleg å kontrollere dei opplysningane som er registrerte i pasientjournalane.

Det er ikkje berre kvaliteten på tilgjengelege data som er dårleg, det manglar også data for så grunnleggjande forhold som tilbodet om og etterspurnaden etter tenester innanfor psykisk helsevern for vaksne. Departementet sitt krav om at RHF-a i 2006 skulle analysere kapasiteten i akuttilbodet innanfor psykisk helsevern for vaksne og reint generelt (krav 1 og 23 i vedlegg 2), resulterte berre i ei oversikt over beleggsprosenten ved enkelte store akuttavdelingar på eit gitt tidspunkt. For å kunne vurdere om det er balanse mellom tilbod og etterspurnad er ein avhengig av å ha kunnskap om kor stor kapasiteten er, kva som kan "produserast" med ein gitt kapasitet, og kor stor etterspurnad (behov) som skal dekkjast. På alle desse områda er kunnskapen anten mangelfull eller manglar heilt.

For andre data innanfor psykisk helsevern for vaksne er kvalitetsmanglane kanskje endå større. Det gjeld i særleg grad ventelistedata. Feila var så betydelege at NPR hausten 2007 korrigererte data for heile perioden 2002–2007. HF-a si rapportering til NPR er heilt avgjerande for kvaliteten. I 2006 var det tre HF som rapporterte tilfredsstillande på det formatet som blir kravd (NPR-melding), sjølv om det har eksistert heilt sidan 2003. Vår undersøking av opplysningane på nettstaden www.frittsykehusvalg.no viste at berre ein tredel av dei behandlingsstadene som rapporterer data, hadde ei tilfredsstillande rapportering. Det synest som om dei regionale helseføretaka har vore for lite aktive med tanke på å få kvar enkelt verksemd til å rapportere data til nasjonale register og kvalitetssikre data i tilstrekkeleg grad. Resultatet er mellom anna at det for kvart einaste rapporteringstidspunkt er einingar som ikkje leverer data, sjølv om systema er på plass.

6 Samla vurdering

6.1 Behandlingstilbodet i psykisk helsevern for vaksne er verken likeverdig eller tilstrekkeleg

I perioden 2003–2006 var det ein auke i talet på årsverk per 10 000 personar frå 18 år og over, men talet på døgnplassar har vorte redusert. På landsbasis var gjennomsnittleg total kapasitet på behandlarsida 29,7 fagårsverk i 2006, mens sengekapasiteten var 13,9 døgnplassar. Det seier i seg sjølv lite om tilbodet er tilstrekkeleg, for det finst ingen data som viser behovet innanfor psykisk helsevern for vaksne, verken for tenester frå primærhelsetenesta eller frå spesialisthelsetenesta. Resultatet er at ingen kan vite med tilstrekkeleg grad av sikkerheit kor stor kapasiteten burde vore, og korleis behovsdekninga faktisk er. Likevel er det mange forhold som peikar mot at tilbodet ikkje er tilstrekkeleg. Det gjeld i første rekkje ubalansen mellom behandlingstilbod og behov som resulterer i dei lange ventetidene. Mange verksemdar som har låg kapasitet, kompenserer dessutan for dette ved å gi uforholdsmessig mange pasientar avslag, eller ved å korte ned tidslengda på døgnopphalda.

Total kapasitet varierer med 25 prosent mellom regionen med lågast og regionen med høgast kapasitet når det gjeld fagårsverka. Skilnadene er 30 prosent for dag-/døgntilbodet og 16 prosent for det polikliniske tilbodet. Når det gjeld spesialistdelen innanfor poliklinisk verksemd, er største skilnad mellom helseregionane 55 prosent. Sengekapasiteten varierer med 22 prosent mellom regionane. På personellsida er det regionane aust og nord som har høgast kapasitet – region aust når det gjeld spesialistane, og region nord når det gjeld fagårsverka. Region vest har høgast sengekapasitet. Lågast kapasitet på dei ulike områda er det anten i region sør eller i region Midt-Noreg. Skilnadene i kapasitet er store mellom regionane, og dei er vesentleg større når ein samanliknar verksemdar eller helseføretak. Dei store ulikska-pane fører til at tilgangen til tenestene ikkje er lik, verken mellom lokalområde eller helse-regionar.

Det har vore ei prioritert oppgåve å etablere DPS. I enkelte helseføretaksområde er det framleis sentrale sjukehusavdelingar som dominerer tenestetilbodet. Blant dei DPS-a som er etablerte, er det

fleire som manglar delar av det tilbodet som dei etter føresetnadene skal gi pasientane i sitt dekningsområde. I alle helseregionane er det eitt eller fleire DPS som ikkje har oppretta ambulante team, sjølv om det var eit krav frå departementet for 2006. Undersøkinga viser vidare at mange DPS har ein svært låg spesialistdel. Det er også DPS som manglar døgnplassar, dagplassar og eit poliklinisk tilbod. Mange DPS har derfor ikkje tilstrekkeleg kompetanse, og har heller ikkje den breidda i tilbodet som det er føresett at dei skal ha for å fylle sin tiltenkte lokalsjukehusfunksjon.

Blant dei 46 DPS-a som er undersøkte, varierer spesialistdelen frå 6 til 43 prosent av fagårsverka. Det kan reisast spørsmål om dei verksemdene som har lågast kapasitet og lågast spesialistdel, er i stand til å tilby målgruppa dei tenestene som ho har krav på.

6.2 Prioriteringa av pasientane fungerer ikkje etter føresetnadene

Det er fleire årsaker til at prioriteringa av pasientane ikkje fungerer etter føresetnaden. For å få lik tilgang til spesialisthelsetenester må føresetnaden vere nokolunde lik tilgang til å få sin rett til helsehjelp vurdert av spesialisthelsetenesta. Undersøkinga av tilvisingspraksisen blant fastlegane viser at det ikkje er tilfelle. Det er vidt forskjellige tersklar blant fastlegane for å tilvise pasientar til spesialisthelsetenesta. Ei årsak til dette er at legane i forskjellig grad lét det faglege skjønnet bli påverka av forhold i andrelinja, særleg av kapasitet og ventetid.

Eit anna forhold som er svært viktig, er kvaliteten på tilvisingane. Tilvisinga er det viktigaste, og i dei fleste tilfella også det einaste avgjerdsunderlaget for å vurdere pasienten sin rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Journalgjennomgangen viser at mange tilvisingar inneheld for lite informasjon om tilstanden til pasienten. Likevel er det sjeldan at spesialisthelsetenesta ber om tilleggsinformasjon til tilvisinga, og nesten ingen pasientar blir kalla inn til samtale før rettsstatusen deira blir avgjort. Undersøkinga viser at prioriteringane ofte blir gjorde på sviktande grunnlag.

Avslagsprosenten i dei 15 poliklinikkane som er undersøkte, varierer frå 3 til 79 prosent. Journalgjennomgangen viser at prosentdelen av tunge diagnosar er like høg blant dei som får avslag, som blant dei pasientane som får eit tilbod. Under halvparten av fastlegane meiner at ein innanfor same poliklinikk følgjer ei konsekvent linje når det gjeld kva slags pasientar som får avslag. Inntrykket av sviktande skjønnsutøving blir forsterka av den eksterne fagkonsulenten si vurdering av tilvisingane for tre tilfeldig utvalde pasientar som har fått avslag. Den eksterne fagkonsulenten vurderte alle til å vere klare rettspasientar.

Manglande kunnskap om gjeldande regelverk påverkar også resultatet for pasientane. Berre 6 av dei 15 poliklinikkane gir eit tilbod til andre pasientar enn dei med rett til nødvendig helsehjelp. Det er tre ulike årsaker til det. Nokre klinikkar har så god kapasitet at dei gir eit tilbod til nesten alle som blir tilviste, mens andre har så dårleg kapasitet at dei konsekvent avslår alle andre rettspasientar. Ei tredje gruppe synest ikkje å vere klar over at også andre enn rettspasientar skal få eit tilbod. Felles for alle årsakene er at dei er i strid med regelverket. Førstnemnde forhold undergrev også innhaldet i retten til fritt sjukehusval, ved at uprioriterte får rett til nødvendig helsehjelp. Dermed blir den kapasiteten som i første rekkje skulle vore tilgjengeleg for rettspasientane, redusert.

Resultatet for pasientane blir svært forskjellig frå ein klinikk til ein annan. Undersøkinga viser at prosentdelen av rettspasientar varierer mellom 11 og 92 prosent i dei 15 poliklinikkane. Viss ein går ut frå at sjukelegheita er omtrent lik i dei ulike områda av landet, er dette i seg sjølv nok til å fastslå at prioriteringane ikkje kan vere like. Fastsetjinga av fristar synest meir prega av kapasitetsomsyn enn av omsynet til pasientane. Dette blir underbygd av at dei klinikkane som har høgast avslagsprosent, også opererer med dei lengste fristane. Fristane er dessutan forskjellige mellom poliklinikkane. Undersøkinga viser at målet om lik praktisering av prioriteringsforskrifta ikkje er innfridd, og det kan setjast spørsmålsteikn ved kvaliteten på det faglege skjønnet som blir utøvd.

6.3 Mangelfull styring og oppfølging frå både RHF-a og sentrale helsemyndigheiter

Den største svakheita ved styringsdialogen er at det ikkje blir rapportert om mange av dei krava som departementet har sett. Det manglar rappor-

tering frå RHF-a for 42 prosent av krava (50 av 120 tilfelle). Dersom det blir rapportert, er det svært sannsynleg at ein ikkje kan danne seg eit bilete av kva som er gjort, og kva som er status på rapporteringstidspunktet. Resultatet er at RHF-a rapporterar tilfredsstillande for berre 6 prosent av rapporteringane (7 av 120 tilfelle). Biletet er omtrent det same for graden av måloppnåing; ein har oppnådd berre 13 prosent av dei måla som er sette. Det er berre eitt eksempel på ei tilfredsstillande rapportering, der også målet er nådd.

Likevel er det omtrent inga oppfølging av dei omfattande manglane, verken frå dei regionale helseføretaka eller frå departementet. Eit illustrerende eksempel er at departementet i oppdragsdokumenta for 2005 og 2006 kravde at talet på døgnplassar skulle haldast oppe. Føretaka har ikkje følgt dette påbodet. Talet på døgnplassar gjekk ned i alle regionar frå 2004 til 2005, og frå 2005 til 2006 skjedde det same, med unntak for region nord, som hadde ein auke. Når slike forhold ikkje blir følgde opp, må ein gå ut frå at det undergrev styringsautoriteten til departementet og dei regionale helseføretaka, og at det ikkje er med på å betre forholda, som resultatata viser er nødvendig.

6.4 Kvaliteten på styringsdata er for dårleg

Det er ein grunnleggjande føresetnad for all styring at ein har noko å styre etter, dvs. at ein har måleiningar og målemetodar som gir påliteleg informasjon om utvikling og status innanfor sektoren. Det er brei semje om at kvaliteten på data er dårleg, og departementet har fleire gonger peika på at helsestatistikken har store manglar, mellom anna at tala som blir offentleggjorde, er lite pålitelege. For enkelte datasett er kvalitetsmanglane så omfattande at dei ikkje eingong blir offentleggjorde.

Døgnplassane kan ikkje utan vidare samanliknast, fordi dei representerer vidt forskjellige tilbod med vidt forskjellige krav til ressursinnsatsen. Forskjellig organisering og avgrensing av tenestene fører til ulik rapportering av årsverka, og det blir ikkje gjort korreksjonar for overtid, fråvær og kjøp av arbeidsinnsats frå andre. Tilgjengelege data for årsverk og døgnplassar er derfor lite eigna til analysar av kapasitet, spesielt på verksemds- eller føretaksnivå.

Det er ikkje berre kvaliteten på tilgjengelege data som er dårleg, det manglar også data for så grunnleggjande forhold som tilbodet om og etterspurnaden etter tenester innanfor psykisk helsevern for vaksne. For å kunne vurdere om det er balanse mellom tilbod og etterspurnad, er ein avhengig av å ha kunnskap om kor stor kapasiteten er, kva som kan "produserast" med ein gitt kapasitet, og kor stor etterspurnad (behov) som skal dekkjast. På alle desse områda er kunnskapen anten mangelfull eller fråverande.

For andre data innanfor psykisk helsevern for vaksne enn kapasitetsdata er kvalitetsmanglane kanskje endå større. Det gjeld i særleg grad ventelistedata. Feila var så vesentlege at NPR hausten 2007 korrigerer data for heile perioden 2002–2007. Generelt er det slik at helseføretaka sine rapporteringar til NPR er avgjerande for datakvaliteten. I 2006 var det tre HF som rapporterte tilfredsstillande på det formatet som blir kravd (NPR-melding), sjølv om formatet har eksistert heilt sidan 2003. Vår undersøking av opplysningane på nettstaden www.frittsykehusvalg.no viste at berre ein tredel av dei behandlingsstadene som rapporterer data, hadde ei tilfredsstillande rapportering. Det synest som om dei regionale helseføretaka har vore for lite aktive med tanke på å få kvar enkelt verksemd til å rapportere data til nasjonale register og kvalitetssikre data i tilstrekkeleg grad. Resultatet er mellom anna at det for kvart einaste rapporteringstidspunkt er einingar som ikkje leverer data, sjølv om systema er på plass.

Referanseliste

Stortingsdokumenter

- St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet, jf. Innst. S. nr. 258 (1996–97)
- St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006, jf. Innst. S. nr. 222 (1997–98)
- Innst. O. nr. 118 (2000–2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.
- St.meld. nr. 13 (2006–2007) Et aktivt og langsiktig eierskap
- Budsjettproposisjonene (St.prp. nr. 1) for Helse- og omsorgsdepartementet for årene 2004–2008
- Innst. S. nr. 141 (2002–2003) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen vedrørende Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999–2006

Lover og forskrifter

- Lov av 2. juli 1999 nr. 61: lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63: lov om pasientrettigheter
- Lov av 15. juni 2001 nr. 93: lov om helseforetak m.m.
- FOR 2000-12-01 nr. 1208: forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd
- FOR 2000-12-07 nr. 1233: forskrift om ventelisterregistrering
- FOR 2000-12-21 nr. 1385: forskrift om pasientjournal
- FOR 2002-12-20 nr. 1731: forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- FOR 2005–03–18 nr. 252: forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Styringsdokumenter

- Finansdepartementet (2003): Reglement for økonomistyring i staten, fastsatt ved kronprinsregentens resolusjon 12. desember 2003
- Sosial- og helsedepartementet (1999): Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Rundskriv I-24/99.
- Helsedepartementet (2005): Ventelisterapportering til NPR fra 1. januar 2006. Rundskriv I – 16/2005

- Helse- og omsorgsdepartementet (2006): Departementets tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet for 2006
- Helse- og omsorgsdepartementet: Bestillerdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2005, 2006 og 2007
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til de regionale helseforetakene
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): Årsrapporten for 2006 til Helse- og omsorgsdepartementet
- Foretaksmøtet for Helse Midt-Norge RHF: Protokoller fra foretaksmøtene for 2006 og 2007
- Foretaksmøtet for Helse Nord RHF: Protokoller fra foretaksmøtene for 2006 og 2007
- Foretaksmøtet for Helse Sør RHF: Protokoller fra foretaksmøtene for 2006 og 2007
- Foretaksmøtet for Helse Vest RHF: Protokoller fra foretaksmøtene for 2006 og 2007
- Foretaksmøtet for Helse Øst RHF: Protokoller fra foretaksmøtene for 2006 og 2007
- Helse Midt-Norge RHF: Bestillerdokument til St. Olavs Hospital HF for 2006
- Helse Nord RHF: Bestillerdokument til Universitetssykehuset i Nord-Norge HF for 2006
- Helse Sør RHF: Bestillerdokument til Sørlandet Sykehus HF for 2006
- Helse Vest RHF: Bestillerdokument til Helse Bergen HF for 2006
- Helse Øst RHF: Bestillerdokument til Aker Universitetssykehus HF for 2006
- Helse Midt-Norge RHF: Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2006
- Helse Nord RHF: Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2006
- Helse Sør RHF: Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2006
- Helse Vest RHF: Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2006
- Helse Øst RHF: Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2006
- Aker Universitetssykehus HF: Årlig melding til Helse Øst RHF for 2006
- Helse Bergen HF: Årlig melding til Helse Vest RHF for 2006
- St. Olav hospital HF: Årlig melding til Helse Midt-Norge RHF for 2006

- Sørlandet sykehus HF: Årlig melding til Helse Sør RHF for 2006
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF: Årlig melding til Helse Nord RHF for 2006

Utredninger og andre dokumenter

- Dokument nr. 3:5 (2002–2003): Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999–2006
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): Distriktspsykiatriske sentre – Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen
- Sosial- og helsedirektoratet (2008): Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern – Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR). IS-1541
- Helsedirektoratet (2008): Prioriteringsveileder for spesialisthelsetjenesten. Utkast per 10. april 2008
- Helsetilsynet (2001): Distriktspsykiatriske sentre – Organisering og arbeidsområder. Statens Helsetilsyns veiledningsserie I-2001
- Helsetilsynet (2004): Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport 4/2004
- SINTEF Helse (2004): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2003
- SINTEF Helse (2005): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2004
- SINTEF Helse (2006): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2005
- SINTEF Helse (2007): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006
- Norsk psykiatrisk forening og Norsk psykologforening (2004): Prioriteringskriterier i psykisk helsevern – Voksenpsykiatriske poliklinikker

Andre kilder

- Sosial- og helsedirektoratet: Ventelistestatistikk 1. tertial 2007 – ventelistedata per 30.04.2007
- Statistisk sentralbyrå: <http://statbank.ssb.no/statistikbanken>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008): Rammebetingelsene for private avtalespesialister – upublisert notat
- Den Norske Legeforening (2008): Lokalsykehusfunksjoner i psykisk helsevern – Lokalsykehusenes fremtidige rolle
- <http://www.frittisykehusvalg.no>

Vedlegg

1 Spørreskjema til fastleger

Noen spørsmål går ut på å anslå hvor stor andel noe utgjør av en helhet. Vi forventer ikke at dette kan besvares eksakt, men at en utøver sitt beste skjønn. Andelene uttrykkes enten som en prosentandel eller en brøk. Hvis ønskelig, kan diagnoser beskrives med ICPC-2 kode.

Spørsmål med flere svaralternativer besvares ved å sette ring rundt ett av de aktuelle alternativene:

1 = I svært liten grad

2 = I liten grad

3 = I noen grad

4 = I stor grad

5 = I svært stor grad

Vi minner også om at vår undersøkelse bare gjelder voksne over 18 år med psykiske problemer – det er disse pasientene som utgjør totalt antall pasienter i forhold til andel som for eksempel henvises til andrelinjen (spørsmål 1a).

1. Hvor stor andel av:
 - a. pasientene dine blir henvist videre til andrelinjen? _____
 - b. pasientene dine får et tilbud i førstelinjen? _____
 - c. pasientene dine får et tilbud hos private spesialister? _____
 - d. henvisningene dine resulterer i spørsmål om ytterligere opplysninger? _____
 - e. henvisningene dine kommer i retur pga. mangelfull informasjon? _____

2.
 - a. Er det bestemte problemer som du normalt ikke henviser til andrelinjen? JA/NEI
 - b. Hvis ja; hvilke (problem/alvorlighetsgrad)? _____
-

3.
 - a. Er det bestemte lidelser som henvises til de private spesialistene? JA/NEI
 - b. Hvis ja; hvilke (lidelse/alvorlighetsgrad)? _____
-

4. Opplever du poliklinikkens praksis mht. avslag som konsekvent:
 - a. internt i poliklinikkene? 1 2 3 4 5
 - b. mellom poliklinikkene? 1 2 3 4 5

5. Påvirkes din egen henvisningspraksis av andrelinjens:
- | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|
| a. kapasitet? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. ventetid? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. kompetanse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. avslag? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 6.
- a. Har du fulgt samme praksis i hele perioden etter 2001 mht. hvilke problemer som henvises til andrelinjen? 1 2 3 4 5
- b. Hvis a er besvart med 1 eller 2; hva består endringene i, og hva er årsakene?

Spørsmålene 7–10 skal relateres til voksenpsykiatrisk poliklinikk ved xxxx DPS

7. Hvor stor andel av de pasientene som du henviser, får avslag? _____

- 8.
- a. Har du opplevd at poliklinikken har prøvd å påvirke din henvisningspraksis? JA/NEI
- b. Hvis ja; på hvilken måte? _____

9. Opplever du poliklinikkens:
- | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| a. kapasitet som tilstrekkelig? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. ventetider som forsvarlige? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 10.
- a. Er det typer av lidelser som poliklinikken nesten alltid avslår å behandle/utrede? JA/NEI
- b. Hvis ja; hvilke diagnoser/grupper av lidelser gjelder dette? _____

11. Hvilke forhold mener du er til størst hinder for et velfungerende tilbud med tilfredse pasienter, og eventuelle andre kommentarer til undersøkelsen/spørreskjemaet?

2 Styringskrav til foretakene for 2006 – et utvalg krav

Nr.	Styringskrav
	Krav som bare gjelder psykisk helsevern for voksne:
1	Gjennomgå kapasiteten i akutt-tjenesten i PHV for å sikre at tilgjengelighet og kvalitet blir ivaretatt i akutte situasjoner.
2	DPS-ene skal også kunne yte akutt- og krisetjenester gjennom polikliniske og ambulante tjenester og ved åpne døgnposter.
3	DPS-ene forutsettes å kunne håndtere akutt- og krisehenv. også ut over ordinær arbeidstid.
4	DPS-ene må sikres tilstrekkelig bemanning med behandlingskompetanse (gjelder spesielt leger/psykiatere og psykologer).
5	Spesialisthelsetjenesten må ha rutiner for samarbeid med kommunale instanser, politi og andre relevante instanser når det gjelder håndtering av farlige og ustabile personer.
6	Forbudet mot å legge ned døgnplasser opprettholdes i 2006.
7	Øke innsatsen til psykisk helsevern.
8	Den prosentvise vekst innenfor psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken.
9	Helhetlig tilbud til personer med samtidig rusproblem og psykisk lidelse.
10	Medvirke til at forsøk med tre måneders psykiatritjeneste i turnustjenesten for leger kan gjennomføres.
11	Stigende etterspørsel etter kompetanse innen psykisk helsevern/rus, rehabilitering/habilitering og geriatri. Disse fagomr. skal derfor vektlegges i videre- og etterutdanningsammenheng.
12	Prioritere oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, særlig forskning på rusbehandling og psykisk helse.
13	Gjennomføre pasienttilfredsundersøkelse innen psykisk helsevern om det behandlingstilbudet som er mottatt av tjenesten.
	Krav som gjelder spesialisthelsetjenesten generelt:
14	Prioritere tjenestetilbudet innenfor rehabilitering og habilitering på en slik måte at tilbudet til pasientene utbygges og styrkes i 2006.
15	Sørge for at de relevante fagmiljøene er kjent med og har et bevisst forhold til oppfølgingen av nasjonale faglige retningslinjer.
16	Identifisere hvilke fagområder og for hvilke pasienter det er størst avvik mellom overordnede målsettinger og resultater for befolkningen i egen region (prioritering).
17	Iverksette tiltak som sikrer mer enhetlig tildeling av rett til nødvendig helsehjelp innenfor egen region.
18	I samarbeid med de øvrige regionale helseforetak bidra til harmonisering av tildelingskriterier mellom regionene.
19	Rapportere data av god kvalitet på institusjonsnivå.
20	Se til at private sykehus som de har avtale med, leverer data på kvalitetsindikatorer.
21	Sørge for at HF-ene månedlig rapporterer forventede ventetider til Fritt sykehusvalg Norge.
22	Ta initiativ til å avdekke mangler i datagrunnlaget (tilbud/etterspørsel).
23	Sammenstille informasjon om over- eller underkapasitet, og gjøre en analyse av situasjonen.
24	Bidra til bedre info til pasienter med RNH om Fritt sykehusvalg Norge.




4 385 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 491

Trykk: Lobo Media AS 2008



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00
telefaks 22 24 10 01
riksrevisjonen@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

23 257

-3 918

240

1 255 712

474 320

120

3 924

22 781 329

781 52

