

■ www.sintef.no ■



SINTEF Unimed
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Evaluerings av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker
Sluttrapport**

FORFATTER(E)

Trond Hatling (red.), Kjerstina Røhme og Johan Håkon Bjørngaard

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055014	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Seniorrådgiver Morten Oulie	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03784-0	PROSJEKTNR. 78519201	ANTALL SIDER OG BILAG 178 inkl bilag
ELEKTRONISK ARKIVKODE i:\7853 psykisk helsearbeid\prosjekt\ 78519201\rapport2004\		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Trond Hatling	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Jorid Kalseth
ARKIVKODE E	DATO 2005-06-28	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningssjef Torleif Ruud	<i>Jorid Kalseth for Torleif Ruud</i>

SAMMENDRAG

Statens helsetilsyn utga i 2001 *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*. Foreliggende sluttrapport er den siste i en rekke på fire hvor de sentrale problemstillingene er:

1. Er produktiviteten i poliklinikkene økende eller avtakende?
2. I hvilken grad kan endringer i produktivitet tilbakeføres til endring i arbeidsformer, og i hvilken grad samsvarer disse med håndboka?
3. Hva er forutsetningene for at håndboka blir/ikke blir implementert?

Evalueringen har dermed både studert produktivitetsutviklingen, håndbokas effekt som virkemiddel, og de organisatoriske betingelsene for at håndboka kan være et egnet virkemiddel. Rapporten er delt i to, hvor de fire kapitlene i del 1 tar for seg de tre hovedproblemstillingene. I vedleggsdelen redegjøres i 14 kapitler i detalj for resultatene av de ulike undersøkelsene prosjektet har gjennomført, og som del 1 er basert på. Prosjektets hovedfunn:

- Det har vært små produktivitetsendringer i poliklinikker for voksne. Det kan synes som om produktivitetsøkningen i poliklinikker for barn og unge snarere skyldes økt registrering av aktivitet enn økt aktivitet.
- Bruk av håndboka ikke ser ut til å ha betydning for produktiviteten
- Håndboka oppleves som relevant for poliklinikklederne
- Poliklinikkene står fortsatt overfor store utfordringer når det gjelder ledelse
- Helseforetakene er stort sett opptatt av produktivitet og økonomi, og anvender ikke håndboka i sin kommunikasjon med poliklinikkene
- I håndbokas distribusjon og anvendelse kunne nasjonale myndigheter og helseforetak i langt større grad ha anvendt anbefalinger fra internasjonal litteratur om effekt av kliniske retningslinjer

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykiatri	Psychiatry
GRUPPE 2	Poliklinikker	Out Patient Clinics
EGENVALGTE	Evaluerings	Evaluation

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Figuroversikt.....	3
1 Er produktiviteten i poliklinikkene økende eller avtagende?	21
1.1 Reell produktivitetsvekst i poliklinikker for barn og unge?	21
1.2 Små endringer i poliklinikker for voksne	24
1.3 Er målet om 50 prosent økning i produktivitet nådd?	26
1.4 Har de statlige produktivetskravene vært presise nok?	27
1.5 Lederne uenige i produktivetskravet	28
1.6 Behandlerne enige i produktivetskravet?	28
1.7 Oppsummering og anbefalinger.....	28
2 Hva kjennetegner de mest produktive poliklinikkene og behandlerne? ..	31
2.1 Oppsummering og anbefalinger.....	35
3 I hvilken grad samsvarer endringer i arbeidsformer med håndbokas anbefalinger?.....	39
3.1 Bruk av håndboka	39
3.2 Pasientrelatert administrasjon.....	39
3.3 Samarbeid	40
3.4 Bemanning	40
3.5 Kompetanseutvikling.....	40
3.6 Organisasjonsutvikling	41
3.7 Ledelse og administrasjon	41
3.8 Hvorfor endrer ikke poliklinikkens arbeidsformer seg i større grad slik håndboka anbefaler?	42
3.8.1 Poliklinikkene som profesjonelle byråkratier.....	43

3.8.2	Ledernes prioriteringer og rammebetingelser	44
3.9	Oppsummering og anbefalinger	45
4	Håndboka – vellykket eller ikke?	47
4.1	Håndboka - en form for kliniske retningslinjer	47
4.2	Distribusjonen	48
4.3	Innholdet	49
4.4	Helseforetakenes bidrag i implementeringen av håndboka	50
4.5	Poliklinikkens overordnede utfordringer	50
4.6	Oppsummering - Er det hensiktsmessig med en håndbok?	52
	Litteratur	53
	Vedlegg	55

Figuroversikt

Figur 1.1	Prosent endring sett i forhold til nivået i 1998 i antall direkte tiltak per fagårsverk, antall pasienter per fagårsverk og antall direkte tiltak per pasient i poliklinikker for barn og unge.	22
Figur 1.2	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder. Behandlere i psykisk helsevern for barn og unge. 2000, 2002 og 2004.	23
Figur 1.3	Prosent endring sett i forhold til nivået i 1998 i antall direkte tiltak, antall fagårsverk og antall direkte tiltak per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge.	24
Figur 1.4	Prosent endring sett i forhold til nivået i 1998 i antall konsultasjoner per fagårsverk, antall konsultasjoner og antall fagårsverk i poliklinikker for voksne. .	25
Figur 1.5	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder. Behandlere i psykisk helsevern for voksne 2000, 2002 og 2004.	26
Figur 2.1	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlere i psykisk helsevern for voksne og barn og unge. 2004.	33

Innholdsfortegnelse Vedlegg

1	Innledning	57
2	Metode	59
2.1	Datamateriale for 2004-undersøkelsen	59
2.1.1	Definisjoner og datagrunnlag for produktivitet 1998 til 2003	59
2.1.2	Data fra aktivitetsregistreringen	59
2.1.3	Strukturert spørreskjemaundersøkelse 2004	60
2.1.4	Intervjuundersøkelse	61
3	Produktivitet 1998 til 2003	63
3.1	Utvikling i perioden 1998 - 2003	63
3.2	Oppsummering.....	64
	Poliklinikker for barn og unge.....	64
	Poliklinikker for voksne	64
4	Hva bruker behandlerne tida si på?	67
4.1	Behandlernes tidsbruk fra 2004-undersøkelsen	67
4.2	Gruppering av arbeidsoppgaver.....	70
4.2.1	Direkte pasientkontakt	70
4.3	Sammenligning mellom nivået i 2000, 2002 og 2004	73
4.4	Oppsummering.....	76
5	Hvordan prioriterer behandlere med mye pasientkontakt?	79
5.1	Prioritering ved høyere andel pasienttid.....	79
5.2	Oppsummering.....	81
6	Analyse av aktivitetsprofil.....	83
6.1	Multivariat analyse.....	83
7	Resultater fra poliklinikker med ulik produktivitet.....	91
7.1	Tidsbruk i poliklinikker med ulik produktivitet.....	92

7.2	Behandlernes vurdering av egen arbeidssituasjon etter produktivitetsnivå	106
7.3	Behandlernes vurdering av hvordan egen poliklinikk fungerer etter produktivitetsnivå	108
7.4	Hvordan behandlerne selv ønsker å prioritere framover etter produktivitetsnivå ...	110
7.5	Ledernes vurderinger etter produktivitetsnivå	111
7.5.1	Opplever leder at helseforetaket er opptatt av å øke produktiviteten?	111
7.5.2	Har leder deltatt på lederopplæring siste år?	111
7.5.3	Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse	112
7.5.4	Innholdet i stilling som leder definert i egen stillingsinstruks	113
7.5.5	Leders vurdering av ulike påstander om sin jobb som leder	114
7.5.6	Holdning til bruk av pasientadministrativt system	116
7.5.7	Vurdering av egen produktivitet i egen poliklinikk	117
8	Bruk av håndboka	119
8.1	Tidligere års resultater angående bruk av håndboka	120
8.2	Bruk av håndboka	120
9	Behandlernes administrative oppgaver	121
9.1	Tid brukt til administrasjon	121
9.2	Inntaksprosedyre	122
9.2.1	Håndbokas anbefaling	122
9.2.2	Tidligere års resultater	122
9.2.3	Hvorvidt håndbokas anbefaling følges	122
9.2.4	Hvordan fungerer inntaksvurderingen?	122
9.2.5	Gjennomførte tiltak for å bedre inntaksvurderingen	123
9.3	Journal og epikriser	123
9.3.1	Håndbokas anbefaling	123
9.3.2	Tidligere års resultater	124
9.3.3	Hvorvidt håndbokas anbefaling følges	124
9.3.4	Tid brukt til journalføring	125
9.3.5	Hvordan fungerer utredning og innholdet i journal og epikrise?	125
9.3.6	Gjennomførte tiltak for å bedre utredningene og innholdet i journal og epikrise?	126

9.4	Avslutning av pasientforhold	127
9.4.1	Håndbokas anbefaling	127
9.4.2	Tidligere års resultater	127
9.4.3	Hvorvidt håndbokas anbefalinger følges?	128
9.4.4	Hvordan fungerer avslutningen av saker?	128
9.4.5	Gjennomførte tiltak for å bedre avslutningen av saker.....	129
9.5	Administrering av akutfunksjonen.....	129
9.5.1	Håndbokas anbefaling	129
9.5.2	Tidligere års resultater	129
9.5.3	Hvorvidt håndbokas anbefaling følges	130
10	Samarbeid	131
10.1	Tid brukt til samarbeid	131
10.2	Interne møter	131
10.2.1	Håndbokas anbefaling	131
10.2.2	Tidligere års resultater	132
10.2.3	Hvorvidt håndbokas anbefalinger følges	132
10.3	Samarbeid med eksterne instanser	134
10.3.1	Håndbokas anbefalinger	134
10.3.2	Tidligere års undersøkelser	134
10.3.3	Hvorvidt håndbokas anbefalinger følges	134
10.3.4	Tid brukt til konsultasjon/ samarbeid med hhv. første- og andrelinjen.....	135
10.3.5	Hvordan fungerer det eksterne samarbeidet?	136
11	Bemannings.....	139
11.1	Antall årsverk.....	139
11.2	Turnover	140
11.2.1	Tidligere års resultater	140
11.2.2	Turnover i 2004	140
11.3	Kontorfaglig kapasitet og kompetanse.....	140
11.3.1	Betydningen av velfungerende kontortjeneste.....	140
11.3.2	Kontorfaglig kapasitet og kompetanse.....	141

11.3.3	Antatte konsekvenser av tilstrekkelig kontorfaglig kapasitet og kompetanse	142
12	Ledelse og administrasjon	145
12.1	Videre disposisjon.....	145
12.2	Strukturelle rammebetingelser for poliklinikkleder	146
12.2.1	Funksjons- og stillingsbeskrivelse	146
12.2.1.1	Håndbokas anbefaling	146
12.2.1.2	Tidligere års resultater	146
12.2.1.3	Hvorvidt lederne har funksjons- og stillingsbeskrivelse	146
12.2.1.4	Hvorfor det er behov for funksjons- og stillingsbeskrivelse.....	147
12.2.2	Andel tid satt av til ledelsesfunksjonen	147
12.2.2.1	Håndbokas anbefaling	147
12.2.2.2	Tidligere års resultater	147
12.2.2.3	Andel tid satt av til ledelse.....	147
12.2.2.4	Nok tid til ledelse.....	148
12.2.3	Formell lederutdanning.....	149
12.2.3.1	Håndbokas anbefaling	149
12.2.3.2	Tidligere års resultater	149
12.2.3.3	Andel deltatt i lederopplæring	149
12.2.4	Lederveiledning.....	150
12.2.4.1	Håndbokas anbefaling	150
12.2.4.2	Tidligere års resultater	150
12.2.4.3	Andel mottatt lederveiledning	150
12.2.5	Pasientadministrativt datasystem (PAS)	150
12.2.5.1	Håndbokas anbefaling	150
12.2.5.2	Tidligere års resultater	151
12.2.5.3	Bruk av pasientadministrativt system.....	151
12.2.5.4	Tilgjengelighet til pasientadministrativt system	152
12.3	Kulturelle rammebetingelser for poliklinikklederne	153
12.3.1	Tidligere års resultater	153
12.3.2	Anerkjennelse for å bli ledet	153
12.3.3	Kollektivt ansvar	154

12.3.4	Ledelsens maktnmidler	154
12.4	Støtte fra eget helseforetak	155
12.4.1	Håndbokas anbefaling	155
12.4.2	Tidligere års resultater	155
12.4.3	Rammebetingelser fra helseforetaket	155
12.4.4	Helseforetakenes fokus	156
12.4.4.1	Tidligere års resultater	156
12.5	Poliklinikkens målsettinger	160
12.5.1	Faglig ledelse	161
12.5.1.1	Håndbokas anbefalinger	161
12.5.1.2	Vurdering av faglig ledelse	161
12.5.1.3	Vurdering av faglig kvalitet i behandlingen	162
12.5.2	Personalledelse	164
12.5.2.1	Håndbokas anbefaling	164
12.5.2.2	Vurdering av personalledelse	164
12.5.2.3	Vurdering av arbeidsmiljøet	165
12.5.3	Administrativ ledelse for derved å øke produktiviteten	167
12.5.3.1	Håndbokas anbefaling	167
12.5.3.2	Vurdering av administrativ ledelse	168
12.5.3.3	Vurdering av produktivitet	168
12.5.4	Ledelsens involvering	170
12.6	Poliklinikkledernes største utfordringer	171
13	Kompetanseutvikling	173
13.1	Tid brukt til kompetanseutvikling	173
13.1.1	Håndbokas anbefaling	173
13.1.2	Vurdering av tid brukt til kompetanseheving	174
13.1.3	Gjennomførte tiltak for økt kompetanseutvikling	175
13.2	Vurdering av tid brukt til veiledning	175
14	Organisasjonsutvikling	177
14.1	Evalueringer av poliklinikkens virksomhet	177
14.1.1	Håndbokas anbefaling	177

14.1.2	Gjennomførte evalueringer av poliklinikkens virksomhet.....	177
14.2	Andre tiltak for å utvikle organisasjonen.....	177
14.2.1	Håndbokas anbefaling	177
14.2.2	Gjennomførte organisasjonsutviklingstiltak	178

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Oversikt over områder som behandlerne i offentlige poliklinikker registrerte sin tidsbruk på over en periode på to uker våren 2000 og 2002 og høsten 2004.....	60
Tabell 3.1	Aktivitet og produktivitet i poliklinikker for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2003.....	63
Tabell 3.2	Aktivitet og produktivitet i poliklinikker for voksne. Absolutte tall og endring fra 1998-2003.....	64
Tabell 4.1	Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i ulike teamtyper i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for barn og unge. 2004.....	68
Tabell 4.2	Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i ulike teamtyper i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for voksne. 2004.	69
Tabell 4.3	Prosentandel av behandlerne med ulik tid på direkte pasientkontakt. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. Aktivitetsregistreringen 2002 og 2004.	70
Tabell 4.4	Prosentandel av behandlerne med ulik tid på ekstern kontakt. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.....	71
Tabell 4.5	Prosentandel av behandlerne med ulik tid på kompetansehevende arbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004	71
Tabell 4.6	Prosentandel av behandlerne med ulik tid på indirekte pasientarbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004	72
Tabell 4.7	Prosentandel av behandlerne med ulik tid på annet ikke pasientrelatert arbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004	73
Tabell 4.8	Prosent av tid i poliklinisk virksomhet etter type aktivitet. Offentlige poliklinikker for barn og unge og voksne. 2000, 2002 og 2004.....	74
Tabell 6.1	Lineær regresjonsanalyse av gjennomsnittlig tidsbruk i prosent på hhv direkte pasientkontakt, eksternkontakt, kompetanse, indirekte pasientarbeid og annet arbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge. Korrigerte standardfeil for klyngeeffekter ved poliklinikktilknytning. N=938.....	84
Tabell 6.2	Lineær regresjonsanalyse av gjennomsnittlig antall konsultasjoner per 7,5 time. Behandlere i poliklinikker for barn og unge. Korrigerte standardfeil for klyngeeffekter ved poliklinikktilknytning. N=791.	85
Tabell 6.3	Lineær regresjonsanalyse av gjennomsnittlig tidsbruk i prosent på hhv direkte pasientkontakt, ekstern kontakt, kompetanse, indirekte pasientarbeid og annet arbeid. Behandlere i poliklinikker for voksne. Korrigerte standardfeil for klyngeeffekter ved poliklinikktilknytning. N=1648.....	87
Tabell 6.4	Lineær regresjonsanalyse av gjennomsnittlig antall konsultasjoner per 7,5 time. Behandlere i poliklinikker for voksne. Korrigerte standardfeil for klyngeeffekter ved poliklinikktilknytning. N=1312.	88
Tabell 7.1	Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for barn og unge med ulikt antall direkte tiltak per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.....	92

Tabell 7.2	Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for barn og unge med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	93
Tabell 7.3	Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for voksne med ulikt antall konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	94
Tabell 7.4	Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for voksne med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	95
Tabell 7.5	Grad av enighet på ulike påstander om egen arbeidssituasjon. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	106
Tabell 7.6	Grad av enighet på ulike påstander om egen arbeidssituasjon. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	107
Tabell 7.7	Vurdering av hvor godt egen poliklinikk fungerer på ulike områder. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	108
Tabell 7.8	Vurdering av hvor godt egen poliklinikk fungerer på ulike områder. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	109
Tabell 7.9	Vurdering av om man ønsker å bruke mer eller mindre tid på ulike områder. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	110
Tabell 7.10	Vurdering av om man ønsker å bruke mer eller mindre tid på ulike områder. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.	110
Tabell 7.11	Gjennomsnittsskåre på spørsmål om HF-ledelsen har vært opptatt av å øke antall konsultasjoner og pasienter per behandler. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	111
Tabell 7.12	Gjennomsnittsskåre på spørsmål om HF-ledelsen har vært opptatt av å øke antall konsultasjoner og pasienter per behandler. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	111
Tabell 7.13	Andel ledere som har deltatt på lederopplæring siste år. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	111
Tabell 7.14	Andel ledere som har deltatt på lederopplæring siste år. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	112
Tabell 7.15	Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	112
Tabell 7.16	Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	112

Tabell 7.17	Andel ledere som har klart definert rolle i egen stillingsinstruks. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	113
Tabell 7.18	Andel ledere som har klart definert rolle i egen stillingsinstruks. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	113
Tabell 7.19	Grad av enighet i ulike påstander om jobben som leder. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	114
Tabell 7.20	Grad av enighet i ulike påstander om jobben som leder. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	115
Tabell 7.21	I hvilken grad leder bruker opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	116
Tabell 7.22	I hvilken grad leder bruker opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	116
Tabell 7.23	Hvor lett eller vanskelig er det å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	116
Tabell 7.24	Hvor lett eller vanskelig er det å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	117
Tabell 7.25	Leders vurdering av produktivitet i egen poliklinikk. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	117
Tabell 7.26	Leders vurdering av produktivitet i egen poliklinikk. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.	117
Tabell 8.1	Prosent ledere på spørsmålet: «Har du i løpet av det siste året brukt Statens helsetilsyns Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker i ditt arbeid som leder av poliklinikken?». Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	120
Tabell 8.2	Prosent ledere på spørsmålet: «Har Helseforetaket i løpet av det siste året brukt håndboka i sin kommunikasjon med deg som leder om driften av din poliklinikk?». Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	120
Tabell 9.1	Prosent tid av arbeidsdagen som brukes til ulike administrative oppgaver. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	121
Tabell 9.2	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener inntaksvurderingen i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	122
Tabell 9.3	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre inntaksvurderingen. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	123

Tabell 9.4	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utredningene i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	125
Tabell 9.5	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener innholdet i journal i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	125
Tabell 9.6	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener innholdet i epikrisene i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	126
Tabell 9.7	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre utredningene. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	126
Tabell 9.8	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre journalene. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	127
Tabell 9.9	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre epikrisene. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	127
Tabell 9.10	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener avslutning av saker i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	128
Tabell 9.11	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre avslutningen av saker. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	129
Tabell 10.1	Prosent tid av arbeidsdagen som brukes til samarbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	131
Tabell 10.2	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener avvikling av interne møter i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	132
Tabell 10.3	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre avvikling av interne møter. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	133
Tabell 10.4	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener det interne samarbeidet i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	133
Tabell 10.5	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre det interne samarbeidet i poliklinikken. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	134
Tabell 10.6	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	136
Tabell 10.7	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på generelt samarbeid med førstelinjen. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	136
Tabell 10.8	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener samarbeidet med andre instanser fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002.	137

Tabell 10.9	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener samarbeidet med førstelinjen fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	137
Tabell 10.10	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener samarbeidet med andre deler av det psykiske helsevernet fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	137
Tabell 10.11	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre samhandlingen med andre instanser. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	138
Tabell 11.1	Bemanningsutvikling. Antall årsverk. Endring 2001-2004.	139
Tabell 12.1	Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de har stillingsinstruks som definerer innholdet i deres stilling. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004	146
Tabell 12.2	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor stor andel av stillingen som er satt av til ledelse. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004 ..	148
Tabell 12.3	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvorvidt de mener det er satt av nok tid i stillingen til ledelsesfunksjonen. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004	148
Tabell 12.4	Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de har deltatt i lederopplæring. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004	149
Tabell 12.5	Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de har fått veiledning i sin rolle som leder. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004	150
Tabell 12.6	Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de bruker opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004	151
Tabell 12.7	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvorvidt de mener det er lett eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	152
Tabell 12.8	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Det er liten anerkjennelse for å bli ledet" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	153
Tabell 12.9	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Det er lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikken som felleskap " passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	154
Tabell 12.10	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Det er for få reelle maktmidler til lokal ledelse " passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	154
Tabell 12.11	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	155
Tabell 12.12	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Jeg får for lite hjelp av helseforetaket til å utvikle poliklinikken" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	156

Tabell 12.13	Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal øke antallet konsultasjoner per behandler. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	157
Tabell 12.14	Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal øke antallet pasienter per behandler. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	157
Tabell 12.15	Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal holde budsjettet. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	158
Tabell 12.16	Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal utvikle et godt arbeidsmiljø. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	158
Tabell 12.17	Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal sikre høy kvalitet i behandlingen. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	159
Tabell 12.18	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	159
Tabell 12.19	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Helseforetaket forholder seg ikke til hva som skal prioriteres ned" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	160
Tabell 12.20	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "For mye tid går med til organisasjonsprosesser på helseforetaks- og institusjonsnivå" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	160
Tabell 12.21	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener den faglige ledelsen av poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	161
Tabell 12.22	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre faglig ledelse. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	162
Tabell 12.23	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet « <i>Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling</i> » passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	162
Tabell 12.24	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvordan de mener pasientbehandlingen samlet sett fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	163
Tabell 12.25	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvordan de vurderer den faglige kvaliteten i egen poliklinikk. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.	163
Tabell 12.26	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet « <i>Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient</i> » passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	164

Tabell 12.27	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener personalledelsen av poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	164
Tabell 12.28	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre personalledelse. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.....	165
Tabell 12.29	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken» passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	165
Tabell 12.30	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor fornøyd eller misfornøyd de er med sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004	166
Tabell 12.31	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvordan de vurderer arbeidsmiljøet i egen poliklinikk. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004... ..	166
Tabell 12.32	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor fornøyd de er med egen arbeidssituasjon. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004. ..	167
Tabell 12.33	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor mange år de har vært leder for poliklinikken. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004....	167
Tabell 12.34	Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener den administrative ledelsen av poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	168
Tabell 12.35	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre administrativ ledelse. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.....	168
Tabell 12.36	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på direkte pasientkontakt. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	169
Tabell 12.37	Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvordan de vurderer produktiviteten i egen poliklinikk. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	169
Tabell 12.38	Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de har iverksatt tiltak for å bedre rutineene rundt registrering av aktivitet. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	170
Tabell 12.39	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet « Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse » passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	170
Tabell 12.40	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver» passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	171
Tabell 13.1	Prosent tid av arbeidsdagen som brukes til kompetanseutvikling. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	173
Tabell 13.2	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen» passer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	174

Tabell 13.3	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på egen kompetanseheving. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	174
Tabell 13.4	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering» passer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.....	175
Tabell 13.5	Gjennomførte tiltak for økt kompetanseutvikling	175
Tabell 13.6	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på veiledning/undervisning av andre i poliklinikken. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.....	176
Tabell 13.7	Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på veiledning til førstelinjetjenesten. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004	176
Tabell 14.1	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført evaluering av poliklinikken. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.	177
Tabell 14.2	Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført organisasjonsutviklingstiltak. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.....	178

Figuroversikt

Figur 4.1	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder. Behandlere i psykisk helsevern for barn og unge. 2000, 2002 og 2004.....	75
Figur 4.2	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder. Behandlere i psykisk helsevern for voksne 2000 og 2002.....	76
Figur 5.1	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlere i psykisk helsevern for barn og unge. 2004.	80
Figur 5.2	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlere i psykisk helsevern for voksne. 2004.	80

1 Er produktiviteten i poliklinikkene økende eller avtagende?

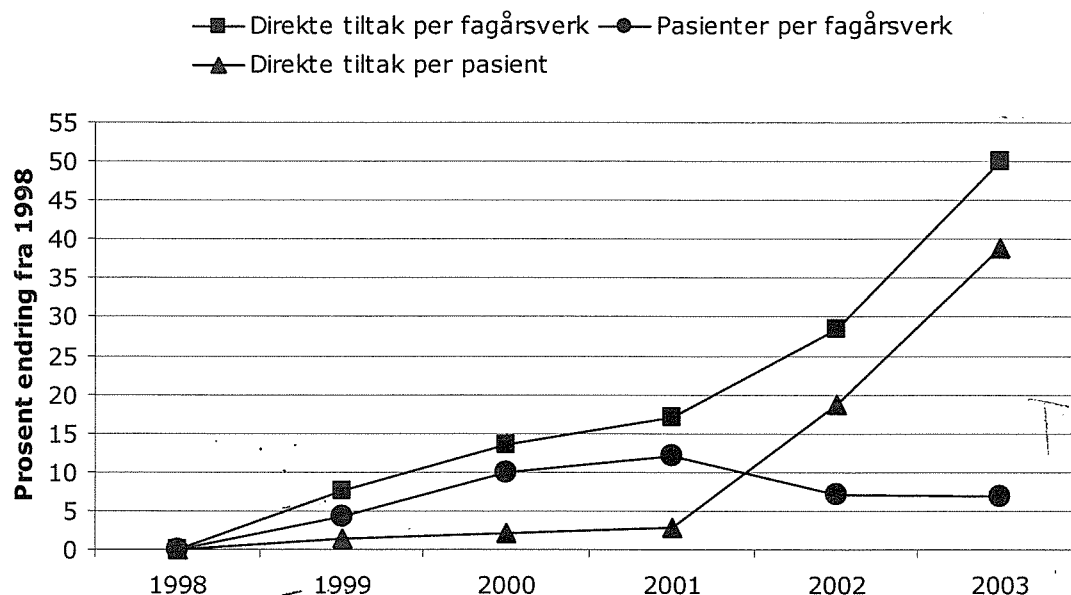
Ett av målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse var å øke tilgjengeligheten til tjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Det er med dette som bakgrunn man må forstå kravet om økning i produktiviteten ved poliklinikkene ved at hver behandler skulle gjennomføre flere konsultasjoner (St prp nr 63 1997-98). Målet var at man i løpet av planperioden skulle øke antall tiltak/konsultasjoner per fagårsverk med 50 prosent, både for poliklinikker for voksne og poliklinikker for barn og unge. I dette kapitlet anvender vi resultater fra vedleggskapittel 3,4 og 7.

1.1 Reell produktivitetsvekst i poliklinikker for barn og unge?

Stortingsmelding nr 25 (1996-97) pekte på klare mangler i det psykiske helsevernet for barn og unge. Meldingen la vekt på at tilgjengeligheten skulle økes slik at i alt fem prosent av barn og unge skulle få et tilbud i det psykiske helsevernet per år. Mens 47 prosent av personellressursene i det psykiske helsevernet for barn og unge går til poliklinisk virksomhet, behandles over 90 prosent av pasientene poliklinisk (Halsteinli et al. 2004). Siden døgnbehandling er svært ressurskrevende vil kravet om en dekning på fem prosent av barn og unge under 18 år i all hovedsak være en oppgave for poliklinikkene. Målet om fem prosent dekning skulle nås ved at poliklinikkene skulle få 400 flere fagårsverk, samtidig som hver behandler skulle øke antall tiltak med 50 prosent i løpet av planperioden (St prp nr 63 1997-98). Produktivitetsvekst i form av at hver behandler skulle behandle flere pasienter (økt pasientproduktivitet) ble ikke eksplisitt uttrykt i verken stortingsmeldingen eller i proposisjonen for Opptrappingsplanen (St meld 25 1996-97, St prp 63 1997-98). Muligheten for at produktivitetsveksten kunne tas ut i flere tiltak per pasient, og ikke i flere pasienter, ble heller ikke eksplisitt drøftet.

Hva har skjedd? Ved slutten av 2003 var målet om 400 flere fagårsverk nådd. Målt som antall pasientkontakter (direkte tiltak), økte konsultasjonsproduktiviteten med 50 prosent fra 1998 til 2003. Ut fra dette kan man altså si at man halvveis i Opptrappingsplanen allerede har nådd disse to kvantitative målene. Har man så fått en tilsvarende økning i antall barn og unge som har fått behandling i samme periode, eller har hele produktivitetsveksten blitt tatt ut i flere tiltak per pasient? Figur 1.1 viser den prosentvise økningen fra 1998 for direkte tiltak (pasientkontakter) per fagårsverk, pasienter per fagårsverk og direkte tiltak per pasient.

Poliklinikker for barn og unge



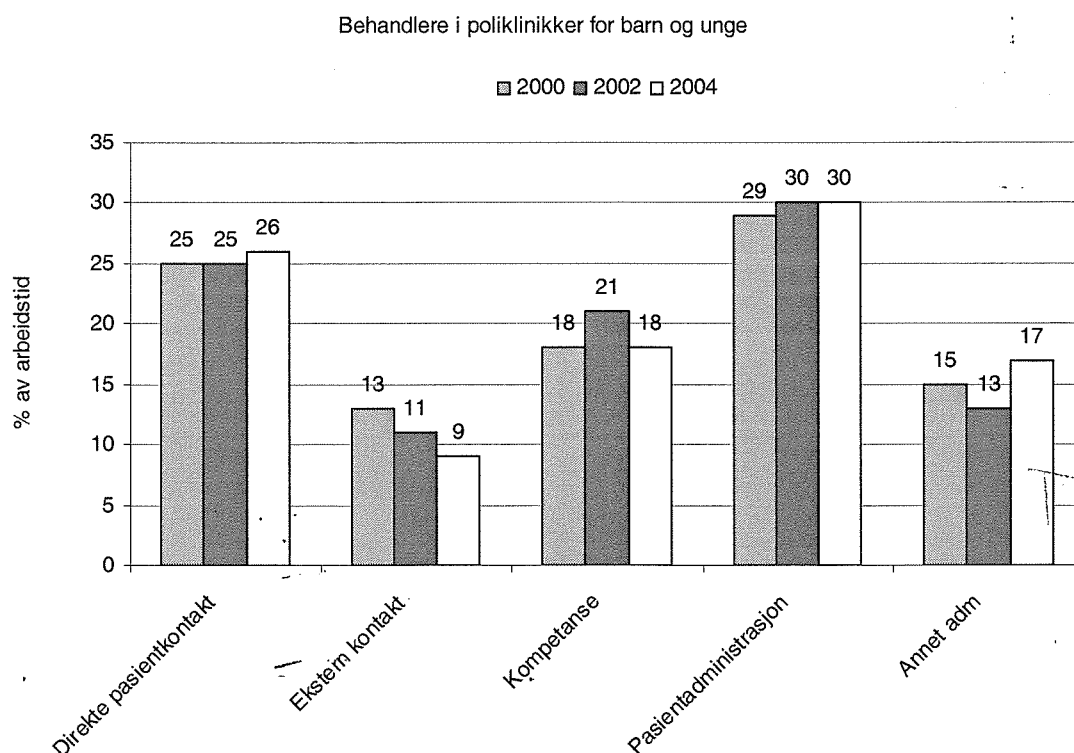
Figur 1.1 Prosent endring sett i forhold til nivået i 1998 i antall direkte tiltak per fagårsverk, antall pasienter per fagårsverk og antall direkte tiltak per pasient i poliklinikker for barn og unge.

Figur 1.1 viser et interessant bilde av utviklingen. I perioden 1998 til 2001 økte direkte tiltak per behandler og pasienter per behandler omtrent likt. Det vil si at antall direkte tiltak per pasient lå ganske stabilt i perioden fra 1998 til 2001. I denne perioden økte altså poliklinikkene sin produktivitet på en slik måte at flere barn og unge fikk hjelp som følge av dette.

Etter 2001 skjedde det en markant endring i utviklingen. Det var en kraftig økning i direkte tiltak per fagårsverk, med en tilsvarende økning i direkte tiltak per pasient. Antall pasienter per fagårsverk gikk faktisk noe ned i samme periode, altså stikk i strid med forventningene om at produktivitetsveksten skulle bedre dekningen. Denne endringen skjedde samtidig med at man fikk den nye foretaksreformen, hvor produktivitetskravet ble forsterket gjennom de statlige styringssignalene til de regionale helseforetakene. Det ble i Helsedepartementets styringsdokumenter for 2003 til de regionale helseforetakene stilt krav om økning i konsultasjonsproduktiviteten på 30 prosent for perioden 2002 og 2003 (Helsedepartementet 2002). Det ble ikke stilt tilsvarende krav om økning i pasientproduktiviteten.

Er det så grunn til å anta at behandlerne har lagt om sin behandlingspraksis så drastisk etter 2001, ved at hver pasient får vesentlig mer behandling enn det som var tilfellet tidligere? Eller er kravet til økning i konsultasjonsproduktivitet søkt løst gjennom økt registrering av tiltak?

I den neste figuren får vi innblikk i om behandlerne har endret prioriteringen mellom arbeidsoppgaver i 2000, 2002 og 2004. Figuren viser hvordan behandlerne prioriterte mellom fem ulike hovedområder for aktivitet, basert på tre aktivitetskartlegginger over to uker i 2000, 2002 og 2004. Hensikten med disse undersøkelsene har vært å framskaffe et bedre tallgrunnlag for andre oppgaver som er tillagt behandlerne, ut over direkte pasientkontakt målt for eksempel med direkte tiltak.



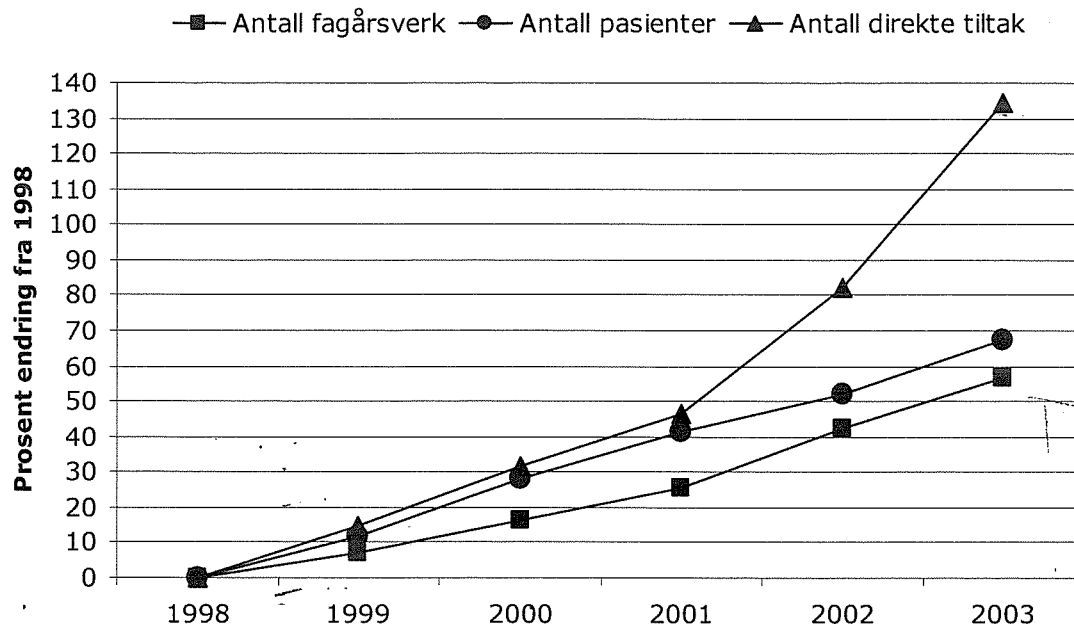
Figur 1.2 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder. Behandlere i psykisk helsevern for barn og unge, 2000, 2002 og 2004.

Behandlerne i poliklinikker for barn og unge har i relativt liten grad endret seg når det gjelder andel tid som går til direkte pasientkontakt. Den direkte pasienttid utgjorde 25 prosent av arbeidsdagen både i 2000 og 2002, mens den var på 26 prosent i 2004. I den perioden hvor det er rapportert om en kraftig økning i direkte tiltak per fagårsværk (figur 1.1), er det altså lite som tyder på at behandlerne prioriterer å bruke mer tid på direkte pasientarbeid. Dette styrker med andre ord antakelsen om at økningen i direkte tiltak per behandler i stor grad skyldes økt registrering av aktivitet.

Poliklinikkene skal bidra til å lette samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både samarbeid i behandlingen av den enkelte pasient, men også generelt samarbeid ut over konkrete enkeltsaker. Stortingsmeldingen som lå til grunn for Opptappingsplanen var klar på at dette var et område som måtte styrkes (St meld 25 1996-1997). Andelen av tiden som behandlerne av barn og unge brukte til ekstern kontakt ble redusert fra 13 prosent i 2000 til ni prosent i 2004. Tatt i betraktning av at dette er en prioritert oppgave er dette en utvikling stikk i strid med de statlige styringssignalene. I tillegg er dette en utvikling som heller ikke rimer med fagutviklingen i feltet, hvor nettopp mer utadrettet virksomhet gjennom nye typer lavterskel tilbud er vektlagt. Denne nedgangen har i første rekke skjedd som følge av mer ikke-pasientrettet administrativt arbeid.

Omfanget av kompetansetid har gått noe ned fra 2002, men ligger på samme nivå som 2000-undersøkelsen.

Poliklinikker for barn og unge



Figur 1.3 Prosent endring sett i forhold til nivået i 1998 i antall direkte tiltak, antall fagårsverk og antall direkte tiltak per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge.

Som det framgår av figur 1.3 har det vært en kraftig vekst i antall fagårsverk, med over 50 prosent i løpet av perioden. Samtidig har økningen i direkte tiltak vært større enn veksten i fagårsverk gjennom hele perioden. Dette har gitt en jevn vekst i antall direkte tiltak per behandler, over perioden på ca 50 prosent. Det er grunn til å stille spørsmål ved den kraftige veksten i direkte tiltak, jfr. tidligere om at dette trolig skyldes endret registreringspraksis.

1.2 Små endringer i poliklinikker for voksne

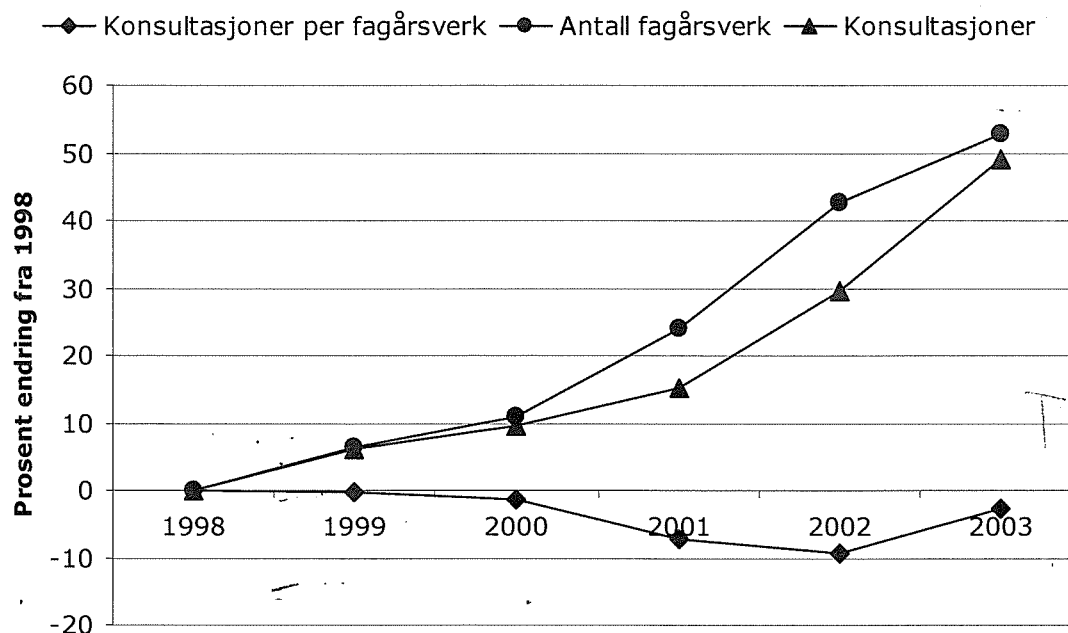
I henhold til St prp nr 63 (1997-98) skulle også poliklinikker for voksne øke sin konsultasjonsproduktivitet med 50 prosent. Dette til tross for et over dobbelt så høyt produktivitetsnivå i voksenpoliklinikkene, sammenlignet med poliklinikker for barn og unge. I 1998 hadde hver behandler i voksenpoliklinikkene i gjennomsnitt omlag 390 pasientkontakter i året, målt som konsultasjoner. Til sammenligning hadde hver behandler i poliklinikker for barn og unge i 1998 i gjennomsnitt 171 pasientkontakter, målt som direkte tiltak.

Forskjellige poliklinikker med relativt like oppgaver (allmennpsykiatri ved DPS-er) har imidlertid hatt svært forskjellig produktivitetsnivå (Hatling (red.) 2004). Derfor skulle man anta at utfordringen for voksenpoliklinikkene var at de som lå lavt skulle ta etter de med høy produktivitet, og at dette igjen ville heve produktiviteten for poliklinikkene totalt.

I figur 1.4 viser vi den prosentvise endringen sammenlignet med 1998 i antall konsultasjoner per fagårsverk, antall konsultasjoner og antall fagårsverk¹.

¹ Vi har ikke tilgjengelige data for antall pasienter fra før 2002. Vi kan derfor ikke vise tall for antall pasienter per fagårsverk og antall konsultasjoner per pasient for dette tidsrommet. Med tanke på utviklingen i poliklinikker for barn og unge er dette uheldig, siden vi ikke kan se om det innen poliklinikker for voksne har skjedd en utvikling som kan tyde på endring i antall konsultasjoner per pasient. Estimert ut fra data fra 2002 og 2003 finner vi en svak økning i antall konsultasjoner per pasient for disse årene - 7,0 i 2002 mot 7,3 i 2003. Det er imidlertid for tidlig å konkludere med at man har samme utvikling i voksenpoliklinikkene som i barn og unge-poliklinikkene.

Poliklinikker for voksne



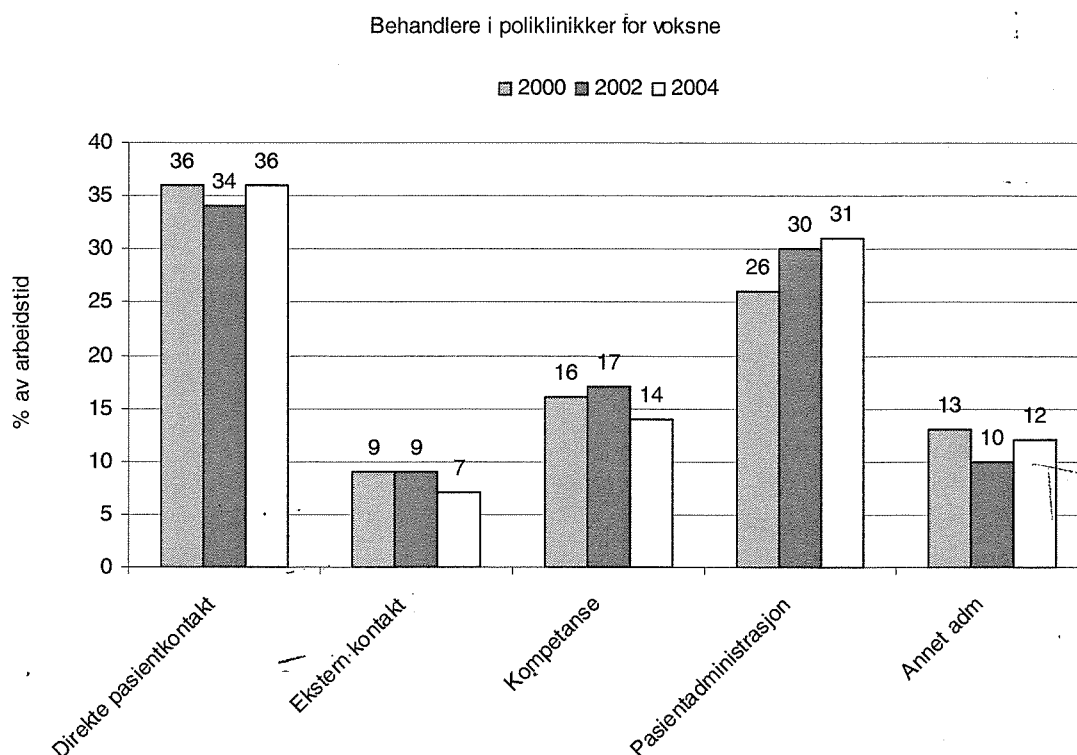
Figur 1.4 Prosent endring sett i forhold til nivået i 1998 i antall konsultasjoner per fagårsverk, antall konsultasjoner og antall fagårsverk i poliklinikker for voksne.

Vi ser at det har vært en kraftig vekst i fagpersonell i voksenpoliklinikkene. Sammenlignet med 1998 var det en økning på over 50 prosent. I 1999 og 2000 var økningen i konsultasjoner omtrent lik økningen i fagpersonell, noe som gir uendret antall konsultasjoner per behandler i denne perioden.

I perioden 2000 til og med 2002 er økningen i fagårsverk større enn økningen i konsultasjoner, noe som gir seg utslag i en nedgang i antall konsultasjoner per behandler. Fra 2002 til 2003 øker imidlertid antall konsultasjoner relativt sett mer enn antall fagårsverk, slik at antall konsultasjoner per fagårsverk er tilnærmet likt nivået i 1998.

Ut fra et styringsperspektiv kan man tolke utviklingen vi ser på to forskjellige måter. På den ene siden ser vi at målet om 50 prosent vekst i konsultasjoner per behandler på ingen måte er nådd. På den andre siden ser vi at poliklinikkene faktisk har klart å opprettholde det nivået de hadde i 1998, samtidig med at det har blitt over 50 prosent flere fagårsverk i samme periode. Hvis man ikke hadde hatt kravet til økning i produktivitet til voksenpoliklinikkene ville dette trolig blitt sett på som svært bra. Som vist tidligere skyldes økningen i barn og ungepoliklinikkene sannsynligvis endret registreringspraksis.

Hva med de øvrige oppgavene til behandlerne i voksenpoliklinikkene? Den neste figuren viser hvordan behandlerne prioriterte mellom fem ulike arbeidsområder, basert på tre aktivitetskartlegginger over to uker i 2000, 2002 og 2004.



Figur 1.5 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder. Behandlere i psykisk helsevern for voksne 2000, 2002 og 2004.

Behandlerne i poliklinikker for voksne brukte mellom 34 – 36 prosent av tida til direkte pasientkontakt i de tre undersøkelsestidspunktene. Dette er omtrent ti prosentpoeng mer enn det behandlerne i barn og unge-poliklinikkene bruker på direkte pasientkontakt.

Andelen tid brukt til ekstern kontakt har gått svakt tilbake, fra ni til syv prosent. Andelen tid til kompetanseaktivitet har gått ned fra 17 til 14 prosent siden 2002-undersøkelsen. Tid til pasientadministrasjon har imidlertid økt med fem prosentpoeng fra 2000 til 2004, i hovedsak ved at behandlerne oppgir å bruke mer tid på journalføring i 2002 og 2004 enn i 2000. Det er et interessant spørsmål om kravene til ansvarliggjøring og søkelys rettet mot feil og mangler i det psykiske helsevernet har gjort behandlerne mer forsiktige ved at de bruker mer tid på dokumentasjon av sin virksomhet.

Fra 2000 til 2002 brukte behandlerne mindre tid på annet administrativt arbeid, men dette har gått noe opp igjen i 2004-undersøkelsen.

Det er samlet sett ikke noe som tyder på at det i poliklinikker for voksne har skjedd en tilsvarende økning i registrering av aktivitet som den vi antar har funnet sted i poliklinikkene for barn og unge.

1.3 Er målet om 50 prosent økning i produktivitet nådd?

Isolert sett har man i poliklinikkene for barn og unge nådd målet om 50 prosent økning i tiltak per behandler (konsultasjonsproduktivitet) i perioden 1998 til 2003, altså midtveis i opptrappingsplanperioden. I perioden før foretaksreformen – 1998 til og med 2000 – økte både konsultasjonsproduktiviteten og pasientproduktiviteten per fagårsverk. Etter at foretaksreformen trådte i kraft ble det en kraftig vekst i konsultasjonsproduktiviteten, mens pasientproduktiviteten faktisk gikk noe tilbake. Vi har i denne perioden altså fått en kraftig vekst i direkte tiltak per pasient. Sett i lys av at behandlerne i samme periode ikke har endret seg særlig med hensyn til hvor mye tid de bruker på pasientkontakt, er det derfor

nærliggende å anta at man i poliklinikkene for barn og unge har "løst" kravet til økt konsultasjonsproduktivitet ved å registrere mer.

Voksenpoliklinikkene har på sin side ikke endret sin konsultasjonsproduktivitet særlig, til tross for de samme kravene om 50 prosent vekst.

I tillegg til økt konsultasjonsproduktivitet er tjenestene til barn og unge også forventet å øke dekningsgraden opp fra to til fem prosent ved slutten av Opptappingsplanen. I 2003 var dekningsgraden på 3,1 prosent. Ettersom en nå har oppfylt målet om økt personell i de polikliniske tjenestene, må de resterende 1,9 prosent i økt dekningsgrad oppfylles gjennom økt pasientproduktivitet. Det har vært en økning i pasientproduktivitet på åtte prosent per behandler fra 1998 til 2003. For den resterende del av Opptappingsplanen må pasientproduktiviteten øke med over 60 prosent for å nå målet om en dekningsgrad på fem prosent. En slik måloppnåelse krever endringer i arbeidsformer ved den enkelte poliklinikk i et omfang en så langt ikke har sett (jf kapittel 3).

Det ble ikke stilt tilsvarende krav til dekningsgrad for tjenestene til voksne, og her skjer også en langt større del av behandlingen i form av døgnbehandling. Basert på et estimat behandles ca 100 000 voksne poliklinisk hvert år, en dekningsgrad på ca 2,8 prosent. I tillegg kommer døgn- og dagtilbudet. Vi vet ikke hvor stor andel som får en kombinasjon av to eller flere tilbud i løpet av et år, og kan derfor ikke si noe sikkert om den totale dekningsgraden.

1.4 Har de statlige produktivitetskravene vært presise nok?

Bakgrunnen for kravet om produktivitetsvekst må ses i lys av lange ventetider og stort behov for behandling for psykiske plager, både blant voksne og barn og unge. Det tar tid å utdanne flere behandlere, og disse behandlerne kunne også vært brukt andre steder, for eksempel i døgnbehandling eller i primærhelsetjenesten. Derfor vil det med nødvendighet stilles spørsmål ved ressursutnyttelsen.

Når vi ser at utviklingen ikke har gått i ventet retning, er det på sin plass å spørre om styringskravene slik de ble stilt til poliklinikkene var riktige. I samme periode som man har satt store krav til produktivitetsvekst, har det i begge sektorene vært en økning på over 50 prosent flere fagårsverk. Denne kraftige veksten vil med nødvendighet ha stilt store krav til opplæring og organisasjonsutvikling. Man kan derfor stille spørsmål om kravet til produktivitetsvekst burde vært koblet tettere opp mot veksten i antall behandlere.

Helseforetaksreformen, hvor staten tok over som eier av spesialisthelsetjenesten, hadde stort fokus på ledelse. Ambisjonen er ledelsesprinsipper som man kjenner fra private organisasjoner, hvor ansvaret skal være klart definert på ulike ledernivå (Se Kjekshus 2005 for en drøfting). Hvert regionalt helseforetak har sitt styre og tilsvarende for helseforetakene. Staten som eier gir retningslinjer for hva styrene skal gjøre, men legger seg ikke opp i den daglige driften av virksomheten. I en slik ledelsesmodell vil poliklinikklederen være svært viktig. Poliklinikklederen står imidlertid i et krysspress mellom krav til forsvarlig ressursbruk og krav til forsvarlig behandling. I den kliniske hverdagen er det heldigvis slik at normene om faglig forsvarlighet veier svært tungt. Hvis styringssignalene får et for stort fokus på ressursbruk og økonomi er det fare for at dette oppfattes å være i strid med normene om faglighet (Vareide 2001). For at styringssignalene skal etterfølges vil det derfor påhvile både RHF- og HF-nivået et stort ansvar i å fagliggjøre disse signalene, slik at de oppfattes som meningsfulle av lederne som skal utøve dem. Med andre ord burde styringsnivået over poliklinikklederne være svært opptatt av den faglige kvaliteten på behandlingen. I vår undersøkelse blant alle poliklinikklederne høsten 2004 svarte 39 prosent av poliklinikklederne at de var helt eller litt enig i at «Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet». Sett i lys av foregående argument er ikke dette et særlig høyt tall.

Når vi spurte hva poliklinikklederne oppfattet at ledelsen i helseforetaket var opptatt av, svarte over 80 prosent at helseforetaket var opptatt av at antallet konsultasjoner per behandler skulle økes. Vel 30 prosent mente at ledelsen av helseforetaket var opptatt av poliklinikken skulle utvikle et godt arbeidsmiljø. Bare 45 prosent syntes helseforetaksledelsen

var opptatt av å sikre høy faglig kvalitet på behandlingen. Nesten 90 prosent mente at helseforetakets ledelse var opptatt av budsjettbalanse.

Med bakgrunn i svarene fra poliklinikklederne er det grunn til å stille spørsmål ved måten de statlige styringssignalene videreføres av RHF-HF-nivået.

1.5 Lederne uenige i produktivitetskravet

Hva mener så poliklinikklederne om behovet for produktivitetsvekst? På spørsmål om hva de selv mener om produktivitetsnivået i egen poliklinikk er det ingen som svarer at produktiviteten er alt for lav, mens om lag 12 prosent mener nivået er lavt. Om lag halvparten mener produktiviteten i egen poliklinikk er på et passe nivå, mens nesten 40 prosent faktisk mener den er høy.

Ut fra disse svarene er det lite som tyder på at lederne har stor forståelse for de statlige styringssignalene om økt produktivitet. Når i tillegg om lag halvparten av poliklinikklederne oppfatter at de får lite hjelp av helseforetaket i å utvikle poliklinikken, understreker dette problemet med fagliggjøring av styringssignalene.

1.6 Behandlerne enige i produktivitetskravet?

Vi har ikke stilt direkte spørsmål til behandlerne om hva de mener om produktiviteten i egen poliklinikk. Vi har derimot spurt om hva de ønsker å bruke mer eller mindre tid på. Over halvparten av behandlerne kunne ønsket å bruke mer tid på pasientkontakt, mens 43 prosent er fornøyd med det nivået de har. Bare fire prosent kunne tenkt seg å bruke mindre tid til pasientkontakt.

I denne sammenheng melder problemene med prioritering seg i fullt monn. Flertallet av behandlerne ønsket også å bruke mer eller like mye som før både på generelt samarbeid og samarbeid om enkeltpasienter med førstelinjen, egen kompetanseheving, veiledning og undervisning av andre i poliklinikken og av førstelinjen.

I en situasjon hvor behandlerne ønsker å gjøre mer av alt er det altså grunn til å anta at behovet for ledelse er stort. Når så poliklinikklederne på sin side opplever at de får for lite hjelp og støtte av helseforetaket, og i tillegg oppfatter at helseforetakets ledelse i all vesentlighet er opptatt av flere konsultasjoner og at budsjettet skal holdes, er det kanskje ikke annet å vente enn at utviklingen ikke går i den retning man ønsker.

1.7 Oppsummering og anbefalinger

Det har blitt satt fram klare mål om økt produktivitet for poliklinikkene i det psykiske helsevernet. I perioden 1998 til 2001 økte både konsultasjons- og pasientproduktiviteten i barn og unge-poliklinikkene. Etter 2001 har antall direkte tiltak per behandler gått kraftig opp, mens antall pasienter per behandler har gått svakt tilbake. I samme periode har det i liten grad skjedd endringer i hvordan behandlerne arbeider, målt ved tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver. Det kan derfor være grunn til å anta at den store veksten i direkte tiltak per fagårsverk skyldes økt registrering av aktivitet, snarere enn endret praksis.

Voksenpoliklinikkene har på sin side hatt tilnærmet uendret konsultasjonsproduktivitetsnivå i perioden 1998 til og med 2003.

Det er verdt å merke seg at i samme periode som staten har stilt høye krav til produktivitetsvekst har det funnet sted en kraftig bemanningsvekst. Det var i 2003 over 50 prosent flere polikliniske fagårsverk i begge sektorene.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om styringskravet om produktivitetsvekst slik det er formulert til nå bør endres. Det bør i første omgang utarbeides styringskrav som tar hensyn til veksten i fagfolk. Det er klart at krav om kraftig vekst i produktivitet, samtidig med at

poliklinikkene i det psykiske helsevernet bygges ut i stort monn, er problematisk. For eksempel kan kravet til produktivitet være lettere å nå når bemanningsveksten nå flater ut.

Det bør videre gå tydelig fram om man ønsker en produktivitetsvekst som skal øke tilgjengeligheten eller ikke. For å nå målet om økt tilgjengelighet bør videre produktivitetsøkning skje ved å øke antall pasienter per fagårsverk. Dette må ses i lys av ressursinnsatsen til den enkelte pasient, for eksempel målt som antall konsultasjoner per pasient.

Styringssignalene må fagliggjøres. Slik poliklinikklederne oppfatter det er man på helseforetaksnivå i for liten grad opptatt av poliklinikkens faglige profil, men svært opptatt av antall konsultasjoner og at budsjettet skal holdes. Kravet til produktivitet må derfor settes i en klinisk kontekst som oppfattes relevant også i fagfeltet. Til nå har den polikliniske virksomheten i første rekke økt i omfang. Utviklingen videre vil trolig gå i retning av nye typer poliklinisk virksomhet, for eksempel akutt-team og ambulante team. Dette er virksomheter som har som hovedmål å drive oppsøkende tilbud til de pasientene som har de tyngste og mest krevende lidelsene. Dette vil med andre ord være ressurskrevende behandling som ikke kan sammenlignes med vanlig kontorbasert samtalebehandling. Det er derfor behov for at man i tillegg til å telle konsultasjoner og pasienter, trenger vesentlig bedre informasjon om hvilke pasienter som er til behandling. Dette gjelder blant annet hvilke diagnoser som er til behandling, men kanskje like mye hvor alvorlige tilstander pasientene har når de kommer til behandling. I denne sammenhengen er det opplagt at gode pasientdatasystemer er en forutsetning.

2 Hva kjennetegner de mest produktive poliklinikkene og behandlerne?

Det er til dels store forskjeller i produktivitetsnivå mellom poliklinikker (Hatling (red.) 2004). Produktivitetsnivået til poliklinikkene enkeltvis er også relativt stabilt over år (Hatling (red.) 2002). Vet vi noe om hvorfor enkelte poliklinikker er mer produktive enn andre? I dette kapitlet trekker vi fram resultatene fra denne og andre undersøkelser. Drøftingen her er i hovedsak basert på vedleggskapitlene 3 til 7.

Bruk av håndboka ser ikke ut til å ha noen betydning for produktivitetsnivået i poliklinikkene. Dette henger trolig sammen med at det er til dels svært ulike årsaker til at poliklinikklederne har brukt håndboka. I en undersøkelse blant lederne av poliklinikkene i 2002, svarte de som hadde brukt håndboka at den var et relevant hjelpemiddel for flere tema og problemstillinger (Hatling (red.) 2003). Håndboka er derfor ikke et entydig verktøy for å heve produktiviteten i poliklinikkene, men har vært brukt som et hjelpemiddel for poliklinikklederne i å drifte og utvikle poliklinikkene. Ved én av de poliklinikkene hvor vi intervjuet ledelsen, gikk det fram at man brukte håndboka som hjelpemiddel til å skaffe bedre rutiner for kompetansehevingen i poliklinikken. Dette var en poliklinikk med høy produktivitet over flere år og der så man utfordringen mest i å opprettholde nivået, samtidig som behandlerne fikk tid til faglig oppdatering. Siden det er svært forskjellige innfallsvinkler til bruk av håndboka er det derfor ikke uventet at det er små forskjeller i produktivitetsutvikling i poliklinikker avhengig om man har brukt håndboka eller ikke.

Det har vært en kraftig vekst i antall fagårsverk i poliklinikkene over lengre tid. Fra 1998 til 2003 steg antall fagårsverk med 57 prosent i poliklinikkene for barn og unge, mens veksten var på 53 prosent i poliklinikkene for voksne. Resultatene tyder på at dette har konsekvenser for produktiviteten. Nyansatte kan ikke forventes å gå inn i poliklinikkens arbeid fra dag én med samme produktivitet som erfarne behandlere. Resultatene fra våre analyser viser en relativt klar sammenheng mellom vekst i poliklinikkens fagårsverk og nedgang i direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk (Hatling (red.) 2002, Hatling (red.) 2004). Aktivitetsregistreringen viser også at nyansatte bruker mindre tid på pasientkontakt i form av både antall konsultasjoner og timer. Dette henger særlig sammen med mer tid til kompetanseheving. I tillegg til dette kan det for eksempel for nyansatte ta mer tid å sette seg inn i situasjonen til nye pasienter, som igjen kan gi seg utslag i produktiviteten målt i antall pasienter per behandler ved den aktuelle poliklinikken.

Analysen av produktiviteten i barn og unge-poliklinikker i Halsteinli et al. (2003), indikerer at jo større poliklinikken blir, desto lavere produktivitetsnivå har poliklinikken. Denne analysen kan tyde på at det også er vanskelig å hente inn igjen det produktivitetstapet man har hatt som følge av økt størrelse. Analysen i Halsteinli et al. støttes av data fra hvordan behandlerne prioriterer mellom arbeidsoppgaver. I rapporten fra denne evalueringen i 2003, så vi på betydningen av poliklinikkens størrelse for hvor mye tid som ble brukt på ulike aktiviteter (Hatling (red.) 2003). Det er en tendens til at større poliklinikker for barn og unge bruker mer tid til kompetansehevende tiltak og at dette går ut over den tida som stilles til rådighet for pasientene. Disse forskjellene skyldes vel og merke ikke at man har flere under videreutdanning i de store poliklinikkene. Spørsmålet er da om dette har sammenheng med enkelte av de store poliklinikkens ansvar for forskning og undervisning, dvs. kompetansearbeid som ikke har noe med videreutdanning å gjøre?

Det er en markert høyere produktivitet i poliklinikker for voksne, sammenlignet med nivået i barn og unge-poliklinikkene, både når det gjelder antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk og antall pasienter per fagårsverk. I 2003 var det i poliklinikker for barn og unge 257 direkte tiltak per fagårsverk mot 378 konsultasjoner per fagårsverk i voksenpoliklinikkene. Hvert fagårsverk behandlet i gjennomsnitt om lag 27 pasienter i barn og unge-poliklinikkene, mens tilsvarende tall for voksenpoliklinikkene var 52. Dette henger i stor grad sammen med at behandlerne i voksenpoliklinikkene bruker vesentlig mer tid på pasientkontakt enn det som behandlerne i poliklinikkene for barn og unge gjør. Når behandlerne for barn og unge bruker mindre tid på pasientkontakt enn voksenbehandlerne, henger dette sammen med at de bruker mer tid på kompetanseheving og annet ikke pasientrettet administrativt arbeid.

Det er forskjeller i arbeidsmåter mellom ulike teamtyper. De fleste behandlerne jobber i allmennpsykiatriske team. I vår undersøkelse arbeidet 83-84 prosent av behandlerne for barn og unge ved allmennpsykiatriske team, både i 2002 og 2004. I forhold til tidsbruk er det relativt små forskjeller mellom de ulike teamtypene i poliklinikkene for barn og unge, men det er en viss tendens til at man i ulike spesialteam bruker noe mindre tid til direkte pasientkontakt. I voksenpoliklinikkene arbeidet om lag 61-62 prosent ved allmennpsykiatriske team, både i 2002 og i 2004. Det er til dels betydelige forskjeller mellom de ulike teamtypene i forhold til tidsbruk. For eksempel bruker behandlere i alderspsykiatriske team vesentlig mindre tid på direkte pasientkontakt, men til gjengjeld mer tid til ekstern kontakt.

Den polikliniske virksomheten er i stor endring, nye typer polikliniske tilbud er under utvikling, og kunnskapen om arbeidsmåtene i de ulike teamtypene er begrenset. Dette er et område man bør undersøke nærmere. Hvilke arbeidsformer er faglig og produktivtmessig best, og under hvilke forutsetninger? Dette setter temaet produktivitet i en større sammenheng. Hva skal man for eksempel sammenligne ambulant poliklinisk virksomhet med, jf St prp nr 1 (2004-2005) hvor ambulante team forutsettes etablert ved alle DPS? Skal man sammenligne denne virksomheten med allmennpsykiatriske team eller bør man heller se dette i sammenheng med eventuelt reduserte antall akuttinnleggelser på døgnavdelinger?

Det er små forskjeller i produktivitet mellom profesjonsgruppene. Det er en tendens til at psykiaterne i barn og unge-poliklinikkene har flere konsultasjoner per dag og bruker mer tid på pasientkontakt, enn de øvrige profesjonsgruppene. Det er ikke slike forskjeller blant behandlerne i voksenpoliklinikkene.

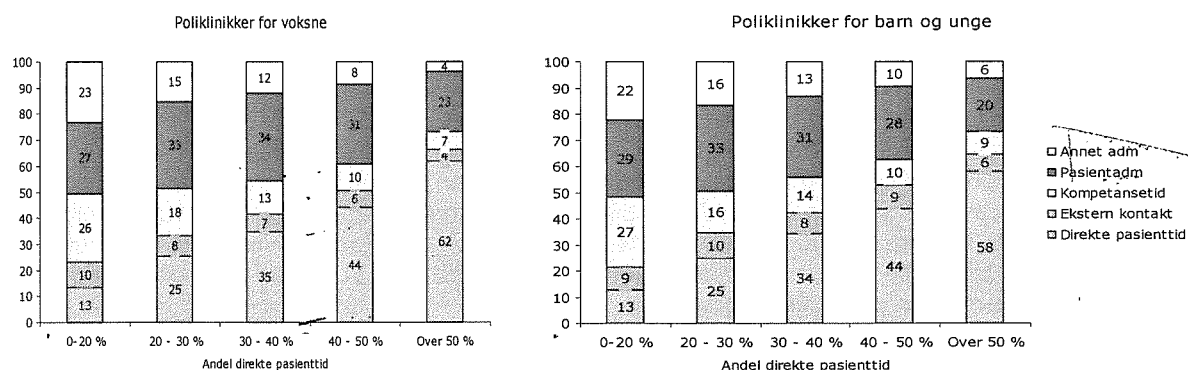
Det er altså ikke store forskjeller mellom profesjonene i tid som går til direkte pasientarbeid. Dette kan hvile på at det er få klare retningslinjer for hva som skal være arbeidsoppgavene for de ulike profesjonene, og det er liten konsensus omkring hvem som skal gjøre hva. I tillegg har psykisk helsevern i lang tid vært preget av knapphet på fagfolk, noe som blant annet Opptrappingsplanen for psykiske lidelser skulle bøte på. Det er derfor grunn til å tro at man mange steder har vært nødt til å anvende de fagfolk man har hatt tilgjengelig, mer enn fagfolk etter profesjon.

Det er vanskelig å definere kjernekompetansen og dermed arbeidsprofilen til de ulike profesjonene (Statens helsetilsyn 2001b). På den ene siden har de ulike profesjonene ofte ulik innfallsvinkel til samme tema, ikke bare at de har kunnskap om forskjellige tema. Dette vil derfor kreve betydelig tverrfaglig samarbeid om de samme oppgavene. I så måte kan man tenke seg at de ulike profesjonene bruker like mye tid på de forskjellige oppgavene, men at de bringer inn forskjellig innsikt. På den andre siden vet vi at arbeidsdeling mellom profesjonene har vært og er gjenstand for diskusjon, jf eksempelvis prosessen forut for Statens helsetilsyn (2001b).

For den enkelte poliklinikk er diskusjonen om profesjonenes arbeidsdeling sannsynligvis både et stort og potensielt konfliktskapende spørsmål og det er få nasjonale retningslinjer for hvordan dette skal gjøres. Det er tvilsomt om en tydeligere arbeidsdeling vil gi økt produktivitet, i hvert fall på kort sikt. Om det vil øke kvaliteten er et åpent spørsmål. Utfordringen for poliklinikkene ligger i hvordan man prioriterer mellom de ulike arbeidsoppgavene. Er det for eksempel fornuftig å bruke mye tid til kompetansehevede tiltak all den tid det er doku-

mentert at tilgjengeligheten er for lav til spesialiserte tjenester for psykiske lidelser, spesielt for barn og unge (Halsteinli et al. 2003)? I denne sammenhengen er det viktig at en slik prioritering har en god balanse mellom behovet for å drive kvalitativt god behandling med de pasientene man til enhver tid har inne, opp mot det tilbudet som ikke gis til de som står utenfor og som trenger hjelp.

Behandlerne bruker en vesentlig del av tida si til kompetanseheving. Det kan se ut som om kompetanseheving er en legitim grunn til å redusere klinisk arbeid. I den neste figuren har vi gruppert behandlerne etter hvor mye av tida de brukte til direkte pasientkontakt over en periode på to uker. Figuren viser hvordan prioriteringen skjedde både i poliklinikker for barn og unge og i poliklinikker for voksne.



Figur 2.1 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlerne i psykisk helsevern for voksne og barn og unge, 2004.

I begge sektorene var det en klar sammenheng mellom mye tid til direkte pasientkontakt og lite tid til kompetanseheving.

Blant behandlere av barn og unge var omfanget av ekstern kontakt relativt uavhengig av andelen av tida som går til pasientkontakt. I poliklinikker for voksne var det en tendens til at økende andel tid som går til pasientkontakt henger sammen med mindre tid til ekstern kontakt.

Omfanget av pasientadministrativt arbeid var ikke særlig påvirket av hvor mye tid som går til pasientkontakt, så lenge mellom 20 og 50 prosent av arbeidstida gikk til direkte pasientarbeid. Det var en tendens i begge sektorene til at behandlere med mindre enn 20 prosent eller mer enn 50 prosent av arbeidstida til pasientkontakt, brukte noe mindre på pasientadministrasjon. Det kan virke noe underlig at det pasientadministrative arbeidet ikke svarer med omfanget av direkte pasientrettet arbeid.

Det er en klar sammenheng mellom mye tid til direkte pasientkontakt og lite tid til annet ikke pasientrettet arbeid. Dette henger trolig sammen med arbeidsdelingen i poliklinikkene, hvor noen behandlere har mer lederoppgaver som krever slik tid. Da er det imidlertid interessant å merke seg at det er pasientkontakten som prioriteres ned for disse behandlerne.

Figuren over viser hvordan behandlerne med ulik tid til pasientkontakt prioriterte mellom fire andre oppgaver i poliklinikken over en periode på to uker i 2004. Siden dette er data fra en undersøkelse over to uker er det vanskelig å overføre dette direkte til året sett under ett. Det er ikke sikkert det er de med mye pasientkontakt i to-ukersperioden som også har det over hele året. Resultatet i figuren kan imidlertid indikere at det er akseptert å ta av pasienttida hvis man driver med kompetanseheving eller annet administrativt arbeid.

Det er ingen systematikk i at de med spesialutdanning bruker vesentlig mer tid til direkte pasientvirksomhet enn de uten slik spesialutdanning. Behandlere under videreutdanning har ikke signifikant færre konsultasjoner enn behandlere som ikke er under slik videreutdanning. I aktivitetsregistreringen fra 2004 brukte de som fulgte et videreutdanningsopplegg fem til

seks prosent mer tid på kompetanseheving, sammenlignet med de som ikke fulgte et videreutdanningsopplegg. Det var en tendens til at behandlerne i voksenpoliklinikkene som var under videreutdanning også brukte noe mindre tid til pasientkontakt og eksternkontakt. Det var ikke tilsvarende sammenheng blant behandlerne i poliklinikkene for barn og unge. En regresjonsanalyse av andelen tid som går til kompetansehevende arbeid, hvor det blant annet er kontrollert for profesjonstilknytning og om behandlerne fulgte et videreutdanningsopplegg, forklarte bare ni til 12 prosent av den totale variasjonen i tidsbruk på kompetanse. Dette indikerer en utstrakt kompetanseheving ut over det behovet som videreutdanningsløp og spesialutdanning gir.

Produktiviteten i poliklinikken er i utstrakt grad bestemt av behandlernes prioriteringer. Produktiviteten vil også være påvirket av planleggingen av arbeidet i poliklinikken, for eksempel planlegging av konsultasjoner framover i tid. Det er i denne sammenheng interessant å merke seg at andelen tid som går til pasientkontakt er høyest for de behandlerne som ikke har full stillingsandel. Resultatene tyder på at flere utførte arbeidstimer over registreringsperioden, henger sammen med mer tid til kompetanse og annet ikke pasientrettet virksomhet. Spørsmålet er da om pasientflyten i poliklinikken ikke er bestemt av behandlernes ledige tid, men at behandlere som er på jobb fire timer en dag har like mange timeavtaler som en behandler med syv. Man kan også spørre om det bør være slik at de som har kortere arbeidstid har behov for mindre kompetanseheving enn de med lang arbeidstid? Ulik arbeidstid er imidlertid trolig jevnt fordelt, slik at dette i liten grad vil påvirke forskjellene mellom poliklinikkene.

Ulik registrering av aktivitet? De sterke styringssignalene om økning i produktivitet har trolig gitt sterke incitamenter for poliklinikkene til å se på registreringen av aktiviteten sin. Særlig gjelder dette poliklinikkene for barn og unge, som etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten har økt antall registrerte tiltak kraftig, uten at antall pasienter har økt tilsvarende. Faktisk var det en svak nedgang i antall pasienter per fagårsverk i 2002 og 2003 i poliklinikkene for barn og unge, sammenlignet med foregående år (se forrige kapittel). Ulikheter i tiltaksregistrering kan tildekke noe av forskjellene i produktivitet.

Den sterke veksten i tiltak kan ha ulike årsaker. Hvis man tidligere hadde en underrapportering av sin aktivitet, kan økningen i antall tiltak i større grad gjenspeile aktiviteten. Det er imidlertid mer problematisk hvis tiltaksveksten skyldes en økning i mer eller mindre kreative måter å registrere aktivitet på. Det er grunn til å anta at registrering av antall pasienter i mindre grad er følsom for registreringsforskjeller. Det er trolig slik at man registrerer antall pasienter, men at det kan være ulikt hvordan man registrerer den behandlingen som ytes den enkelte pasient. Hvis det var slik at enkelte poliklinikker hadde en stor underrapportering av sin pasientaktivitet målt som antall tiltak skulle man anta at bedre registrering skulle gi større samsvar mellom antall tiltak per behandler og antall pasienter per behandler. Ser vi på korrelasjonen mellom direkte tiltak per fagårsverk og antall pasienter per fagårsverk, er det imidlertid lavere samsvar i 2003 enn for eksempel i 2001 – 0,65 i 2001 mot 0,47 i 2003.

Med dette som bakgrunn er det grunn til å reise spørsmål om man ser den samme utviklingen som man har sett enkelte steder etter innføringen av ISF-systemet i somatikken. I somatiske sykehus er det avdekket til dels omfattende avvik mellom den aktivitet som registreres som ligger til grunn for refusjon og det som skrives i pasientjournalene (Jørgenvåg og Hope 2005).

Er behandlerne for autonome i sin yrkesrolle? Et nærliggende spørsmål er om den enkeltes arbeidsmåte er et uttrykk for hva som er best for poliklinikken som helhet, eller hva den enkelte har lyst til eller interesse av å prioritere? Framstår behandlernes prioriteringer mer som uttrykk for egne subjektive valg ut fra hva de selv mener er mest interessant å jobbe med? Om lag to av ti behandlere opplever at deres arbeidsoppgaver i stor grad er styrt av sin egen ledelse. Ut fra dette må vi anta at de fleste behandlerne opplever relativt stor grad av frihet for hvordan de styrer sin arbeidstid. Siden behandlernes arbeidsoppgaver i stor grad krever selvstendighet er det nok en fordel at de har mye autonomi i sitt arbeid. Denne autonomien har trolig noen konsekvenser for behandlernes opplevelse av hva som bør prioriteres. I 2002 svarte 24 prosent av behandlerne i barn og unge-poliklinikkene og 21

prosent av behandlerne i voksenpoliklinikkene at de opplevde det som vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver. I undersøkelsen i 2004 hadde denne andelen steget til 35 prosent blant barn og unge-behandlerne og til 32 prosent blant voksenbehandlerne. I en periode med store krav til økt produktivitet har altså en økende andel behandlere en opplevelse av at det er vanskelig å prioritere mellom viktige oppgaver.

Problemet med å prioritere kommer også sterkt til uttrykk i hva behandlerne ønsket å prioritere mer av framover. Flertallet av behandlerne ønsket å bruke mer eller like mye som før på både på pasientkontakt, generelt samarbeid og samarbeid om enkeltpasienter med førstelinjen, egen kompetanseheving, veiledning og undervisning av andre i poliklinikken og av førstelinjen. Til tross for at autonomi er viktig for at behandlerne skal kunne gjøre en god jobb, er det altså grunn til å anta at behovet for klar ledelse er stort.

Hvordan oppleves det å arbeide i en lavproduktiv versus en høyproduktiv poliklinikk? Aktivitetsregistreringen inneholdt også spørsmål til behandlerne om hvordan de vurderte ulike kvalitative sider både ved egen arbeidssituasjon og for poliklinikken som helhet. Et interessant spørsmål er om det er noen systematikk i hvordan behandlerne svarer på ulike spørsmål om sin arbeidssituasjon og produktivitetsnivået i poliklinikken. Behandlerne er for eksempel av den oppfatning at de gir pasientene en faglig forsvarlig behandling. Dette gjelder for begge sektorene og uavhengig av produktivitetsnivået i poliklinikken.

Det synes å være et gjennomgående trekk at produktivitetsnivået i poliklinikken i liten grad er korrelert med hvordan behandlerne vurderer sin egen arbeidssituasjon og poliklinikken som helhet.

Det er en tendens til at behandlerne i poliklinikkene for barn og unge opplever at ledelsen fungerer bedre der hvor konsultasjonsproduktiviteten er høy, sammenlignet med behandlerne i de lavproduktive. Det er ingen tilsvarende sammenheng blant behandlerne i poliklinikkene for voksne. Hva som er årsak og virkning er imidlertid vanskelig å si noe om. Det kan godt tenkes at ledelsen i de lavproduktive poliklinikkene har hatt de sterkeste kravene om produktivitetsvekst og at dette ikke nødvendigvis har vært særlig populært blant enkelte behandlere. På den andre siden kan det tenkes at en velfungerende ledelse er viktig for å få behandlerne til å prioritere pasientkontakt.

Hvordan er det å være leder i en lavproduktiv versus en høyproduktiv poliklinikk? Vi har stilt spørsmål til poliklinikklederne om hvordan de vurderer ulike sider ved sin arbeidssituasjon. Vi har sett disse svarene i sammenheng med produktivitetsnivået i poliklinikkene. Det er ikke noen klar sammenheng mellom hvordan lederne opplever ulike sider ved sin poliklinikk og produktivitetsnivået i poliklinikken. Det er en viss tendens til at lederne av barn og unge-poliklinikker med lav konsultasjonsproduktivitet, er enig i at det blant behandlerne er liten anerkjennelse for å bli ledet i sin poliklinikk, sammenlignet med oppfatningene til de lederne som jobber i høyproduktive poliklinikker.

Det er interessant å merke seg at poliklinikklederne oppfatter at ledelsen i helseforetaket er opptatt av å øke antallet konsultasjoner/tiltak per behandler, nærmest uavhengig av hvilket produktivitetsnivå poliklinikken befinner seg på. Med andre ord kan dette tyde på at man har tatt de statlige styringssignalene og videreført disse direkte til hver enkelt poliklinikk. Det kan derfor tyde på at de poliklinikkene som har hatt et høyt produktivitetsnivå har opplevd like store krav til produktivitetsvekst som de som lå lavt. Dette kan neppe ha føltes som særlig fornuftig for de som har hatt et høyt produktivitetsnivå fra før av. Det reiser også spørsmål om hvor god innsikt helseforetakenes ledelser har, når styringssignalene ikke i større grad har tatt utgangspunkt i hva utgangsnivået for produktivitet var.

2.1 Oppsummering og anbefalinger

Poliklinikkene i det psykiske helsevernet har til dels svært ulikt produktivitetsnivå, både målt som pasienter per behandler og konsultasjoner per behandler, og det er ulike årsaker til denne variasjonen. Det er lite som tyder på at helsepolitikken på dette området har vært særlig hensiktsmessig for å redusere disse store forskjellene. De statlige styringssignalene

har blitt videreført ut til poliklinikkene, nærmest uten å skjele til det produktivetsnivået man har hatt i de forskjellige poliklinikkene. Det kan i denne sammenheng se ut til at helseforetakene i liten grad har vært dyktige nok til å fagliggjøre styringssignalene, men i for stor grad har vært opptatt av å telle konsultasjoner.

De store produktivetsforskjellene er imidlertid en stor utfordring for det psykiske helsevernet fortsatt. Det gjelder både legitimiteten til denne virksomheten, men også ved at dette indikerer at ved annen bruk av ressursene kunne flere pasienter fått hjelp for sine psykiske plager. Spørsmålet blir da hvordan bør man gå fram for å redusere forskjellene i produktivitet, og igjennom det øke produktiviteten?

Kravene til produktivitet må gjelde både for antall pasienter behandlet, og hvor mye behandling hver pasient mottar. Kravene til økt produktivitet har til nå i liten grad vært presise på hvilken type aktivitet man har ønsket mer av. Ønsker man flere konsultasjoner per pasient eller flere pasienter behandlet? Så lenge det er ting som tyder på at den største effekten av de statlige styringssignalene om produktivetsvekst er økt registrering, er det et spørsmål om man burde sette krav til dekning like mye som aktivitet. Det innebærer at man kanskje burde stille krav til hvor mange pasienter i et område som skulle fått poliklinisk behandling, gitt antallet fagpersoner man hadde der. Dette ville igjen kreve gode opplysninger om hvilke pasienter som ble behandlet, og hvilken type behandling de mottok.

Endring i sammensetning mellom profesjonene vil neppe gi økt produktivitet. Det er svært små forskjeller mellom profesjonsgruppene i hvor mye tid som går til pasientkontakt. Om en klarere arbeidsdeling mellom profesjonene vil gi bedre faglig behandling, vet vi derimot lite om. En slik innfallsvinkel ville på sin side antakelig gi grunnlag for lite fruktbare profesjonskamper om hvem som skulle få myndighet til å gjøre hva i poliklinikkene. Hvis man først skulle gå inn for en annen arbeidsdeling mellom profesjonene, burde dette derfor være faglig begrunnet, og ikke begrunnet i en forventning om økt produktivitet.

Poliklinikkens funksjon må tydeliggjøres, særlig med tanke på lavterskel oppsøkende virksomhet. Nye typer poliklinisk virksomhet er til dels ment som substitutter for døgnbehandling, og er tiltenkt en viktig rolle i behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det er klart at slike tilbud stiller i en helt annen stilling i forhold til antallet pasienter per behandler enn det vanlig kontorbasert poliklinisk behandling gjør. Hvis kravene til produktivitet skal ha noen mening bør man derfor vurdere hvilke typer behandlingstilbud som gis og hvor alvorlige lidelser pasientene har. Poliklinikkene behandler pasienter med gjennomgående lettere og midlere psykiske lidelser (Gråwe et al. 2005). Hvis man ønsker at poliklinikkene skal gi tilbud til mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser, må dette følges opp på en langt bedre måte enn det som er tilfelle i dag.

En tydeligere oppgaveprioritering må til. Den statlige helseforetaksreformen har til nå i stor grad handlet om strukturelle forhold ved spesialisthelsetjenesten. Skal man endre arbeidsformene til behandlerne, må søkelyset rettes mot det faglige ledelsesnivået. Poliklinikklederne må gjøres i stand til å utøve ledelse på en slik måte at behandlerne faktisk prioriterer annerledes.

For det første må man da være tydelig på hva som skal prioriteres, slik at pasientkontakt settes som et overordnet mål over andre gjøremål. Man vil da stå overfor en særlig utfordring med hensyn til behovet for ekstern kontakt med både øvrig spesialisthelsetjeneste og førstelinjetjenesten. I tillegg har poliklinikkene særskilte oppgaver for kompetanseheving. Hvis man ikke ønsker redusert tid til kompetanse eller ekstern kontakt, står man igjen med å redusere tida til pasientadministrativt arbeid og annet ikke pasientrettearbeid – arbeid som til sammen utgjorde 47 prosent av tida til behandlerne i barn og unge-poliklinikkene og 43 prosent av tida til voksenbehandlerne.

Behandlerne trenger støtte i behovet for kompetanse. Behandling av mennesker med psykiske lidelser stiller svært store krav til kompetanse. Behandlerne opplever også selv behov for mer kompetanse, til tross for at mye tid går med til slik virksomhet. Siden det opplevde behovet for mer tid til kompetanse er stort blant behandlerne, vil dette stille store krav til mindre ressurskrevende måter å drive kompetansehevende arbeid på. Kompetansebehovet bør også settes i en større sammenheng. Hver enkelt behandler vil ha individuelle kompe-

tansebehov alt etter interesser og arbeidssituasjon, mens poliklinikken som helhet vil trenge komplementær kompetanse for å dekke de oppgavene som poliklinikken skal løse som helhet (jf tilrådninger i Statens helsetilsyn 2001b).

Økt produktivitet framover? Poliklinikkene har hatt en kraftig vekst i antall fagfolk over flere år. Dette har vært ressurskrevende og resultatene tyder på at dette har bidratt til lavere produktivitet. Med tanke på forventningene til et mer velfungerende psykisk helsevern er det grunn til å anta fortsatt vekst i antall fagfolk. Kanskje vil nye typer polikliniske tilbud komme i stedet for døgnbehandling og vil derfor øke antall polikliniske fagfolk ytterligere. Før eller siden vil likevel veksten flate ut. Vi må også etter hvert forvente at man får mer forutsigbare strukturer i det psykiske helsevernet, etter en periode med store reformer og organisasjonsendringer. Kanskje kan vi da forvente at produktiviteten øker og at de "uakseptable" forskjellene mellom poliklinikkene blir mindre? Det innføres et nytt takstsystem fra 2005, og hvordan dette slår ut i forhold til aktivitetsregistreringspraksis bør følges opp.

3 I hvilken grad samsvarer endringer i arbeidsformer med håndbokas anbefalinger?

En av de sentrale problemstillingene i dette prosjektet er om det har skjedd endringer i arbeidsformene i løpet av de årene evalueringsperioden har vart (2001 – 2004), og om disse eventuelle endringene samsvarer med håndbokas anbefalinger (Statens helsetilsyn 2001a)?

Vi starter kapitlet med å oppsummere i hvilken grad håndboka har blitt brukt. Derneft går vi inn på hvert enkelt av de følgende temaene:

- pasientrelatert administrasjon (inntak, journal, epikriser, avslutning av pasientforhold, administrering av akuttfunksjon)
- samarbeid (internt og eksternt samarbeid)
- bemanning (årsverk, turnover, kontorfaglig kapasitet og kompetanse)
- kompetanseutvikling
- organisasjonsutvikling
- ledelse og administrasjon (strukturelle og kulturelle rammebetingelser for ledelse, ledernes maktmidler, støtte fra eget helseforetak og poliklinikkens målsettinger)

For hvert av disse temaene oppsummerer vi i hvilken grad resultatene er i samsvar med håndbokas intensjoner. I siste del av kapitlet drøfter vi hvorfor poliklinikkens arbeidsformer ikke endrer seg i større grad slik håndboka anbefaler. Kapitlet baserer seg på resultatene presentert i vedleggskapitlene 8 til 14.

3.1 Bruk av håndboka

I 2002 hadde 89 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 64 prosent av lederne i poliklinikker for voksne brukt håndboka i løpet av det siste året. I 2004 svarte fortsatt godt over halvparten av lederne, både i poliklinikker for barn og unge og voksne, at de i noen grad eller betydelig grad hadde benyttet håndboka i løpet av det siste året, henholdsvis 64 og 71 prosent. Kun unntaksvis hadde helseforetakene brukt håndboka i sin kommunikasjon med poliklinikkleder om drift av poliklinikken.

3.2 Pasientrelatert administrasjon

Når det gjelder inntaksvurdering ble håndbokas anbefaling i stor grad fulgt ved at et fåtall fagpersoner ved poliklinikken hadde ansvaret for dette. Flere av poliklinikkene hadde gjennomført større eller mindre tiltak for å bedre inntaksvurderingen og behandlerne var i overveiende grad positive til hvordan inntaksvurderingen fungerte.

En forholdsvis stor andel av arbeidsdagen, 13-14 prosent, ble benyttet til journalføring mv. i både poliklinikker for barn og unge og voksne. Felles for behandlernes vurderinger av hvor godt inntak, utredninger, innholdet i journal og epikriser og avslutning av saker fungerte er at tallene viser et forbedringspotensiale ved at tallene for 2002 sammenlignet med 2004 er meget like. Dette til tross for at prosentandelen ledere som krysset av for å ha gjennomført betydelige tiltak innenfor enkelte av disse oppgavene økte fra 2002 til 2004.

Spesielt hva angår avslutning av saker viser resultatene fortsatt at håndbokas forventninger ikke blir fulgt. Blant behandlerne svarte nesten halvparten at dette fungerte kun både og. Flere av lederne bekreftet i telefonintervjuene at de ikke hadde gode nok rutiner for avslutning.

3.3 Samarbeid

Poliklinikkene er forutsatt å ha både internt og eksternt samarbeid. Resultatene fra telefonintervjuene i 2003 viste enkelte eksempler på avvikling av møter, og derigjennom redusert ressursbruk til interne møter, noe som er i tråd med håndbokas anbefalinger. Men den generelle tendensen var at det skjedde lite på dette området. I 2004 svarte omtrent 30 prosent av behandlerne at avvikling av interne møter fungerte både og, dårlig eller at det ikke fungerte. Av datamaterialet kan vi ikke lese om dette er et resultat av at behandlerne var misfornøyde med innholdet, formen eller gjennomføringen av møtet. Et interessant trekk ved det interne samarbeidet er at en større andel behandlere svarte at det interne samarbeidet fungerte godt i 2004 sammenlignet med i 2002.

En forholdsvis liten andel av arbeidstiden til behandlerne ble brukt til samarbeid med førstelinjen og andre deler av andrelinjen, og som vist i kapittel 1 er den gått ned fra 2000-2004. Omtrent halvparten av behandlerne svarte i 2004 at tid brukt til samarbeid med førstelinjen (både om enkeltpasienter og generelt samarbeid) bør være som i dag, mens den øvrige halvparten ønsket at det ble brukt noe mer tid til samarbeid med førstelinjen. I følge behandlernes vurdering av hvordan samarbeidet med henholdsvis førstelinjen og med andre deler av det psykiske helsevernet fungerte, var det et klart behov for å bedre samarbeidet. Spesielt samarbeidet med andre deler av det psykiske helsevernet ble av mange vurdert som dårlig. Over halvparten av behandlerne både i poliklinikker for barn og unge og for voksne svarte på den nedre halvdel av skalaen på dette spørsmålet (at det fungerer både/og, dårlig eller fungerer ikke).

3.4 Bemanning

Fra ni av de 17 poliklinikkene i det kvalitative utvalget (tre poliklinikker for barn og unge og seks poliklinikker for voksne) har vi siden 2001 innhentet opplysninger om antall årsverk. Samlet sett har disse ni poliklinikkene hatt en økning på 23 prosent i perioden 2001 til 2004.

11 av de 17 lederne oppga i telefonintervjuet at de hadde liten turnover, og at det gikk greit å rekruttere personell, men at det var vanskelig å rekruttere spesialister. Tre av 17 ledere oppga at de slet med høy turnover.

Når det gjelder poliklinikkens personellsammensetning har vi spesielt fokusert på det kontorfaglige personellet betydning for drift av poliklinikken. Poliklinikklederne anså de kontorfaglige funksjonene som en meget viktig del av poliklinikken, og de ga flere eksempler på hvorfor kontorfunksjonen er viktig. Enkelte poliklinikker har opplevd at det skjæres ned på det kontorfaglige personellet, og lederne for disse poliklinikkene så på dette som en stor svakhet. Begrunnelsen for å ha tilstrekkelig med kontorfaglig kapasitet og kompetanse var at kontorpersonalet bidrar til økt struktur, orden og oversikt i poliklinikken, de bidrar til økt kvalitet i det pasientadministrative arbeidet og til bedre flyt i pasientforløpet. I tillegg kommer økte inntekter til poliklinikken som en følge av at blant annet refusjonsordningen kan følges tett opp av kontorpersonalet.

3.5 Kompetanseutvikling

Tid brukt til kompetanseheving har gått ned med om lag tre prosentpoeng i begge sektorer (jfr. figur 1.2 og figur 1.5.) i perioden 2002 til 2004.

Det overveiende flertall av behandlerne mente både i 2002 og 2004 at de hadde tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen, samtidig ønsket majoriteten mer tid til egen kompetanseheving. En nokså stor andel fant det vanskelig å sette av tid til faglig

oppdatering. Behandlerne ønsket som nevnt gjennomgående mer tid til egen kompetanseheving, men ønsket i mindre grad å yte veiledning overfor andre i poliklinikken og overfor personell i førstelinjen.

3.6 Organisasjonsutvikling

Håndboka anbefaler at poliklinikkene systematisk evaluerer virksomheten for å identifisere forhold som bør endres, og for å sikre gjennomføring og resultatet av slike endringer. I poliklinikkene for voksne hadde 24 prosent i 2004, mot 17 prosent i 2002, gjennomført betydelige tiltak med hensyn til å evaluere egen virksomhet. I poliklinikker for barn og unge hadde tilsvarende ni prosent i 2004, mot 32 prosent i 2002, gjennomført betydelige tiltak med hensyn til å evaluere egen virksomhet.

Flere av poliklinikkene for voksne hadde gjennomført betydelige organisasjonsutviklingstiltak (27 prosent) sammenlignet med poliklinikkene for barn og unge (18 prosent). I 2002 var det poliklinikkene for barn og unge som i størst grad gjennomførte interne evalueringer og som satte i gang organisasjonsutviklingstiltak. I 2004 er bildet snudd. Nå er det poliklinikkene for voksne som scorer høyest på disse indikatorene. Men det interessante og det overordnede spørsmålet med utgangspunkt i konklusjonene fra våre undersøkelser er: Er resultatene gode nok? Når resultatene for arbeidsformer over flere år er stabile og håndbokas anbefalinger på flere punkter ikke er innfridd - bør vi kunne forvente et sterkere fokus fra poliklinikkene på å utvikle organisasjonen?

3.7 Ledelse og administrasjon

I datamaterialet for 2004 har vi informasjon som belyser lederens rammebetingelser. Dette er sentrale tema, fordi poliklinikkledernes muligheter og forutsetninger for å utøve ledelse vil kunne påvirke hvordan poliklinikken fungerer og hvordan oppgaver utføres. Vi har informasjon om både ledernes strukturelle og kulturelle rammebetingelser, i hvilken grad de rår over reelle maktmidler og i hvilken grad de får støtte fra eget helseforetak for å drifte og utvikle poliklinikken.

Når det gjelder **poliklinikkledernes strukturelle rammebetingelser** hadde totalt 44 prosent av lederne (både i poliklinikker for barn og unge og voksne) ikke funksjons- og stillingsbeskrivelser. Andelen tid av arbeidsdagen som settes av til ledelsesfunksjonen varierte fra 10 til 100 prosent. I alt 21 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 31 prosent i poliklinikker for voksne sa de hadde alt for lite tid til ledelse. Videre hadde 28 prosent av lederne ikke fått lederopplæring, men ønsket det. Det pasientadministrative systemet er et mulig verktøy for styring av poliklinikken, men 10 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 47 prosent i poliklinikker for voksne sa det var vanskelig eller svært vanskelig å bruke dette systemet.

I forhold til **poliklinikkledernes kulturelle rammebetingelser** mente lederne i overveiende grad at behandlerne anerkjenner å bli ledet, samtidig som 35 prosent i poliklinikker for barn og unge og 38 prosent i poliklinikker for voksne svarte både/ og, litt eller helt enig i at det var liten anerkjennelse for ledelse. Lederne mente at det stort sett var lett å få behandlerne til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikken som fellesskap. En slik holdning vil være god drahjelp i forbindelse med organisasjonsutviklingstiltak.

Totalt var 40 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 32 prosent i poliklinikker for voksne helt eller litt enig i at de hadde for få **reelle maktmidler** til ledelse.

Samarbeidet med helseforetakene er for lite utviklet. I alt 20 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 28 prosent i poliklinikker for voksne var helt uenig/ litt uenig i at helseforetaket ga dem handlingsrom til å utøve ledelse. Videre var 53 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 52 prosent i poliklinikker for voksne helt eller litt enig i at de fikk for lite hjelp fra helseforetaket til å utvikle poliklinikken. Lederne mente videre at helseforetakene i stor grad hadde fokus på produktivitet og å holde budsjettet og at de i liten grad hadde fokus på kvalitative aspekter ved driften som for eksempel arbeidsmiljø. Lederne

mente at helseforetakene i liten grad forholdt seg til hva som skulle nedprioriteres. Særlig blant ledere i poliklinikker for voksne var det en forholdsvis stor andel ledere som syntes mye tid gikk med til organisasjonsprosesser på helseforetaks- og institusjonsnivå.

Poliklinikkens mål følges opp ulikt. Håndboka gir føringer for hvordan god faglig ledelse skal bidra til høy kvalitet i tjenestene, hvordan god personalledelse skal sikre godt arbeidsmiljø og tilstrekkelig rekruttering og til sist hvordan god administrativ ledelse skal øke produktiviteten. Hvis vi sammenligner hvordan behandlerne vurderte henholdsvis den faglige ledelsen, personalledelsen og den administrative ledelsen, var det den faglige ledelsen behandlerne var mest fornøyd med. 71 prosent i poliklinikker for barn og unge og 72 prosent i poliklinikker for voksne svarte at den faglige ledelsen fungerte godt eller nokså godt. De tilsvarende tallene for hvor godt den administrative ledelsen fungerte var 67 og 64 prosent. For hvor godt personalledelsen fungerte, som ble vurdert til å være svakest, var tallene 60 og 62 prosent. Resultatene er nær identiske med tallene fra 2002.

Når det gjelder vurdering av **poliklinikkens faglige kvalitet** mente de aller fleste behandlerne at de ga en faglig forsvarlig behandling. Flesteparten av behandlerne både i poliklinikker for barn og unge og voksne svarte at pasientbehandlingen samlet sett fungerte enten godt eller nokså godt. Tilsvarende mente flesteparten av behandlerne både i poliklinikker for barn og unge og voksne at den faglige kvaliteten i poliklinikken enten var svært god eller god.

Er **Poliklinikkens produktivitet for høy**? I poliklinikker for barn og unge benyttes 26 prosent av arbeidsdagen til direkte pasientkontakt i 2004, mot 25 prosent i 2002. I poliklinikker for voksne utgjør den direkte arbeidstiden 36 prosent i 2004, mot 34 prosent i 2002. Begge sektorene har hatt en svak økning i direkte pasienttid. Om lag to av tre behandlere i poliklinikkene for barn og unge ønsket vesentlig mer eller noe mer tid til direkte pasientkontakt, men også i poliklinikker for voksne ønsket en av to behandlere vesentlig mer eller noe mer tid til direkte pasientkontakt. Henholdsvis 42 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 39 prosent i poliklinikker for voksne mente at produktiviteten i egen poliklinikk var høy. Og nesten halvparten (47 prosent) av lederne i begge sektorene mente produktiviteten var passe.

I sin vurdering av **egen arbeidsmiljø og egen arbeidssituasjon** syntes behandlerne jevnt over at arbeidsmiljøet i egen poliklinikk var godt, og de var i overveiende grad fornøyd med sin egen arbeidssituasjon. Dette til tross for at presset på produktivitet og å holde budsjettet var høyt. Lederne mente på linje med behandlerne at arbeidsmiljøet i egen poliklinikk var godt, men de var mindre fornøyd med egen arbeidssituasjon sammenlignet med hva behandlerne var.

Er **ledelsens involvering** for svak? Behandlerne var i overveiende grad uenig i utsagnet *"Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse"*. En forståelse av dette er at behandlerne i stor grad prioriterte sine arbeidsoppgaver på egen hånd. Behandlerne har også vurdert påstanden: *"Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver"*. Omtrent halvparten av de spurte var enig i dette, mens den øvrige halvparten var uenig. Vi vil hevde at uten tydelig ledelse blir det uklart hva man oppnår av resultat.

3.8 Hvorfor endrer ikke poliklinikkens arbeidsformer seg i større grad slik håndboka anbefaler?

Samlet sett har det skjedd forholdsvis få endringer i arbeidsformene i poliklinikkene fra 2002 til 2004. Over halvparten av poliklinikklederne sa at de hadde brukt håndboka i noen grad, uten at dette har gitt seg nevneverdige utslag i hvordan en rekke arbeidsoppgaver fungerte i poliklinikken. Tidligere års evalueringer av håndboka har konkludert med det samme. I det følgende drøfter vi hvorfor poliklinikkene ikke i større grad evner å oppnå samsvar med håndbokas anbefalinger, og utleder hvilke overordnede utfordringer vi mener poliklinikkene og helseforetakene står overfor.

Noe av årsaken til hvorfor poliklinikkene ikke har endret seg i større grad kan naturligvis ha sammenheng med at håndboka ikke er egnet som veileder, og/ eller at implementeringen av håndboka ikke er gjort grundig nok. Dette drøfter vi nærmere i kapittel 4. I det følgende drøfter vi i hvilken grad poliklinikkens organisasjonsform og ledernes prioriteringer og rammebetingelser kan ha betydning for hvorfor det kan være krevende å endre rutiner og praksiser slik håndboka anbefaler.

3.8.1 Poliklinikkene som profesjonelle byråkratier

Organisasjonsteoretikeren Mintzberg (i Jacobsen, 2001) karakteriserer sykehus som "profesjonelle byråkratier". Vi mener at poliklinikkens organisasjonsform også har mange av kjennetegnene til Mintzbergs typologi "profesjonelle byråkratier". Noen av kjennetegnene ved organisasjonsformen er profesjonalisering, og at de ansatte i kjernevirksomheten som følge av sin utdanning er tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Strukturen er sterkt spesialisert og fremstår som horisontalt kompleks. I tillegg til at organisasjonsformen er profesjonell er den byråkratisk fordi beslutningsmyndighet i rent økonomisk-administrative spørsmål ikke vil være delegert til den operative kjerne, men lagt til administrativ ledelse. En av fordelene med det "profesjonelle byråkratiet" er at delegering av beslutningsmyndighet sikrer et forsvarlig arbeid. Svarene i undersøkelsen på påstanden "*Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling*" underbygger Mintzbergs poeng. De aller fleste behandlerne (94 prosent) mente i 2004 at påstanden passer godt eller nokså godt.

Dessuten gir delegering av beslutningsmyndighet raskere problemløsning og saksbehandling. Mulige ulemper er at det kan oppstå konflikter og maktkamper mellom faggrupper, noe som skaper samarbeids- og styringsproblemer.

For å koble flere av disse kjennetegnene til resultatene i undersøkelsen spurte vi lederne i hvilken grad de mente å ha tilgang til reelle maktmidler i sin utøvelse av ledelsesrollen. En del av lederne mente at de hadde reelle maktmidler, samtidig som omtrent like mange mente å ikke ha det. Vi vet ikke hva lederne assosierte med begrepet *reelle maktmidler* og det er derfor noe vanskelig å tolke resultatet. Det finnes ulike former for makt: posisjonsmakt, personlig makt, sosial og normativ makt og kontroll over materielle belønninger for å nevne noen. Det vi vet gjennom telefonintervjuer med lederne er at poliklinikkene rår over ulike materielle belønninger. Avhengig av hvilket helseforetak de tilhører kunne de tilby sine ansatte ulike lønninger. Lønningene fastsettes av helseforetakene og disse kan variere nokså mye. Etter helseforetaksreformen legges premissene for budsjett og økonomiske rammebetingelser for poliklinikkene på helseforetaksnivå. Det er felles for alle poliklinikklederne at de hadde fastlagte rammer å forholde seg til fra helseforetakets side, men vi nevner dette fordi enkelte ledere kan ha tenkt at ettersom de ikke rår over økonomiske beslutninger knyttet til for eksempel nyansettelser har de i liten grad reelle maktmidler.

Andre relevante spørsmål som kan diskuteres i forbindelse med poliklinikkens maktfordeling er om lederjobben innebærer en form for posisjonsmakt? Eller er lederstillingene bare en stilling man har følt seg presset til å ta (fordi man følte det var sin tur eller at ingen andre var interessert)? Er det videre slik at lederstillingen medfører normativ makt og kontroll, eller opplever lederne at behandlerne er autonome individer som i stor grad utøver selvledelse og som er vanskelige å påvirke (jfr spesialister i et profesjonelt byråkrati)? I 2004-undersøkelsen svarte 16 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 23 prosent i poliklinikker for voksne enten at de var helt eller litt enig i påstanden "*Det er liten anerkjennelse for ledelse*". Dette innebærer at flertallet av ledere opplever at behandlerne anerkjenner ledelse som en form for posisjonsmakt. Samtidig mener det overveiende flertallet av behandlerne (jfr. tidligere) at lederne i liten grad styrer deres prioriteringer. Det er derfor rimelig å tolke disse forholdene samlet som at posisjonsmakten så langt ikke i særlig grad har vært anvendt til direkte styring av den enkelte behandler.

En generell utfordring poliklinikklederne står overfor er å finne balansegangen mellom på den ene siden å oppfordre behandlerne til selvledelse og på den andre siden å innta en aktiv lederrolle med styring over bestemte, prioriterte oppgaver. Jacobsen (2001) hevder at med

mindre man delegerer handlefrihet og legger opp til en form for selvledelse, vil det være vanskelig å utnytte det potensialet som den intellektuelle kapital i organisasjoner representerer. Ledelse av kunnskapsarbeidere må basere seg på tillit, og dette vil i virkeligheten innebære en form for selvledelse. Samtidig som selvledelse er viktig vil vi på grunnlag av datamaterialet understreke betydningen av at ledelse i sterkere grad prioriteres ved at det blant annet i poliklinikkene bør bli vanligere å sette opp målsettinger for det interne endringsarbeidet.

Scott (i Jacobsen 2001) gir ytterligere momenter som kjennetegn på profesjonelle organisasjoner. Disse kan bidra til forståelse og diskusjon rundt hvorfor poliklinikkens arbeidsformer er såpass statiske over flere år:

- profesjonelle har motstand mot byråkratiske regler/ standarder
- profesjonelle har begrenset lojalitet til organisasjonen

Vi ser på dette som kategoriske påstander, men stiller spørsmålet: Er dette noe ledere kjenner igjen helt eller delvis, og kan momentene være noe av årsaken til hvorfor endringsarbeid er krevende?

3.8.2 Ledernes prioriteringer og rammebetingelser

Det er nærliggende å spørre om ikke det "profesjonelle byråkratiet" også krever profesjonell ledelse? Med profesjonell ledelse mener vi ledere som har bakgrunn for å kunne lede, har gjennomgått opplæring/ veiledning for å innta rollen og som ikke minst har lyst til å jobbe med ledelse og som blir gitt mulighet til å prioritere ledelsesoppgaver. Som en forklaring på det statiske bildet av arbeidsformene kan lav prioritering av ledelse være en mulig faktor.

Vår undersøkelse har vist at andel tid brukt på ledelse varierte fra 10 – 100 prosent. En tredjedel av lederne brukte rundt 50 prosent av arbeidstiden til ledelsesoppgaver. For de fleste lederne var situasjonen at de både jobbet klinisk og med ledelse og administrative oppgaver. Flere forhold gjør at tid til ledelse og administrasjon for en del av lederne blir nedprioritert. En forklaring på individnivå handler om interesser. Hvis lederen har tatt på seg lederstillingen som følge av press, men er mer interessert i klinisk arbeid enn å ta ledelsesoppgaven på alvor – hvor sterkt kan man forvente at ledelsesfokus og trykket på organisasjonsutvikling blir? Andre forklaringer på hvorfor ledelse ikke har sterkere fokus ligger på system-/organisasjonsnivå gjennom finansieringssystemet. Målsettingen om høy produktivitet tilsier i mange poliklinikker at også lederen må ta sin del av det kliniske arbeidet (i den grad fagbakgrunnen tilsier det). Den kliniske delen av stillingen vil både utløse årsverkstakst og konsultasjonstakst, og derigjennom bidra både til poliklinikkens konsultasjonsproduktivitet og inntekter.

Bildet blir urettferdig overfor poliklinikkene hvis ikke ansvaret for ledelsesprioriteringen løftes opp til helseforetaksnivået. Dersom holdningen fra helseforetaket, grunnet økonomi, er at det er viktigere at lederen jobber med kliniske oppgaver enn med ledelsesoppgaver, og dersom ledelsens betydning nedtones og man ikke har tro på at aktiv ledelse og styring kan gi resultater, vil dette være en begrensende faktor for endringsarbeid. I hvilken grad trer helseforetakene støttende til i forhold til å skape kompetente og interesserte ledere med tilstrekkelig handlingsrom og rammebetingelser? Over halvparten av poliklinikklederne i 2004-undersøkelsen var enten helt eller litt enig i at de fikk for lite hjelp fra helseforetaket til å utvikle poliklinikken. Sett under ett gir resultatene et noe negativt bilde av samarbeidsforholdet mellom poliklinikkene og helseforetakene ved at lederne syntes helseforetakene hadde et for snevert fokus (mye økonomi og produksjon, og forholdsvis lite kvalitet) og at arbeid med organisasjonsprosesser på foretaksnivå for en god del opplevdes som for tidkrevende. En mulig tolkning av dette er at lederne opplevde å gi (av sin tid) uten å oppnå så mye støtte tilbake fra helseforetaket.

Et siste resultat fra undersøkelsen som kan tyde på at ledelse blir prioritert i kun begrenset grad er at behandlerne i overveiende grad var *uenig* i påstanden "*Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse*". Om det er fordi behandlerne ikke lar seg

styre eller fordi lederne ikke forsøker eller ikke evner vet vi ikke, kanskje de ikke ser det som hensiktsmessig heller? Det er meget liten endring i resultatene fra 2002 til 2004. Det er derfor lite som tyder på at lederne siden 2002 har tillagt seg en mer offensiv lederstil hvor de i større grad forsøker å påvirke behandlernes prioriteringer.

I tillegg var det en god del behandlere som syntes det var vanskelig å prioritere mellom arbeidsoppgaver. Spesielt for uerfarne og unge medarbeidere kan vi anta at det er ugunstig med en arbeidssituasjon hvor de ledelsesmessige signalene er så utydelig at mye av prioriteringen av arbeidsoppgaver blir overlatt til en selv. Eldre og mer erfarne behandlere kan imidlertid mene at det er enkelt (eller enklere) å prioritere, og at det kan virke brysomt dersom lederen blander seg for mye inn i hva som skal gjøres til enhver tid.

På spørsmål om hvordan de generelt opplevde arbeidssituasjonen svarte litt over en tredjedel av lederne *både/og*. Dette tolker vi som at mange ledere er i en lite gunstig situasjon og at mange opplever vanskeligheter i rollen sin som leder. Vi antar dette har sammenheng med de strukturelle og kulturelle rammebetingelsene, og det begrensede samarbeidet mellom helseforetaket og poliklinikkene. En forutsetning for å endre poliklinikkens arbeidsformer er at ledernes arbeidssituasjon endres slik at de kommer i posisjon for å jobbe med utviklingstiltak.

3.9 Oppsummering og anbefalinger

Ettersom såpass mange fortsatt bruker håndboka kan vi anta at den vurderes som relevant. Vi anbefaler derfor at Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene arbeider målbevisst med å få håndboka forankret på alle nivåer i helseforetakene.

Mye av behandlernes tid går med til pasientadministrativt arbeid. Hvis en ønsker å dreie behandlernes tid mot mer pasientkontakt er det derfor nødvendig å se nærmere på innhold og rutiner i forbindelse med journaler, utredninger og epikriser.

Våre undersøkelser viser at avslutning av saker er en av de oppgavene som fungerer dårligst, noe som tyder på at avslutning av saker er en kompleks og vanskelig oppgave for poliklinikkene. Dette ser en også igjen ved at pasientproduktiviteten ikke har økt (jfr. kapittel 1). Økt dekningsgrad forutsetter økt pasientproduktivitet. Det bør derfor sees særskilt på hva som kan gjøres for å forbedre avslutning av saker.

Det interne samarbeidet fungerer bedre, men fortsatt mener en betydelig andel av behandlerne at de interne møtene kunne fungert bedre. Vi anbefaler derfor at man gjennom en intern evaluering av hver enkelt poliklinikk undersøker hva de ansatte mener kan forbedres, og iverksetter tiltak i tråd med dette.

Samtidig som vi er inne i en periode med statlige signaler om styrket samarbeid med første-linjen og med øvrige deler av det psykiske helsevernet, viser resultatene at poliklinikkene bruker noe mindre tid på samarbeid i 2004 enn i 2002. Det er også mindre vilje til å drive ekstern veiledning blant behandlerne. Vår anbefaling er at helseforetakene utvikler styrings-verktøy slik at en kan følge samarbeidet, samt tydeliggjøre overfor poliklinikkene hva en slik opprioritering skal gå på bekostning av.

I poliklinikker med stor turnover og hvor det er vanskelig å rekruttere personell, i sær spesialister, må helseforetakene i større grad bidra og ta ansvar for hvordan disse problemene skal løses.

Det er et stort press på merkantil bemanning i poliklinikkene, stikk i strid med håndbokas anbefalinger. Helseforetakene må vurdere om poliklinikkene har tilstrekkelig med kontor-faglig kapasitet og kompetanse for å sikre at lederne har de nødvendige støttefunksjoner og for at behandlerne blir avlastet i forhold til rutinemessige kontoroppgaver.

Det synes som det er et tilnærmet umettelig behov for mer kompetanse. Vi vet ikke hvorfor en såpass stor andel svarer at de ønsker mer tid til egen kompetanseheving. Som en støtte i vurderingen av forholdet mellom individuelt og "kollektivt" kompetansebehov, jfr. kapittel 2, anbefales det derfor at hver enkelt poliklinikk foretar en kartlegging blant sine behandlere for

å avdekke hva det ønskes kompetanse til, og hvorfor en ønsker mer kompetanse. Som et ledd i arbeidet med å finne mindre ressurskrevende måter å drive dette arbeidet på bør en også undersøke om dette behovet kan dekkles på andre måter enn gjennom individuell veiledning og kursing (gruppeveiledning mv).

For å forbedre ulike sider ved poliklinikkens drift og arbeidsformer bør det jobbes systematisk med planlegging, gjennomføring og evalueringer av tiltak. En generell anbefaling i forbindelse med forbedringstiltak er å skape forståelse og motivasjon for behovet for endring. Dette er en særlig utfordring på de områdene hvor det ikke er prekære behov eller kriser som må løses, men der det er de små, gradvise forbedringene over tid som må til.

Det er mange indikasjoner i datamaterialet på at helseforetakene må ha en helt annen lederoppfølging enn de har hatt så langt. Helseforetakene må ta et særlig ansvar for at ledelse i poliklinikkene blir prioritert, og at de nødvendige rammebetingelser for å utøve ledelse kommer på plass. Av tiltak som synes åpenbare er funksjons- og stillingsbeskrivelse for de som ikke har det, lederopplæring for de som ikke har fått, men som ønsker det og lederveiledning for de som ønsker dette. Et alternativ til lederveiledning er å etablere nettverk av ledere, hvor ledere kan veilede hverandre samt utveksle erfaringer. Helseforetakene og poliklinikkene må ta et felles ansvar for å styrke samarbeidet dem imellom.

Hvis en ønsker å endre poliklinikkens arbeidsform i sterkere grad enn en har klart fram til nå, må prioriteringer tydeliggjøres lokalt. Samtidig opplever mange poliklinikkledere at de har begrensede muligheter til å utøve ledelse. Et første skritt på veien bør derfor være at helseforetakene påser at det avsettes nødvendige stillingsressurser til ledelse.

Poliklinisk ledelse må samtidig utøves slik at behandlernes har en nødvendig grad av handlefrihet i det kliniske arbeid, samtidig som lokale og nasjonale prioriteringer synliggjøres og etterleves. Helseforetakene har derfor et særskilt ansvar for å styrke poliklinikkledernes evne til å styre, og bør i samarbeid med lederne utvikle prosesser for å sikre dette.

4 Håndboka – vellykket eller ikke?

Mye tid og ressurser er lagt ned i arbeid med håndboka. Resultatene viser at håndboka har blitt brukt av mange poliklinikkledere, jf tabell 8.1. i vedlegget. Mange har også opplevd håndboka som relevant, men til tross for dette viser resultatene i de ulike evalueringene av håndboka at effektene er begrenset. Det er vanskelig å spore større endringer i arbeidsformer og produktivitet som en konsekvens av implementering av håndboka. I dette avslutningskapitlet redegjør vi først for internasjonale erfaringer med kliniske retningslinjer, dernest belyser vi hvordan håndboka er blitt distribuert, hvordan innhold vurderes, helseforetakenes bruk av håndboka i sin kommunikasjon og ser dette i lys av poliklinikkens overordnede utfordringer.

4.1 Håndboka - en form for kliniske retningslinjer

I forordet til håndboka skriver helsedirektøren at en gjennom håndboka ønsker å fokusere på noen sentrale valg og dilemmaer, men at dens anbefalinger ikke representerer selvstendige statlige føringer av juridisk bindende karakter. Den er kun tenkt å være et hjelpemiddel. Samtidig ønsker en gjennom håndboka å bidra til en god prosess i utviklingen av poliklinikkene, slik at psykisk helsevern kan utvikles i tråd med de intensjoner som ligger i Opptrappingsplanen. I tillegg ønsker man å bidra til en styrking av kvaliteten på tjenestene og på den behandling som gis pasientene. Oppsummert kan ambisjonen fra Helsetilsynets side fortolkes til å være relativt vag, noe vi vil komme tilbake til.

Det finnes etter hvert mye internasjonal litteratur på bruken av kliniske retningslinjer som verktøy for å endre klinisk praksis. I denne delen vil vi se hvilke erfaringer en har med å endre klinisk praksis i tråd med slike retningslinjer.

Grol and Grimshaw (2003) viser i en større review at det er noen kjennetegn ved retningslinjer som i større grad etterleves, opp mot de som i liten grad etterleves:

- Det er avhengig av hvilket helseproblem de adresserer (bedre for akutttilbud enn for tilbud til kroniske tilstander)
- De har bedre kvalitet på dokumentasjonen som støtter anbefalingene
- Deres anbefalinger er i tråd med eksisterende verdier innen det kliniske feltet de skal endre
- De har en mer konkret beskrivelse av den ønskede utførelsen
- Det er nødvendig med færre nye ferdigheter og organisasjonsforandringer for å følge anbefalingene.

Samtidig forklarer disse forholdene bare om lag 20 prosent av variasjonen i etterlevelse, og noen kjennetegn kan man ikke endre (hvilket problem retningslinjene skal adressere). De viser videre at hindringer i forhold til endring finnes på flere nivå, av relevans i forhold til innføring av håndbok vil både være faktorer som den enkelte profesjonsutøver, teamet, organisasjonen og en videre samfunnskontekst. De påpeker derfor betydningen av å utvikle en god forståelse av hindringene på hvert av disse nivåene for å utvikle en effektiv etterlevelse av retningslinjer.

Samtidig viser de til at det er grunn til begrenset ambisjonsnivå mht endring, i gjennomsnitt har intervensjoner medført en endring på ca 10 prosent. De har en gjennomgang av de vanligste brukte intervensjonsmetodene; opplæringsmateriell, revisjon og tilbakemelding, bruk av påminning og IT-verktøy m.v., og vurderer den dokumenterte effekten av hver av intervensjonsformene. For en rekke av formene er det til dels motstridende resultat, og de

etterlyser derfor økt kunnskap om virkningsmekanismer og kombinasjoner av metoder. De mer enn antyder at kunnskapsstatus så langt tilsier at bruken av opplæringsmaterieill må inngå i en interaktiv og kontinuerlig prosess, at kunnskapsstatus for anbefalingene må diskuteres, at man utvikler lokal konsensus, at man får tilbakemelding på utviklingen av sine overordnede, at det utvikles planer osv. De hindringene som ligger på teamnivå, organisasjonsnivå og politisk nivå må også adresseres når en planlegger og gjennomfører intervensjoner for å forandre klinisk praksis (jf også Statens helsetilsyn 2002).

Gross et al. (2002) viser også til at passive opplæringstiltak, blant annet utsendelse av retningslinjer, kan øke oppmerksomheten, men at de generelt er ineffektive i å endre atferd.

Wye and McClenahan (2000) studerte 17 intervensjonsprosjekt hvor en ønsket å få det kliniske feltet til å anvende eksisterende kunnskapsstandarder, og viser til at fire områder var avgjørende for suksess:

- Ressurser – både penger, kompetanse og tid – måtte være tilstrekkelig. De hevder at uten ekstern finansiering ville mange av prosjektene ikke ha blitt startet. Det var nødvendig med både anvendt kompetanse (IT og revisjon) og interpersonlig kompetanse (endringsledelse og kommunikasjon). Det var nødvendig at både de som skulle gjennomføre endringen (personellet) og de som ledet forandringen (prosjektteamene) disponerte denne kompetanseressursen. Tid var den knappeste ressursen, det tar lang tid å endre praksis, og finansieringen var slutt før endringene hadde satt seg i organisasjonen.
- De foreslåtte endringene måtte medføre opplevde goder for de utøvende aktører. Det å endre praksis innebærer ofte betydelig ekstraarbeid for behandlerne, og de fordelene som best motiverte behandlerne var tids- og pengebesparinger, forbedret pasientbehandling og faglig utvikling. Faglig utvikling gjaldt sykepleiere, og ikke leger eller ledere.
- Tilstrekkelig av de riktige personene (både de som ble berørt av endringene og kliniske ledere) måtte være med i styringen tidlig. Å ikke gjøre dette ledet ofte til at sentrale aktører eller aktørgrupper aktivt eller passivt motarbeidet prosjektet.
- Tilnærmingen måtte være interaktiv gjennom mye en til en/smågruppekontakt med klinikere, og på en ikke-truende måte. Den forskningsbaserte praksis en ønsket å innarbeide i enheten måtte relateres tydelig til enhetens nåværende praksis. Det var også nødvendig å følge det over tid for å identifisere og overkomme praktiske hindringer etter hvert som de oppsto.

I likhet med Grol and Grimshaw (2003) finner de at slike endringsprosesser tar lang tid (flere år) og at implementeringen må være pragmatisk og fleksibel. De anbefaler at man starter i det små og gradvis bygger ut, at man bygger på rutiner og fora som allerede eksisterer samt at man målretter arbeidet mot entusiastene først.

4.2 Distribusjonen

En viktig forutsetning for at håndboka blir implementert er at den distribueres på en hensiktsmessig måte. I tillegg til at den er sendt ut til alle poliklinikker, har det også vært mulig å etterbestille den mot betaling fra Statens trykksaksekspedisjon. I delrapport 2 (Hatling (red.) 2003) viste vi i kapittel 9.3 at ledelsen ved poliklinikkene i all hovedsak hadde fått utdelt hvert sitt eksemplar, henholdsvis 81 prosent (barn og unge) og 67 prosent (voksne). At et så utpreget ledelsesorientert dokument bare var utdelt til to av tre i ledelsen av poliklinikkene for voksne tilsier at det ikke har vært optimal lokal distribusjon til den primære målgruppen. I den samme rapporten viser vi også at om lag halvparten av barn og unge-poliklinikkene hadde gitt det merkantile personalet hvert sitt eksemplar, mens bare hver femte voksenpoliklinikk hadde gjort det samme. Henholdsvis 10 prosent (barn og unge) og sju prosent (voksne) hadde avholdt fellesmøter om håndboka kun innrettet mot det merkantile personalet. Med de til dels omfattende forslag til rutineendringer på merkantil side som håndboka foreslår, tilsier også dette at det har vært svak lokal distribusjon med tanke på å

oppnå endring. Om lag halvparten av behandlerne i barn- og ungepoliklinikkene hadde i 2002 fått hvert sitt eksemplar, mot om lag hver tredje i voksenpoliklinikkene. 27 prosent (barn og unge) og 33 prosent (voksne) hadde arrangert egne fellesmøter kun for behandlere. Ut over dette hadde 64 prosent (barn og unge) og 46 prosent (voksne) avholdt fellesmøter for alle ansatte om håndboka, og 28 prosent (barn og unge) og 26 prosent (voksne) hadde gitt individuell veiledning/oppfølging av ansatte i forhold til håndboka. 19 prosent av poliklinikkene for barn og unge og 30 prosent av poliklinikkene for voksne hadde ikke formidlet håndboka på noen av disse måtene. Samtidig sier om lag halvparten av behandlerne i begge sektorene at de har blitt kjent med håndboka ved selv å ha lest den.

Oppsummert kan en si at det har vært en imponerende distribusjon av håndboka på nasjonalt nivå. Samtidig er det åpenbart at det har vært store huller i distribusjonen lokalt, særlig i forhold til poliklinikkene for voksne. En av tre ledere, fire av fem ansatt i merkantil sektor og to av tre behandlere har her ikke hatt et eget eksemplar. For begge sektorene har bare et fåtall av poliklinikkene jobbet gruppevis eller individuelt med håndbokas innhold, både i forhold til merkantil sektor og behandlerne. Med tanke på den oppmerksomhet poliklinisk drift, særlig deres produktivitet, har hatt på nasjonalt nivå er det mye som gjenstår før en kan si at håndboka har hatt optimal distribusjon.

4.3 Innholdet

For å lykkes med implementering av håndboka er det en forutsetning at innholdet oppleves som relevant. I delrapport 2 (Hatling (red.) 2003: 129) konkluderes det med at flesteparten av lederne anså håndboka som relevant: *"Flertallet av poliklinikklederne mener at håndboka er et velegnet eller nokså godt egnet virkemiddel for å styre ressursene bedre, for å nå poliklinikkens mål og for å utøve faglig, personal- eller administrativ ledelse. Andelen som oppgir at håndboka er velegnet eller nokså egnet til å øke tilgjengeligheten til brukerne eller til å bidra til et godt arbeidsmiljø er imidlertid noe lavere enn de før nevnte områdene."*

I 2004 stilte vi ikke de tilsvarende spørsmålene om innholdets relevans i spørreskjemaet som gikk ut til samtlige poliklinikkledere i landet, men vi spurte om dette i dybdeintervjuene. Felles for informantene som ble dybdeintervjuet er at de så det som en styrke ved håndboka at den gir retningslinjer og nasjonale føringer til ledelse og administrasjon av poliklinikker. Fordelen med håndboka ble fremholdt å være at man får innblikk i hva som forventes av poliklinikken, hvordan man kan tenke i forhold til videreutvikling av poliklinikken og hvordan man kan legge til rette for bl.a. opplæring og kompetanseheving med hensyn til å kunne yte et tilfredsstillende tilbud.

Informantene kom med ulike forslag til hva håndboka kunne ha inneholdt i tillegg til det som allerede står der. En informant sa:

"Helseforetakene kjører hardt på produksjonsøkning, men helseforetakene gir ikke normtall utover det lokale. Vi burde visst forventet årsproduksjon for en behandler på forskjellige nivå. Det kjøres ut mål på produksjonstall etter refusjonsberettigede konsultasjoner og dette varierer fra foretak til foretak. Jeg ønsker at håndboka hadde gitt landsbaserte normer."

En annen informant savnet mer erfaringsbaserte anbefalinger:

"Håndboka kunne presentert hvordan poliklinikker har gjort det forskjellige steder. For det finnes sikkert flere løsninger på disse temaene. Og kanskje noen løsninger passer godt på store poliklinikker og noen på mindre. Det er viktige temaer som er tatt opp, men når jeg leser så tenker jeg, ja dette høres fint ut, men det er ikke så lett å få til."

Informanten poengterte at ved å belyse andres erfaringer kunne dette fungert som begrunnelse for anbefalingene som gis i håndboka.

Oppsummert kan en si at håndboka har vært opplevd som praksisrelevant i sitt innhold, i tråd med Grol og Grimshaws (2003) oppsummering. Samtidig var en fra sentralt hold ikke villig til å la anbefalingene være selvstendige statlige føringer. Med den mangfoldige virkelighet den skulle møte har det sannsynligvis vært et fornuftig valg på noen områder, men neppe på alle, samtidig som en dermed har måttet stole på at det lokale arbeidet med hånd-

boka har ivarettatt dens intensjoner. At håndboka i tillegg har favnet bredt tematisk, med et særlig fokus på organisatoriske endringer, er stikk i strid med en annen av Grol og Grimshaws oppsummeringer for den gode retningslinje (jfr. over).

4.4 Helseforetakenes bidrag i implementeringen av håndboka

Vi har siden håndboka kom ut fått en omfattende helsereform i Norge, med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Et sentralt siktemål var å styrke styringen av institusjonene. Med håndbokas oppmerksomhet rundt sentrale spørsmål som økt tilgjengelighet, bedre styring av ressursene og mer fokus på resultatene samt styrking av kvaliteten på tjenestene burde den være relevant i helseforetakenes arbeid mot poliklinikkene. Vi spurte i 2004 derfor alle poliklinikklederne hvordan helseforetakene hadde brukt håndboka i sin kommunikasjon med de som ledere (jfr. tabell 8.2 i vedlegget). Ingen svarte at den var mye brukt. 68 prosent av lederne for barn og unge-poliklinikkene og 54 prosent i voksenpoliklinikkene svarte at den ikke var brukt, mens henholdsvis 21 prosent og 25 prosent svarte at den nesten ikke var brukt.

Vi ba i dybdeintervjuene informantene ta stilling til hvorvidt helseforetakene burde bidra i implementeringen av håndboka. Det gjennomgående trekket blant informantene var at helseforetakene med fordel burde benytte håndboka i sin kommunikasjon med poliklinikken, men som tabell 8.2 i vedlegget viser har dette ikke skjedd i nevneverdig grad.

For å gi håndboka større grad av legitimitet sa en informant dette:

"Informasjonen om håndboka bør komme fra helseforetaket som legger styringsdokumenter til grunn for drift av en poliklinikk, for da blir det ikke opp til hver enkelt enhet å gjøre slik og slik. Dette kan danne et fundament for faglig ledelse av en poliklinikk."

En annen poliklinikkleder påpekte at helseforetaket var opptatt av innholdet i Samdata og at Samdata legges frem for styret, men at helseforetaket hadde lite fokus på årsaksfaktorene bak tallene i Samdata. Poliklinikklederen etterspurte derfor tettere oppfølging fra helseforetaket og at helseforetaket kunne være en diskusjonspartner. Det ble påpekt at det ikke var tilstrekkelig at helseforetaket bare la frem håndboka med beskjed om at den var et viktig dokument, men at håndbokas anbefalinger måtte følges opp også av helseforetaket.

En informant begrunnet hvorfor det er viktig at helseforetaket var involvert slik:

"Jeg tenker at det er kjempeviktig at det er ledelsesbasert det som kommer ut til oss, fordi det er doble signaler ute og går. På den ene siden står statsministeren og helseministeren og sier at vi skal trappes opp. På den andre siden sier økonomisjefen i helseforetaket at dere får ikke lov å budsjettere med flere stillinger enn det dere har besatt. Hva er det for et signal? Det blir veldig mange ansatte desillusjonert av."

På den annen side ble et også nevnt at utfordringen knyttet til implementeringen av håndbokas innhold først og fremst skal og bør ligge på poliklinikknivå. En informant uttrykker seg slik:

"Jo, det er klart helseforetaket kunne understreket verdien av håndboka, men utfordringen med å bruke den aktivt ligger nok mest innenfor de enkelte systemenheter."

De ulike sitatene viser bredden i informantenes refleksjoner knyttet til i hvilken grad helseforetakene skal og bør involveres i utviklingsarbeid på poliklinikknivå.

4.5 Poliklinikkens overordnede utfordringer

Vi har så langt vist at poliklinikkene tross mange års oppmerksomhet i liten grad har økt sin produktivitet, og at håndboka tross mye lokal oppmerksomhet har hatt begrenset effekt. Hvordan kan dette forstås i lys av poliklinikkens overordnede utfordringer og hvilket krysspress de ofte står overfor?

Fra offentlige myndigheter v/ Helse- og omsorgsdepartementet, og fra egne helseforetak (både RHF og HF-nivået) stilles **krav om økt produktivitet**. Dette gjelder særlig i forhold til å øke antall konsultasjoner per behandler, men delvis også å øke antall pasienter. I helsedepartementets styringsdokument til RHFene for 2003 ble dette uttrykt gjennom en ambisjon om samlet vekst i konsultasjonsproduktivitet på 30 prosent for perioden 2002 og 2003 (Helsedepartementet 2002). For 2004 ble dette uttrykt som en forventning om fortsatt produktivitetsøkning, men nå til å omhandle både direkte og indirekte tiltak (Helsedepartementet 2003). Ett av målene i Opptrappingsplanen som poliklinikkene for barn og unge blir konfrontert med er målformuleringen at fem prosent av barn og unge- befolkningen skal motta et tilbud fra det psykiske helsevernet. Det kan være uklart hvordan denne målformuleringen skal forstås. Behovet for tjenester er uansett stort og en overordnet utfordring er å nå de som trenger tilbud. Dette er de kvantitative sidene ved poliklinikkens målsetting. Som vi viste i kapittel 1 har poliklinikkene i liten grad klart å oppfylle disse, gitt at vår antakelse om at endret registreringspraksis forklarer hoveddelen av økningen i konsultasjonsproduktivitet i poliklinikkene for barn og unge.

Det kvalitative aspektet med **kravet om økt faglighet** krever styrket kompetanse og spesialisering. Det kommer mange ulike signaler på hva som er rett type behandling som fagpersonene må forholde seg til, jfr. den pågående diskusjonen nasjonalt og internasjonalt om kunnskapsbasert praksis. En annen vurdering som må foretas er avveiningen i forhold til å utvikle spesialistkompetanse kontra å utvikle generalistkompetanse. Her vil de ulike poliklinikkene, avhengig av størrelse og opptaksområde, måtte velge ulike strategier. For å tilby et allmennpsykiatrisk tilbud kreves bredde og basiskunnskaper, og utover dette blir det en prioritering hvordan kompetansebyggingen skal skje og innenfor hvilke områder/ diagnoser. Videre ser vi at det blant brukerne av tjenestene er en gradvis økende bevissthet omkring kvaliteten i behandlingen, hvor det er rimelig å anta at brukerne i tiden som kommer i økende grad vil stille større krav til god behandling. Behandlerne responderer på disse kunnskapsutfordringene med å ønske mer kompetanse.

Det er videre et krav fra offentlige myndigheter, senest uttrykt i St prp nr 1 (2004-2005), at **samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet skal styrkes og formaliseres**. Det lovpålagte kravet om å tilby individuell plan har fra de samme instanser også blitt tydeligere påpekt som noe spesialisthelsetjenesten må etterleve. I samme retning følger også kravet fra brukerne om at de vil ha et sammenhengende og koordinert tjenestetilbud. Dette igjen stiller poliklinikkene overfor økte krav til samarbeid med førstelinjetjenesten og andre deler av det psykiske helsevernet. Siden 2000 har behandlerens tidsbruk på eksternkontakt vært nedadgående (særlig innen poliklinikker for barn og unge).

Helseforetaksreformen har i tillegg medført **økt oppmerksomhet rundt økonomi og økonomistyring**, og som vi har vist er dette et av de to områdene hvor poliklinikkledere opplever at helseforetakene har størst oppmerksomhet i sin kommunikasjon med poliklinikkene. Mange ledere og behandlere på poliklinikknivå opplever doble signaler i den betydning at det fra sentralt helsepolitisk hold blir gitt signaler på at det skal satses på psykisk helsevern, jfr. Opptrappingsplanen, samtidig som det på lokalt nivå kan være en kamp for å beholde de stillinger man har. Som en av poliklinikklederne sier det: "Opptrapping er å bli spart for nedskjæring".

Med de ulike forventningene om økt produktivitet, kvalitativt godt behandlingstilbud, styrket samarbeid og de doble signalene om økonomi er det en utfordring for poliklinikklederne å ivareta arbeidsmiljøet og spesielt nyansattes behov for støtte og rådgivning i forhold til krevende oppgaver. Det er som vist over relativt høy grad av målkonflikt i poliklinikkene. Og vi kan si at jo større grad av målkonflikt en organisasjon har jo større er behovet for ledelse og evaluering av drift og organisering. Ettersom håndboka ikke er anvendt i en slik sammenheng, verken av nasjonale myndigheter og helseforetakene, er det heller ikke å forvente at den på egen hånd kunne angi løsninger på disse problemene lokalt.

4.6 Oppsummering - Er det hensiktsmessig med en håndbok?

Det er enighet blant informantene om at det er hensiktsmessig at staten utarbeider en slik *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*. Begrunnelsene for dette er flere. En av begrunnelsene er at når det forventes at poliklinikkene skal være en spesialisthelsetjeneste bør det følge hjelpemidler med slik at poliklinikkene kan utvikle seg. Det pekes bl.a. på at håndboka kan gi ideer til hvordan man kan utvikle kvaliteten i arbeidet i poliklinikken. En annen begrunnelse er at håndboka kan fungere som en referanse til en ønskelig standard.

Sett i lys av internasjonale studier knyttet til implementering av retningslinjer er det ikke annet å forvente enn at håndboka har hatt liten effekt. Å få til effektiv bruk av håndboka ville ha krevd

- at man hadde brukt mange ulike spredningskanaler. For håndboka har man fra statlig side hovedsakelig anvendt en, gjennom en postal utsendelse i 2001. Det har i tillegg vært mulig å kjøpe den via internett. Poliklinisk produktivitet har gjennom årene vært tema på en rekke konferanser, men ikke satt i sammenheng med håndboka. I tillegg har dette evalueringsprosjektet vært av formativ karakter, ved at prosjektets to første delrapporter har vært distribuert til alle poliklinikker, samt at aktivitetsregistreringens lokale resultater for 2002 har vært sendt ut tilsvarende.
- at man analyserte hvilke barrierer som hindret en innføring (på behandlernivå, poliklinikknivå, helseforetaksnivå etc). En slik analyse har vært fraværende på nasjonalt nivå, og ut fra helseforetakenes manglende opptatthet av håndboka etter alt å dømme også på dette nivået. Det har vært opp til den enkelte poliklinikkleder å foreta en slik analyse for sin poliklinikk.
- at man satte i verk tiltak for å overkomme disse barrierene. I de statlige pålegg og RHF-enes pålegg om å øke konsultasjonsproduktiviteten har det ikke vært iverksatt tiltak for å utnytte håndboka i en slik sammenheng. At poliklinikklederne opplever at helseforetaket i liten grad har vært opptatt av at håndboka underbygger dette. Også dette har vært overlatt til den enkelte poliklinikkleder.

Selv om det oppfattes som hensiktsmessig med en håndbok kan man derfor ikke forvente å oppnå endringer i arbeidsformer og produktivitet dersom distribusjons- og oppfølgings-systemet ikke fungerer. Det understrekes av flere poliklinikkledere som en avgjørende faktor for implementeringen at helseforetaket bidrar ved å legge lokale føringer for bruk av håndboka. Utfordringen ligger i å få brukt håndboka aktivt slik at behandlerne blir involvert og medansvarlige for arbeidsprosesser og resultater i poliklinikken.

Innholdsmessig fremholdes håndboka i det store og hele som relevant, men når den i stor grad er blitt brukt uten at vi kan identifisere tydelige endringer i verken arbeidsformer eller produktivitet, reiser følgende spørsmål seg: Burde håndboka vært enda tydeligere på hva som er poliklinikkens mål? Burde prioriteringen av de ulike målene blitt presentert tydeligere? Når Statens helsetilsyn beskriver den som et hjelpemiddel, og ikke som anbefalinger, og uten klare prioriteringer, er det ikke annet å forvente enn at den enkelte poliklinikkleder har valgt ut de områder som ut fra vedkommendes forståelse har vært viktigst eller lettest å gjennomføre lokalt.

I utformingen av en håndbok må det nødvendigvis foretas en avveining av i hvilken grad anbefalingene skal være konkrete eller generelle. Når vi konkluderer med at det i liten grad har skjedd endringer i arbeidsformer og produktivitet stiller vi spørsmål ved om håndbokas fokus er for bredt og for generelt? I den grad den oppfattes som generell er det grunn til å anta at den har blitt oppfattet som for lite retningsgivende for lederne. Når den i tillegg ikke er blitt brukt aktivt, verken på nasjonalt nivå eller helseforetaksnivå, for å gi retning i poliklinikkens håndtering av de overordnede utfordringer de står overfor har den sannsynligvis hatt langt mindre effekt enn den ut fra innhold kunne hatt.

Litteratur

Grol, R. and Grimshaw, J. (2003): From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care, *Lancet* vol. 362: 1225-30.

Gross, P. A., Greenfield, S., Cretin S., Ferguson J., Grimshaw J., Grol R. et al. (2001): Optimal Methods for Guideline Implementation. Conclusions From Leeds Castle Meeting, *Medical Care*, Vol. 39, No 8, Supplement 2, II-85-II92.

Gråwe, R. W., Hagen, H., Husum T. L., Pedersen, P. B. og Ruud T. (2005): Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004, SINTEF Helse Rapport STF78 A055013.

Hagen, H. og Ruud T. (2004): Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003, SINTEF Helse Rapport 3/04.

Halsteinli, V., Hatling, T. og Kalseth J. (2003): Aktivitetsbaserte poliklinikktaakter i psykisk helsevern – mellom visjon og virkelighet, SINTEF Unimed Psykisk helsearbeid rapport STF78 A035001.

Halsteinli, V. (red.) (2004): Samdata psykisk helsevern. Sektorrapport 2003, SINTEF Helse rapport 2/04.

Hatling, T. (red.), Bjørngaard J.H. og Johansen, K.I. (2002): Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker, SINTEF Unimed Psykisk helsearbeid rapport STF78 A02003.

Hatling, T. (red.), Bjørngaard J.H. og Johansen, K.I. (2003): Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker – *Delrapport 2*, SINTEF Unimed Psykisk helsearbeid rapport STF78 A035005.

Hatling, T. (red.), Bjørngaard J.H. og Johansen, K.I. (2004): Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker – *Delrapport 3*, SINTEF Helse Psykisk helse rapport STF78 A045013.

Helsedepartementet (2002): Styringsdokumenter til de regionale helseforetakene 2003.

Helsedepartementet (2003): Styringsdokumenter til de regionale helseforetakene 2004.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2001): Hvordan organisasjoner fungerer. Fagbokforlaget. Bergen.

Jørgenvåg, R. og Hope, Ø. B. (2005): Kvaliteten på medisinsk koding og ISF-refusjoner. I hvilken grad er journalgjennomgang et nyttig verktøy? SINTEF Helse Rapport STF78 A055008.

Kjekshus, L. E. (2005): Vil reformen med statlige helseforetak føre til effektivitetsforbedringer i norske sykehus? Hva sier aktuelle teorier og erfaringer så langt? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, Vol. 21, Nr. 1:53-76.

Statens helsetilsyn (2000). Psykiatriske poliklinikker. En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien. Oslo: Statens helsetilsyns utredningsserie 4-2000.

Statens helsetilsyn (2001a): Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Oslo: Statens helsetilsyns utredningsserie 2-2001

Statens helsetilsyn (2001b): Kompetansebehov i psykisk helsevern. Oslo: Statens helsetilsyns utredningsserie 4-2001.

Statens helsetilsyn (2002): Retningslijer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer, IK2653.

Stortingsmelding nr 25 (1996-97): Åpenhet og helhet.

St prp nr 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Sosial og helsedepartementet.

St prp nr 1 (2004-2005): Statsbudsjettet for 2005, Helse- og omsorgsdepartementet.

Vareide, P. K. (2001): Sykehusreformen - et hamskifte i styring av helsetjenester, SINTEF Helse rapport STF78 A013503 2001.

Wye, L. and McClenahan, J. (2000): Getting better with evidence. Experiences of putting evidence into practice, King's Fund, London.

Vedlegg

1 Innledning

Dette vedlegget redegjør i detalj for resultatene av de ulike undersøkelsene rapportens hoveddel er basert på.

2 Metode

2.1 Datamateriale for 2004-undersøkelsen

2.1.1 Definisjoner og datagrunnlag for produktivitet 1998 til 2003

Produktivitet defineres som forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet. Jo høyere aktiviteten er for en gitt ressursinnsats, desto høyere er produktiviteten. Poliklinisk aktivitet er i denne sammenhengen målt som antall pasienter behandlet og hvor mange konsultasjoner hver pasient har fått. Andre typer aktivitet er også en helsepolitisk prioritert del av poliklinisk virksomhet, for eksempel faglig veiledning og kontakt med den øvrige helsetjenesten. I våre kvantitative analyser presentert i dette kapitlet måles kun den aktiviteten som omhandler pasientbehandling.

Opplysninger om polikliniske konsultasjoner og pasienter er hentet fra pasientdata for voksne, samlet inn av Norsk pasientregister (NPR). Med polikliniske konsultasjoner for voksne menes refusjonsberettigede konsultasjoner. Der hvor det ikke har vært tilgjengelige pasientdata levert til NPR er SSBs institusjonsstatistikk lagt til grunn. For nærmere beskrivelse av datamaterialet se Halsteinli et al (2004).

Behandlede pasienter og tiltak er hentet fra pasientdata for BUP, innsamlet av Norsk pasientregister. Utvalgsriteriene er de samme som er lagt til grunn for SAMDATA-statistikken (Halsteinli et al 2004). *Tiltak* er brukt som en samlebetegnelse på direkte og indirekte pasientrettet arbeid som registreres i BUP-databasen. Direkte tiltak omfatter direkte pasientrettet arbeid som terapi/samtale og undersøkelse/observasjon. Dette er tiltaksformer som i hovedsak er refusjonsberettigede. Indirekte tiltak omfatter indirekte pasientarbeid som møter og konsultasjoner med samarbeidspartnere.

Personellinnsatsen beskrives med betegnelsen «årsverk». I datamaterialet er det «antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte per 31. desember» som er registrert. Personellsituasjonen ved utgangen av året brukes med andre ord som en indikator for antall årsverk som faktisk er utført. Tilfeldige svingninger i løpet av året og bruk av overtid blir dermed ikke fanget opp av de registrerte data. For å redusere dette problemet opererer vi med gjennomsnittet fra to punkttellinger. For eksempel er antall årsverk for 2003 satt lik gjennomsnittet for registrerte årsverk for slutten av 2002 og slutten av 2003.

Vi benytter betegnelsen *fagårsverk* og mener antall årsverk totalt minus annet personell. Det innebærer at merkantilt personell holdes utenfor. Årsaken til det er at vi i denne sammenhengen setter søkelyset på produktiviteten til personale som kan utføre pasientrettet arbeid.

En pasient *kan* i løpet av statistikkåret ha flere saker eller behandlingsepisoder. Det etableres til vanlig en ny sak/episode i tilfeller der pasienten etter en avsluttet behandlingsperiode rehenvises. For å forenkle fremstillingen skiller vi ikke mellom antall saker/episoder og antall pasienter, men bruker konsekvent begrepet *pasient*. Teknisk sett er det likevel snakk om antall saker/episoder.

2.1.2 Data fra aktivitetsregistreringen

Resultatene fra aktivitetsregistreringen baserer seg på data fra tre undersøkelser; en 14-dagersperiode våren 2000, en 14-dagers periode våren 2002 og en 14-dagers periode høsten 2004. Vi sendte registreringsskjema til alle offentlige poliklinikker i landet. Behandlerne ble her bedt om å angi hvor mye tid som gikk med til ulike gjøremål i løpet av en 14-dagers periode. I tillegg svarte behandlerne på spørsmål om kvalitative sider ved sin egen arbeidssituasjon og poliklinikken som helhet.

Sammen med aktivitetsregistreringsskjemaene sendte vi til hver enkelt poliklinikk et eget strukturert spørreskjema til lederen for poliklinikken. I 2004 gjorde vi en del endringer i dette skjema sammenlignet med i 2002, basert på tidligere års konklusjoner. Totalt har 125 ledere i poliklinikker for voksne og 65 ledere i poliklinikker for barn og unge besvart disse spørreskjemaene.

Svarprosenten fra aktivitetsregistreringen er noe usikker, idet det ikke foreligger tilgjengelig statistikk over hvor mange av de ansatte som driver pasientbehandling, men kun omregnede tall i årsverk. Totalt ble det innhentet opplysninger om tidsbruk fra 2180 behandlere ved offentlige poliklinikker våren 2000. Fra undersøkelsen våren 2002 ble det hentet inn opplysninger fra 2264 behandlere. I 2004-undersøkelsen har 2627 svart. Til sammenligning var antallet behandlerårsverk registrert for poliklinisk virksomhet omlag 2237 i 2000, 2821 i 2002 og 3053 i 2003 (hentet fra tabell 3.1 og 3.2). Dette er da vel og merke tall for hele årsverk, mens vår undersøkelse viser til antall behandlere uavhengig av stillingsandel.

Aktiviteten ble registrert under hovedkategoriene direkte pasientrelatert arbeid, annet pasientrelatert arbeid og ikke pasientrelatert arbeid:

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

Hver hovedkategori av poliklinisk virksomhet var inndelt i mer spesifikke aktiviteter, der hver behandler ble bedt om å oppgi antall timer brukt til hver aktivitet i løpet av en periode på to uker.

Tabell 2.1 Oversikt over områder som behandlerne i offentlige poliklinikker registrerte sin tidsbruk på over en periode på to uker våren 2000 og 2002 og høsten 2004.

Direkte pasientrelatert arbeid:	Annet pasientrelatert arbeid:	Ikke pasientrelatert arbeid:
- Individualbehandling	- Faglig veiledning gitt	- Faglig veiledning gitt
- Familie-/parbehandling	- Faglig veiledning mottatt	- Faglig veiledning mottatt
- Gruppebehandling	- Kurs/studier av faglitteratur	- Kurs/studier av faglitteratur
- Hjemmebesøk	- Reiser	- Reiser
- Samarbeidsmøter (kun 2004)	- Journalføring	- Journalføring
- Annen behandling	- Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	- Konsultasjon/samarbeid 1.linjen
- Observasjon/undersøkelse	- Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	- Konsultasjon/samarbeid 2.linjen
- Tester	- Annen konsulentvirksomhet	- Annen konsulentvirksomhet
- Pasienten ikke møtt	- Administrasjon	- Administrasjon
	- Interne møter	- Interne møter
	- Annet	- Annet

2.1.3 Strukturert spørreskjemaundersøkelse 2004

Vi har tre ganger tidligere (2001, 2002 og 2003) kartlagt hvordan 17 poliklinikker organiserer

- pasientrelaterte administrative oppgaver
- samarbeid med eksterne instanser
- ledelse og administrasjon

I kartleggingene er det lagt særlig vekt på å dekke de områdene som håndboka fokuserer på. Datainnsamlingen ble i 2001, 2002 og 2003 gjennomført enten pr. post, e-post eller fax. For datainnsamlingen i 2004 valgte vi å gjennomføre dette som telefonintervju for å sikre høy svarprosent og for å redusere tid brukt til utfylling. Forut for intervjuet fikk informantene tilsendt sine egne svar fra det året de sist hadde besvart spørreskjemaundersøkelsen. I telefonintervjuet beskrev informantene endringer som er gjort i poliklinikken siden forrige gang de svarte, og en forsker hos SINTEF Helse noterte svarene.

Alle 17 poliklinikkene i utvalget har blitt oppringt og samtlige ledere stilte seg positive til å bli intervjuet. Av de 17 poliklinikkene er det ni poliklinikker for barn og unge og åtte poliklinikker for voksne.

2.1.4 Intervjuundersøkelse

Av de 17 poliklinikkene i utvalget ble det i datainnsamlingen for 2003 gjennomført dybdeintervjuer med ledere i 10 av poliklinikkene. I datainnsamlingen i 2004 hadde vi en målsetting om å dybdeintervjue de øvrige syv informantene. Vi endte opp med fire, en nektet og de to resterende ble skrinlagt. I intervjuene brukte vi diktafon for å kunne skrive ut intervjuene i fulltekst.

3 Produktivitet 1998 til 2003

I dette kapitlet ser vi på aktivitet og ressursinnsats i poliklinikker perioden 1998 til og med 2003. Se vedleggskapittel 1 for beskrivelse av datamaterialet.

3.1 Utvikling i perioden 1998 - 2003

I tabell 3.1 viser vi hvordan utviklingen i aktivitet og personell har endret seg i perioden 1998 til og med 2003 i poliklinisk virksomhet for barn og unge.

Tabell 3.1 Aktivitet og produktivitet i poliklinikker for barn og unge. Absolutte tall og endring fra 1998-2003.

	1998	2000	2002	2003	Endring fra 1998 - 2003	Endring i prosent fra 1998 - 2003
Antall fagårsverk	752	875	1 069	1 177	425	57
Totalt antall behandlede pasienter	19 097	24 482	29 091	31 974	12 877	67
– direkte tiltak	128 935	170 037	234 974	302 171	173 236	134
– indirekte tiltak	57 329	89 568	113 430	145 912	88 583	155
Polikliniske tiltak summert	186 264	259 605	348 404	448 083	261 819	141
Direkte tiltak per pasient	6,8	6,9	8,1	9,5	3	39
Indirekte tiltak per direkte tiltak	0,44	0,53	0,48	0,48	0	10
Direkte tiltak per fagårsverk	171	194	220	257	86	50
Sum tiltak per fagårsverk	248	297	326	381	133	54
Pasienter per fagårsverk	25,4	27,9	27,2	27,2	2	7

Datakilde: Sintef Helse og SSB

Det første vi ser er at det har vært en kraftig ressursvekst målt med poliklinisk fagpersonale i perioden. Over 400 flere fagårsverk har kommet til siden 1998, en vekst på omlag 57 prosent.

Vi har her tre ulike mål på pasientaktivitet som samlet uttrykker den pasientrettede produksjonen – pasienter, direkte tiltak og indirekte tiltak.

Det har kommet til 12 877 flere pasienter i perioden en økning på 41 prosent. Økningen er altså noe større enn økningen i fagårsverk, som igjen gir seg utslag i en økning i pasienter per fagårsverk på syv prosent.

Omfanget av direkte tiltak har steget med 134 prosent i perioden. Det har blitt 155 prosent flere indirekte tiltak i perioden 1998 til og med 2003.

Antall direkte tiltak per pasient har vært ganske så stabilt i perioden 1998 til 2000, men gjorde et kraftig hopp fram til 2002 og videre til 2003.

Ser vi på hvor mye de indirekte tiltakene utgjør av de direkte tiltakene, så har dette økt med ti prosent i perioden.

Tabell 3.2 viser utviklingen i produktivitet i løpet av perioden 1998 til 2003 for voksenpoliklinikkene. Vi minner om at vi også her har benyttet gjennomsnittstall for to år av gangen for å beregne antall årsverk. Ved denne fremgangsmåten legges da til grunn at nye behandlere som en gjennomsnittsbetraktning starter sin polikliniske virksomhet jevnt fordelt gjennom hele året.

Tabell 3.2 Aktivitet og produktivitet i poliklinikker for voksne. Absolutte tall og endring fra 1998-2003.

	1998	2000	2002	2003	Endring fra 1998 – 2003	Endring i prosent fra 1998 – 2003
Antall fagårsverk	1 227	1 362	1 752	1 876	649	53
Konsultasjoner	476 179	521 424	616 826	709 765	233 586	49
Konsultasjoner per fagårsverk	388	383	352	378	-10	-3
Antall konsultasjoner per pasient ¹	-	-	7,0	7,3		
Pasienter per fagårsverk ¹	-	-	50	52		

Datkilde: Sintef Helse og SSB

¹ Estimert basert på et utvalg poliklinikker med data om antall pasienter

Som det fremgår, var produksjonen av konsultasjoner per fagårsverk tilnærmet stabil i perioden.

Konsultasjoner for voksne kan tilnærmet sammenlignes med direkte tiltak for barn og unge. Mens man i barn og unge-poliklinikkene hadde omlag 257 direkte tiltak per fagårsverk, så var tilsvarende tall for voksenpoliklinikkene på 378 i 2003. Det er altså vesentlig flere konsultasjoner i voksenpoliklinikkene, sammenlignet med poliklinikkene for barn og unge. Det er likevel en tendens til at forskjellen mellom sektorene blir mindre når vi ser utviklingen over tid fra 1998 til 2003.

3.2 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på utviklingen i produktivitet fra 1998 til og med 2003. Oppsummert viser utviklingen:

Poliklinikker for barn og unge

- Poliklinisk virksomhet for barn og unge har vært preget av en kraftig vekst i antall fagårsverk i perioden 1998 til og med 2003 – en økning på omlag 57 prosent.
- Det har funnet sted en økning i antall pasienter i perioden på 67 prosent.
- Antall direkte tiltak har økt med 134 prosent, altså vesentlig høyere enn veksten i fagårsverk. Det har vært en vekst i direkte tiltak per fagårsverk på 50 prosent.
- Innsatsen overfor hver pasient har økt kraftig i perioden, målt ved direkte tiltak per pasient (vekst på 39 prosent).

Poliklinikker for voksne

- Det har vært en kraftig vekst i antall polikliniske fagårsverk for voksne i perioden 1998 til og med 2003 (53 prosent).

- Produktiviteten i poliklinikker for voksne har vært relativt stabil i perioden 1998 til 2003, målt ved konsultasjoner per fagårsverk.

4 Hva bruker behandlerne tida si på?

Dette kapitlet viser resultater fra tre undersøkelser rettet mot alle landets behandlere i offentlige poliklinikker. Behandlerne registrerte selv hva de brukte tida si til over en periode på to uker i 2000, 2002 og 2004.

4.1 Behandlernes tidsbruk fra 2004-undersøkelsen

I tabell 4.1 og 4.2 ser vi hvor mye behandlerne i gjennomsnitt har brukt på hvert av de ulike områdene som registreringene omfatter. Undersøkelsen skal dekke alle aktiviteter og summerer seg derfor til 100 prosent.

Tabell 4.1 Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i ulike teamtyper i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for barn og unge, 2004.

Behandlere i poliklinikker for barn og unge	Allmennpsykiatriske team for:			Spesialteam:			Totalt
Unge	- barn og unge	- barn	- unge	Familie-team	Nevro-team	Andre team	
Direkte pasientrelatert arbeid							
Individualbehandling	9,6	8,4	14,6	4,1	6,2	7,1	9,0
Familiebehandling	6,7	6,8	4,1	17,5	4,3	5,5	7,2
Gruppebehandling	0,4	0,4	0,0	0,1	0,9	2,5	0,6
Hjemmebesøk	0,3	0,6	0,1	1,7	0,3	0,9	0,4
Samarbeidsmøter	3,3	3,5	2,1	4,1	4,3	2,4	3,3
Annen type behandling	2,0	1,2	0,8	1,5	2,8	2,1	1,9
Observasjon/undersøkelse	2,1	4,4	0,7	0,5	7,7	2,1	2,3
Tester	1,1	1,4	0,7	0,0	7,5	0,5	1,1
Pasienten ikke møtt	1,5	1,8	2,0	1,4	0,9	0,6	1,4
Annet pasientrelatert arbeid							
Faglig veiledning gitt	1,8	1,8	1,2	2,3	1,7	2,4	1,9
Faglig veiledning mottatt	1,6	1,8	4,8	1,5	0,5	1,6	1,8
Kurs/studier av faglitteratur	3,8	2,6	3,6	4,9	2,9	3,4	3,5
Reiser	2,9	2,0	1,5	2,8	3,9	3,7	2,9
Journalføring	12,4	10,4	16,9	12,0	15,7	9,0	12,3
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	2,7	2,3	1,5	1,5	2,9	1,9	2,6
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,8	0,4	0,3	0,6	1,1	0,9	0,8
Annen konsulentvirksomhet	0,5	2,0	0,8	0,2	0,7	1,3	0,7
Administrasjon	3,9	3,3	3,4	2,8	4,5	6,2	4,1
Interne møter	8,0	11,2	8,6	10,9	7,1	9,3	8,5
Annet	3,1	4,1	3,0	4,4	3,4	2,8	3,1
Ikke pasientrelatert arbeid							
Faglig veiledning gitt	0,7	0,6	0,7	0,7	0,4	1,1	0,8
Faglig veiledning mottatt	0,9	1,5	1,1	0,3	0,9	1,8	1,0
Kurs/studier av faglitteratur	9,5	10,7	9,7	8,3	6,7	10,2	9,4
Reiser	2,4	2,3	0,8	2,3	0,8	2,2	2,1
Journalføring	0,9	1,0	1,2	0,2	2,5	0,4	0,9
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,6	0,3	0,4	0,3	0,1	0,4	0,5
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,3	0,0	0,9	0,1	0,0	0,3	0,2
Annen konsulentvirksomhet	0,9	0,6	0,0	0,2	0,3	3,3	1,1
Administrasjon	3,4	2,6	2,5	1,8	1,8	3,3	3,1
Interne møter	6,5	5,1	6,3	6,8	3,1	6,0	6,1
Annet	5,5	4,9	5,6	4,2	4,2	4,8	5,4
Antall behandlere	558	48	30	26	24	82	945
Totalt	100	100	100	100			100

Tabell 4.2 Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i ulike teamtyper i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for voksne. 2004.

Behandlere i poliklinikker for voksne	Allmenn-psykiatriske team	Spesialteam:					Totalt
		Alders-psykiatri	Put*	Rus**	Psykose-team	Andre	
Direkte pasientrelatert arbeid							
Individualbehandling	28,7	13,1	22,9	19,1	23,8	16,8	24,8
Familie-/parbehandling	0,7	2,6	1,2	1,3	2,0	1,3	1,0
Gruppebehandling	2,1	0,9	0,7	1,5	1,0	8,7	3,1
Hjemmebesøk	0,3	4,9	0,5	2,3	4,4	4,7	1,7
Samarbeidsmøter	1,7	3,5	3,0	3,4	3,0	2,2	2,1
Annen type behandling	1,6	2,2	2,0	2,2	1,8	3,9	2,1
Observasjon/undersøkelse	0,8	0,8	0,5	0,5	0,4	0,8	0,7
Tester	0,5	5,0	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
Pasienten ikke møtt	2,4	1,1	4,2	2,6	1,4	1,6	2,2
Annet pasientrelatert arbeid							
Faglig veiledning gitt	2,0	2,3	2,1	2,0	2,4	1,6	2,0
Faglig veiledning mottatt	1,9	1,2	1,8	2,1	1,4	2,0	1,9
Kurs/studier av faglitteratur	3,5	1,9	4,0	2,2	1,9	4,1	3,4
Reiser	1,4	5,1	2,2	3,3	2,8	1,9	1,9
Journalføring	14,9	14,1	13,5	13,3	11,9	9,6	13,4
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	1,8	4,3	2,3	2,7	2,8	1,8	2,0
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,9	1,0	0,9	1,1	1,4	1,0	1,0
Annen konsulentvirksomhet	0,6	1,0	0,6	0,5	0,8	0,6	0,6
Administrasjon	4,1	5,1	3,1	2,7	3,0	3,9	3,8
Interne møter	7,0	6,8	7,2	8,0	8,4	9,2	7,6
Annet	2,5	3,5	2,5	4,4	2,9	3,5	2,9
Ikke pasientrelatert arbeid							
Faglig veiledning gitt	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6
Faglig veiledning mottatt	0,9	0,8	1,0	0,4	0,5	0,7	0,8
Kurs/studier av faglitteratur	5,3	4,8	5,9	6,2	6,2	6,0	5,6
Reiser	1,4	1,6	2,6	2,4	1,5	1,4	1,5
Journalføring	0,5	0,6	0,8	1,1	0,8	0,4	0,6
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,3	0,2	0,6	0,8	0,4	0,3	0,3
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,2	0,1	0,2	0,5	0,6	0,1	0,2
Annen konsulentvirksomhet	0,8	2,3	0,3	0,4	1,2	1,1	0,9
Administrasjon	2,7	2,4	3,2	2,7	2,5	2,1	2,6
Interne møter	3,7	2,3	4,2	4,5	4,4	3,3	3,7
Annet	4,3	4,1	5,0	4,9	3,5	4,6	4,3
Antall behandlere	957	61	89	72	141	254	1661
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

*Psykiatrisk ungdomsteam

** Inklusive dobbeltdiagnoseteam

4.2 Gruppering av arbeidsoppgaver

I det følgende grupperer vi oppgavene som er opplistet i tabell 4.1 og 4.2 med utgangspunkt i følgende hovedgrupper for aktiviteter:

- I. Direkte pasientkontakt
- II. Ekstern kontakt
- III. Kompetanseheving som inkluderer:
- IV. Indirekte pasientadministrativt arbeid
- V. Annet arbeid

I Hatling (red.) (2003) er denne inndelingen drøftet og begrunnet teoretisk. Tallene er vist for både 2002 og 2004.

4.2.1 Direkte pasientkontakt

Direkte pasientkontakt er definert som aktivitet i direkte kontakt med pasientene og operasjonalisert ved følgende kategorier:

- Individualbehandling
- Familie-/parbehandling
- Gruppebehandling
- Hjemmebesøk
- Samarbeidsmøter
- Annen type behandling
- Tester

Tabell 4.3 Prosentandel av behandlerne med ulik tid på direkte pasientkontakt. Behandlerne i poliklinikker for barn og unge og voksne. Aktivitetsregistreringen 2002 og 2004.

Andel tid på direkte pasientkontakt:	2002		2004	
	Voksne	Barn/unge	Voksne	Barn/unge
0 – 20 %	17	37	13	34
20 – 30 %	26	32	24	32
30 – 40 %	26	21	28	20
40 – 50 %	18	6	18	9
Over 50 %	12	3	18	5
Antall	1 367	887	1 655	945

Ekstern kontakt

Poliklinikkene er tiltenkt en sentral rolle for å flytte behandlingen nærmere pasientens nærmiljø. Dette innebærer tett kontakt med andre instanser i helsetjenesten, både opp mot førstelinjetjenesten og andre etater i spesialisttjenesten. Denne kontakten omhandler ofte enkeltpasienter, men dette behøver ikke være tilfelle. I tabell 4.4 har vi slått sammen både pasientrelatert og ikke pasientrelatert kontakt med første- og andrelinjetjenesten, samt annen konsulentvirksomhet. Ekstern kontakt er definert som følgende kategorier:

- Konsultasjon /samarbeid med 1.linjen
- Konsultasjon /samarbeid med 2.linjen
- Annen konsulentvirksomhet
- Pasientrelatert reising

I tabell 4.4 ser vi hvor stor andel av behandlerne som jobber mye eller lite med ekstern kontakt.

Tabell 4.4 Prosentandel av behandlerne med ulik tid på ekstern kontakt. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004

Andel tid på ekstern kontakt:	2002		2004	
	Voksne	Barn/unge	Voksne	Barn/unge
0 – 5 %	43	28	54	40
5 – 10 %	23	27	20	28
10 – 15 %	14	17	12	14
15 – 20 %	8	12	6	8
Over 20 %	12	16	7	10
Antall	1 367	887	1 660	945

Kompetanse

Poliklinikkene har et hovedansvar i å utdanne spesialister til det psykiske helsevernet. I tillegg kommer behovet for videreutdanning som er nødvendig for å utføre behandling i takt med ny kunnskap på feltet. Tabellen under viser oppsummert de områdene i registreringen som omfatter kompetansehevende arbeid. Vi skiller her ikke mellom virksomhet som er pasientrelatert eller ikke. Følgende områder er inkludert i denne kategorien:

- Faglig rettledning (gitt)
- Faglig rettledning (mottatt)
- Kurs/studier av faglitteratur

Tabell 4.5 Prosentandel av behandlerne med ulik tid på kompetansehevende arbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004

Andel tid på kompetansehevende tiltak:	2002		2004	
	Voksne	Barn/unge	Voksne	Barn/unge
0 – 10 %	39	31	51	39
10 – 20 %	29	23	23	22
20 – 30 %	16	19	13	17
30 – 40 %	8	14	6	11
Over 40 %	9	12	7	11
Antall	1 367	887	1 660	945

Indirekte pasientadministrativt arbeid

Med poliklinisk behandling følger ulike pasientadministrative oppgaver. En vesentlig del av indirekte arbeid knytter seg til journalføring. Dette sikrer at kunnskap om pasienten blir tilgjengelig for flere fagpersoner, samtidig som pasientens tilstand dokumenteres. Pasientrelaterte møter er en annen måte å sikre behandlingen faglig ved at flere får innsyn i de valg som gjøres for den enkelte pasient. I kategorien pasientadministrativt arbeid har vi inkludert:

- Journalføring
- Pasientrelatert administrasjon
- Pasientrelaterte møter
- Annet indirekte pasientrelatert arbeid
- Pasienten ikke møtt

Tabell 4.6 viser fordelingen av arbeidstid blant behandlerne i voksen- og barn og unge-poliklinikkene.

Tabell 4.6 Prosentandel av behandlerne med ulik tid på indirekte pasientarbeid. Behandlerne i poliklinikker for barn og unge og voksne, 2002 og 2004

Andel tid på pasientadm arbeid:	2002		2004	
	Voksne	Barn/unge	Voksne	Barn/unge
0 – 10 %	7	5	6	6
10 – 20 %	18	19	16	18
20 – 30 %	29	29	27	28
30 – 40 %	25	26	27	25
Over 40 %	20	22	23	23
Antall	1 367	887	1 659	943

Annet arbeid

I tillegg til de arbeidsoppgavene vi har gruppert i tabellene over har vi også en del resterende oppgaver. Poliklinikkene har en del øvrig virksomhet som må dekkes, ikke minst i forhold til å skape en organisatorisk enhet av virksomheten. Disse områdene er gruppert under kategorien annet arbeid:

- Ikke pasientrelatert administrasjon
- Ikke pasientrelaterte møter
- Ikke pasientrelaterte reiser
- Ikke pasientrelatert annet arbeid

Tabell 4.7. viser spredningen mellom behandlerne i hvor mye tid som går til kategorien annet arbeid.

Tabell 4.7 Prosentandel av behandlerne med ulik tid på annet ikke pasientrelatert arbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne, 2002 og 2004

Andel tid på annet ikke pasientrelatert arbeid:	2002		2004	
	Voksne	Barn/unge	Voksne	Barn/unge
0 – 5 %	41	29	33	18
5 – 10 %	19	19	17	16
10 – 15 %	16	19	15	20
15 – 20 %	8	12	14	15
Over 20 %	16	21	21	32
Antall	1 367	887	1 660	944

4.3 Sammenligning mellom nivået i 2000, 2002 og 2004

Skjemaet fra 2002- og 2004-undersøkelsen hadde en noe annen struktur enn det som var tilfellet for 2000-undersøkelsen. I tillegg var det vedlagt et hjelpeskjema for 2002- og 2004-undersøkelsen som behandlerne kunne bruke for registrere tidsbruken hver dag. Dette kan ha resultert i mer presis registrering i 2002- og 2004-undersøkelsen.

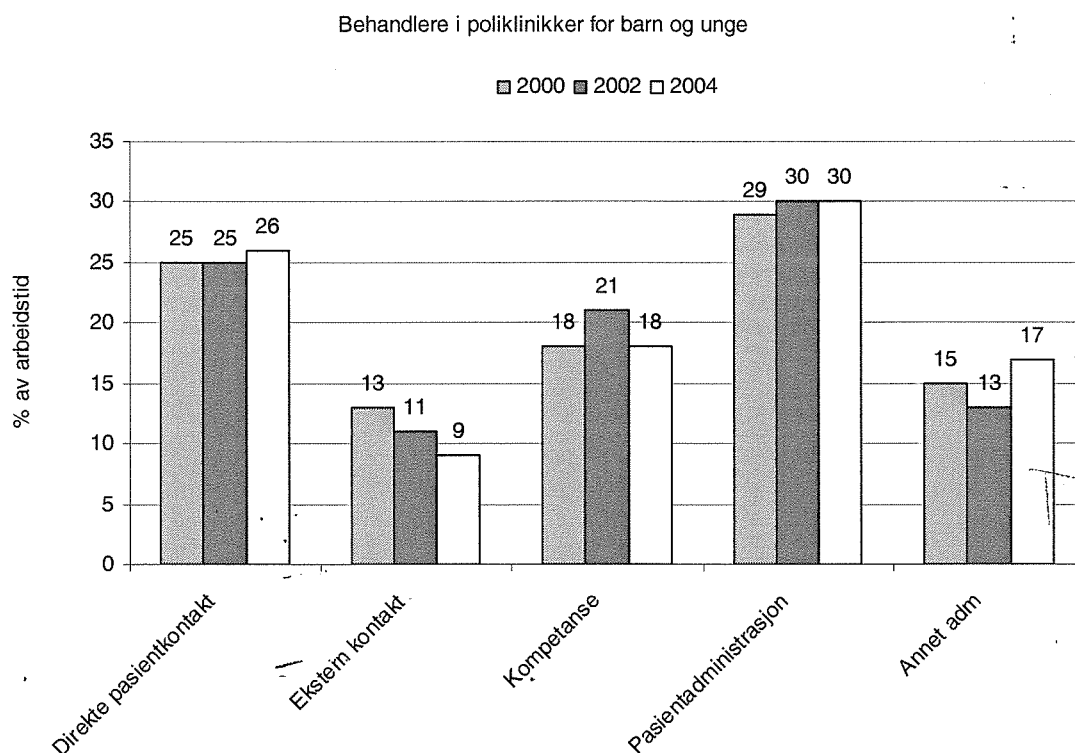
Tabell 4.8 Prosent av tid i poliklinisk virksomhet etter type aktivitet. Offentlige poliklinikker for barn og unge og voksne. 2000, 2002 og 2004.

	Barn og unge			Voksne		
	2000	2002	2004	2000	2002	2004
Direkte pasientrelatert arbeid						
Individualbehandling	9,5	10,2	9,0	25,0	25,5	24,8
Familie-/parbehandling	7,3	7,5	7,2	3,4	1,0	1,0
Gruppebehandling	*	0,4	0,6	*	2,5	3,1
Hjemmebesøk	1,0	0,5	0,4	1,6	1,6	1,7
Samarbeidsmøter	**	**	3,3	**	**	2,1
Annen type behandling	3,1	2,8	1,9	3,4	1,6	2,1
Observasjon/undersøkelse	2,4	2,2	2,3	1,5	0,9	0,7
Tester	1,2	1,2	1,1	0,6	0,7	0,6
Pasienten ikke møtt	1,1	1,3	1,4	1,7	1,9	2,2
Annet pasientrelatert arbeid						
Faglig veiledning gitt	2,5	2,5	1,9	2,8	2,4	2,0
Faglig veiledning mottatt	2,6	2,5	1,8	2,4	2,0	1,9
Kurs/studier av faglitteratur	2,2	3,8	3,5	2,2	4,7	3,4
Reiser	3,7	3,4	2,9	2,0	2,2	1,9
Journalføring	9,6	12,6	12,3	9,9	13,4	13,4
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	4,0	3,6	2,6	2,5	2,5	2,0
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	1,4	1,1	0,8	1,5	1,4	1,0
Annen konsulentvirksomhet	1,0	1,0	0,7	0,9	0,8	0,6
Administrasjon	2,5	4,8	4,1	2,2	3,4	3,8
Interne møter	9,8	9,0	8,5	6,7	8,7	7,6
Annet	5,6	1,6	3,1	4,5	1,1	2,9
Ikke pasientrelatert arbeid						
Faglig veiledning gitt	0,9	0,7	0,8	1,0	0,7	0,6
Faglig veiledning mottatt	1,4	1,4	1,0	1,0	0,8	0,8
Kurs/studier av faglitteratur	8,7	10,1	9,4	6,6	6,7	5,6
Reiser	1,8	2,3	2,1	1,7	1,6	1,5
Journalføring	0,7	0,7	0,9	1,0	0,9	0,6
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5	0,3
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,3	0,4	0,2	0,5	0,4	0,2
Annen konsulentvirksomhet	1,8	1,2	1,1	1,2	1,3	0,9
Administrasjon	3,9	4,5	3,1	3,2	3,4	2,6
Interne møter	5,5	5,2	6,1	5,2	4,5	3,7
Annet	3,7	1,0	5,4	3,4	0,9	4,3
Totalt	100	100	100	100	100	100

* Denne kategorien var inkludert i familie/parbehandling i 2000-undersøkelsen.

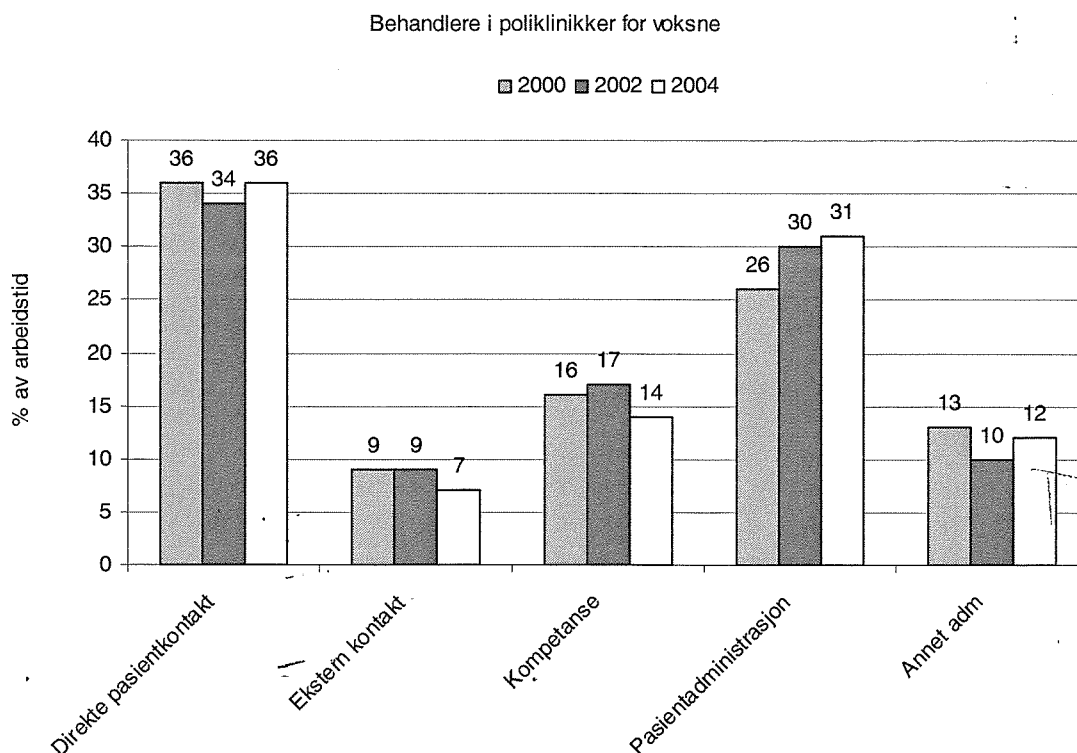
** Denne kategorien var kun inkludert i 2004-undersøkelsen.

I de to neste figurene viser vi en sammenligning mellom 2000, 2002 og 2004 med den inndelingen vi gjennomførte i forrige avsnitt.



Figur 4.1 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder. Behandlere i psykisk helsevern for barn og unge. 2000, 2002 og 2004.

Behandlerne i poliklinikker for barn og unge har i relativt liten grad endret seg på andelen tid som går til direkte pasientkontakt. Den direkte pasienttida utgjorde 25 prosent av arbeidsdagen både i 2000 og 2002, mens den var på 26 prosent i 2004. Andelen av tid til ekstern kontakt er redusert fra 13 prosent i 2000 til ni prosent i 2004. Omfanget av kompetansetid har gått noe ned fra 2002, men ligger på samme nivå som 2000-undersøkelsen. Kategorien annet arbeid har økt relativt mye fra 2002-undersøkelsen fra 13 til 17 prosent.



Figur 4.2 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder. Behandlere i psykisk helsevern for voksne 2000 og 2002.

Behandlerne i poliklinikker for voksne brukte mellom 34 – 36 prosent av tida til direkte pasientkontakt i de tre undersøkelsestidspunktene. Andelen av tid på ekstern kontakt har gått svakt tilbake med to prosentpoeng, fra ni til syv prosent. Andelen av tid til kompetanseaktivitet har gått ned fra 2002-undersøkelsen fra 17 til 14 prosent. Tid til pasientadministrasjon har imidlertid økt fem prosentpoeng fra 2000 til 2004. Fra 2000 til 2002 brukte behandlerne mindre tid på annet administrativt arbeid, men dette har gått noe opp igjen i 2004-undersøkelsen.

Resultatene fra figur 4.1 og 4.2 viser at begge sektorene i liten grad har lyttet til nasjonale styringssignaler om økt tid til direkte pasientkontakt. Staten har også signalisert ønske om at den eksterne kontakten skal vektlegges. Både gjennom mer samarbeid med førstelinjen, men også mer kontakt med resten av spesialisttjenesten. Begge sektorene har faktisk hatt en tilbakegang i andelen tid som har gått med til slik aktivitet.

4.4 Oppsummering

Vi har sett på tidsbruk på ulike typer aktivitet. Oppsummert er resultatene fra dette kapitlet som følger:

- Omlag 26 prosent av tida til behandlere for barn og unge og 36 prosent av tida til behandlere for voksne gikk med til direkte pasientarbeid i undersøkelsen i 2004. På dette området er det små forskjeller fra undersøkelsene gjort i 2000 og 2002.
- Omlag ni prosent av tida til behandlerne i begge sektorene gikk med til ekstern kontakt med samarbeidende instanser i 2004-undersøkelsen. Dette er en relativt kraftig nedgang for behandlerne i barn og unge-poliklinikkene, sammenlignet med nivået i undersøkelsene i 2000 og 2002.
- Undersøkelsen fra 2004 viste at behandlerne av barn og unge brukte 18 prosent av tida til kompetanseheving, mens behandlerne av voksne brukte 14 prosent av tida til dette.

- Om lag 30-31 prosent av tida gikk med til indirekte pasientarbeid i 2004-undersøkelsen, omtent likt i begge sektorene.
- Behandlerne i poliklinikker for barn og unge brukte 17 prosent av tida til annet ikke pasientrettet arbeid i 2004-undersøkelsen, mens behandlerne i voksenpoliklinikkene brukte i gjennomsnitt 12 prosent av sin tid til dette.

5 Hvordan prioriterer behandlere med mye pasientkontakt?

De statlige styringssignalene om poliklinisk virksomhet i første rekke knyttet til den direkte pasientkontakten (Hatling (red.) 2003). Likevel legges det også vekt på at man ønsker mer ekstern kontakt i form av samarbeid med andre instanser og høyere og bredere kompetanse.

Hvis man ønsker at behandlerne skal gjøre mer pasientrettet arbeid, er dette et spørsmål om prioritering. Hvis en større del av arbeidsdagen skal inneholde mer direkte kontakt med pasienter, ja da må man bruke mindre tid på noe annet. Spørsmålet blir da hva skal man gjøre mindre av? I dette kapitlet ser vi på hvordan prioriteringen foregår i praksis.

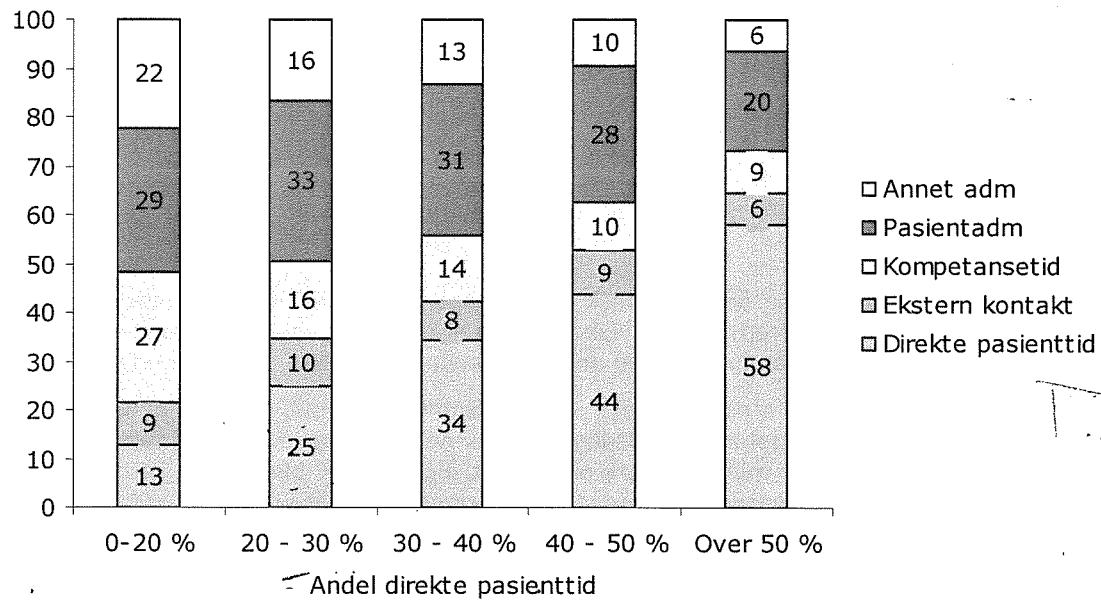
Vi tar utgangspunkt i fem områder; direkte pasientkontakt, ekstern kontakt, kompetanse, pasientadministrativt arbeid og annet arbeid. Vi viser hva de behandlerne som har mye direkte pasientrettet virksomhet gjør mindre av, sammenlignet med de som har liten del av tida til direkte pasientkontakt.

Datagrunnlaget er aktivitetsregistreringen fra 2004 (se vedleggskapittel 1 for nærmere beskrivelse av data).

5.1 Prioritering ved høyere andel pasienttid

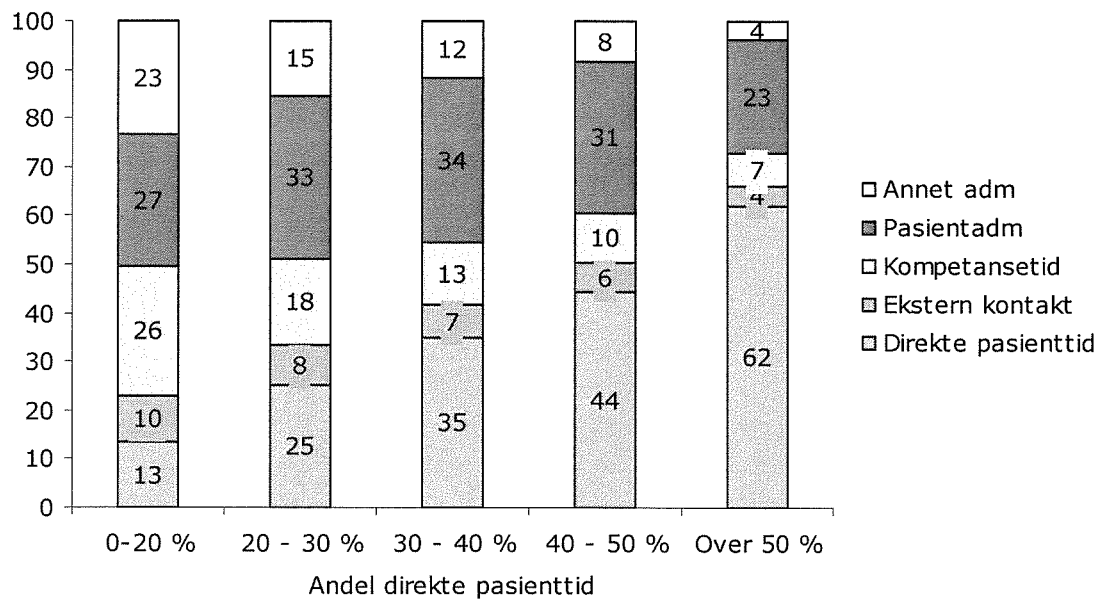
Vi grupperer behandlerne etter hvor mye av tida de bruker til direkte pasientkontakt. I figur 5.1 ser vi hvordan prioriteringen skjer i poliklinikker for barn og unge, mens figur 5.2 viser det samme for behandlerne i poliklinikker for voksne.

Poliklinikker for barn og unge



Figur 5.1 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlere i psykisk helsevern for barn og unge. 2004.

Poliklinikker for voksne



Figur 5.2 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlere i psykisk helsevern for voksne. 2004.

Blant behandlerne til barn og unge er omfanget av ekstern kontakt relativt stabilt uavhengig av andelen direkte pasientkontakt. Blant voksenbehandlerne er det derimot en tendens til at

økende omfang av direkte pasienttid reduserer tida til ekstern kontakt. Det er med andre ord ikke slik at direkte pasientkontakt fortrenger den eksterne virksomheten.

Derimot ser vi at det er en klar sammenheng mellom tid til kompetansehevende arbeid og direkte pasientarbeid. Dette gjelder for begge sektorene.

Andelen av tida som går til det pasientadministrative arbeidet er relativt likt for behandlere med mellom 20 og 50 prosent tid til direkte pasientkontakt. Det er imidlertid noe lavere nivå av pasientadministrativt arbeid for de som har lite og mye tid til direkte pasientkontakt.

Omfanget av øvrig administrativt arbeid avtar med økende andel direkte pasientkontakt.

5.2 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på hvordan behandlere med ulik arbeidsprofil prioriterer. Resultatene kan oppsummeres på følgende måte:

- Andelen av tida som går til eksterne kontakt med samarbeidende instanser er relativt upåvirket av andelen som går til direkte pasientarbeid for behandlerne for barn og unge. For voksenpoliklinikkens behandlere er det derimot en tendens til at økende andel direkte pasientarbeid henger sammen med en fallende andel ekstern kontakt.
- Det er en klar tendens i begge sektorene til at økende andel direkte pasientkontakt henger sammen med lavere andel tid til kompetanse.
- Det pasientadministrative arbeidet utgjør omlag en tredjedel av arbeidsdagen, uavhengig av hvor mye tid som går til direkte pasientkontakt. Dette gjelder vel og merke så lenge at under halvparten av arbeidsdagen er belagt med direkte pasientkontakt. Behandlere som bruker mer enn 50 prosent av arbeidsdagen på direkte pasientarbeid bruker omlag 23 – 24 prosent av dagen på indirekte arbeid.
- Det er en klar en tendens til at behandlere med lite direkte pasientvirksomhet har høyere andel tid til annet ikke pasientrettet virksomhet, sammenlignet med behandlere med mye tid til direkte pasientkontakt.

6 Analyse av aktivitetsprofil

Dette kapitlet tar utgangspunkt i de kategorier for aktiviteter i poliklinisk virksomhet: *Andelen tid over to uker som gikk til direkte pasientkontakt, ekstern kontakt, kompetanse, pasientadministrativt arbeid og annet arbeid.* Med bakgrunn i denne inndelingen kan vi se om prioritering av arbeidsoppgaver er forskjellig avhengig av hvilke behandlere vi tar utgangspunkt i. Undersøkelsen har også opplysninger om hvor mange refusjonsberettigede konsultasjoner hver behandler har deltatt på i løpet av perioden. For å standardisere antall konsultasjoner etter hvor mange timer hver enkelt behandler har arbeidet, har vi sett på antall konsultasjoner per 7,5 timer – det vil si antall konsultasjoner per hele arbeidsdag.

I det følgende trekker vi inn enkelte egenskaper ved behandlerne og ser dette i sammenheng med hvor mye tid de brukte på de fem områdene og hvor mange konsultasjoner de hadde per arbeidsdag. Vi ser på både egenskaper ved behandlerne og poliklinikkene de arbeider ved:

Følgende variabler er inkludert i modellen:

- *Bruk av håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*
- *Profesjonstilknytning*
- *Spesialisering*
- *Videreutdanning*
- *Tid siden ansettelse*
- *Arbeidstid*
- *Teamtilknytning*

Datamaterialet er aktivitetsregistreringen fra 2004 (se vedleggskapittel 1 for beskrivelse av data).

6.1 Multivariat analyse

Vi benytter en lineær regresjonsanalyse for å framskaffe kontrollerte gjennomsnittsforskjeller av de enkelte variablenes innvirkning på behandlernes arbeidsprofil og antall konsultasjoner. De gjennomsnittsforskjellene vi ser skyldes da ikke ulik fordeling mellom noen av de andre egenskapene vi måler. Vi kan for eksempel se på forskjeller i tidsbruk mellom profesjonskategoriene, uavhengig av tid siden man ble ansatt, arbeidstidens lengde og teamtype. Analysen gir en overordnet oversikt over hvilke egenskaper som virker inn på arbeidsprofilen til behandlerne.

I analysen viser koeffisientverdien til hvor mye den avhengige variabelen endrer seg i gjennomsnitt ved en enhets endring i den uavhengige, kontrollert for de øvrige variablene i modellen. Siden de fem tidsområdene er komplementære størrelser vil summen av koeffisientene for hver variabel være lik null.

Tabell 6.1 og 6.2 viser resultatene for behandlerne i poliklinikkene for barn og unge, mens 6.2 og 6.3 viser det samme for voksenpoliklinikkens behandlere.

Tabell 6.1 Lineær regresjonsanalyse av gjennomsnittlig tidsbruk i prosent på hhv direkte pasientkontakt, eksterntkontakt, kompetanse, indirekte pasientarbeid og annet arbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge. Korrigerende standardfeil for klyngeeffekter ved poliklinikktilknytning. N=938.

	Direkte pasienttid	Ekstern kontakt	Kompetanse	Pasientadm	Annet
Leder har brukt håndboka (Nei er referanse):					
Ja	-0,8	-1,4	3,3	-1,3	0,3
Mangler opplysninger	2,7	-0,9	1,3	-2,0	-1,1
Stilling (Ikke leder er referanse):					
Poliklinikkleder	-8,8	-2,1	-2,1	-9,5	22,6
Teamleder	-0,3	-0,7	-0,4	-1,1	2,5
Fagleder	-4,6	-0,5	2,4	-4,8	7,5
Annen type leder	-1,8	1,8	-1,5	-1,5	2,9
Profesjon (Psykiater er referanse):					
Lege uten spesialutdanning	-7,2	2,4	14,0	-6,8	2,3
Klinisk psykolog	-4,8	0,2	1,9	0,9	1,8
Psykolog uten spesialutdanning	-3,7	1,7	-1,0	4,7	1,6
Klinisk sosionom	-4,7	0,3	1,6	1,0	1,8
Sosionom uten spesialutdanning	-6,9	-0,9	2,2	0,3	5,3
Pedagoger+* med spesialutdanning	-3,6	1,7	-1,6	1,6	1,9
Pedagoger+* uten spesialutdanning	-4,5	1,5	3,6	-2,3	1,7
Videreutdanning (Nei er referanse):					
Ja	-1,5	-0,9	4,7	-1,8	-0,5
Ansettelsestid (< 3 mndr er referanse):					
Fra 4 – 6 mndr	11,4	1,5	-11,5	3,1	-4,5
Fra 7 – 12 mndr	9,9	1,5	-7,6	1,6	-5,4
Over ett år	9,0	3,3	-6,8	-1,5	-4,0
Arbeidstid					
Registrert tid i perioden**	-1,5	0,3	0,6	-0,1	0,6
Teamtype (Allm.psyk team for barn og unge er referanse):					
Allmennpsyk team for barn	0,1	-1,1	0,4	2,4	-1,8
Allmennpsyk team for ungdom	-2,4	-2,6	2,1	4,8	-1,9
Familieteam	3,6	-3,9	1,3	0,5	-1,4
Nevroteam	6,7	-0,4	-4,8	4,3	-5,8
Andre spesialteam	-3,9	2,1	4,5	-1,7	-1,0
Ikke oppgitt teamtype	0,6	-0,8	-0,1	1,3	-0,9
Konstantledd	32,1	5,3	15,2	33,7	13,8
R-kvadrat	0,16	0,07	0,12	0,08	0,18

Tabellnote: **Uthevet** skrift betyr T-verdi > 2

* Pedagoger samt annet høyskoleutdannet personale

** Totalt antall timer registrert i perioden/10

Tabell 6.2 Lineær regresjonsanalyse av gjennomsnittlig antall konsultasjoner per 7,5 time. Behandlere i poliklinikker for barn og unge. Korrigerte standardfeil for klyngeeffekter ved poliklinikktilknytning. N=791.

	Antall konsultasjoner per 7,5 timer	SE	t-verdi
Leder har brukt håndboka (Nei er referanse):			
Ja	-0,03	0,12	-0,24
Mangler opplysninger	0,23	0,12	1,91
Stilling (Ikke leder er referanse):			
Poliklinikkleder	-0,58	0,14	-4,11
Teamleder	0,05	0,13	0,36
Fagleder	-0,20	0,21	-0,92
Annen type leder	-0,20	0,17	-1,16
Profesjon (Psykiater er referanse):			
Lege uten spesialutdanning	-0,58	0,21	-2,71
Klinisk psykolog	-0,38	0,17	-2,30
Psykolog uten spesialutdanning	-0,36	0,19	-1,83
Klinisk sosionom	-0,48	0,17	-2,79
Sosionom uten spesialutdanning	-0,83	0,19	-4,48
Pedagoger+* med spesialutdanning	-0,27	0,19	-1,42
Pedagoger+* uten spesialutdanning	-0,62	0,18	-3,44
Videreutdanning (Nei er referanse):			
Ja	-0,02	0,07	-0,22
Ansettelsestid (< 3 mndr er referanse):			
Fra 4 – 6 mndr	0,60	0,15	4,02
Fra 7 – 12 mndr	0,51	0,15	3,35
Over ett år	0,55	0,10	5,29
Arbeidstid			
Registrert tid i perioden**	-0,12	0,02	-5,17
Teamtype			
(Allm.psyk team for barn og unge er referanse):			
Allmennpsyk team for barn	-0,18	0,12	-1,55
Allmennpsyk team for ungdom	-0,08	0,15	-0,56
Familieteam	0,09	0,15	0,63
Nevroteam	0,32	0,27	1,18
Andre spesialteam	-0,54	0,12	-4,60
Ikke oppgitt teamtype	-0,10	0,08	-1,24
Konstantledd	2,33	0,22	10,67
R-kvadrat	0,16		

Tabellnote: **Uthevet** skrift betyr T-verdi>2

* Pedagoger samt annet høyskoleutdannet personale

** Totalt antall timer registrert i perioden/10

Gjennomgang av resultatene fra tabell 6.1 og 6.2:

Det var små forskjeller i tidsbruk mellom behandlerne i de poliklinikkene hvor leder hadde brukt håndboka, sammenlignet med der hvor den ikke var brukt. Det er imidlertid en tendens til at behandlere i poliklinikker hvor lederen hadde brukt håndboka at man brukte mer tid til kompetanse, sammenlignet med behandlere i poliklinikker hvor håndboka ikke var brukt av lederen. Det er ingen forskjeller i antall konsultasjoner per dag for behandlere i poliklinikker hvor leder brukte håndboka, sammenlignet med de øvrige behandlerne.

Poliklinikkledere brukte mindre tid på direkte pasientkontakt og hadde færre konsultasjoner per dag enn de som ikke har lederansvar. Andre behandlere med lederoppgaver brukte også

mindre tid til pasientkontakt enn de som ikke var ledere, men disse forskjellene er ikke signifikante.

Alle profesjonskategoriene i tabell 6.1 og 6.2 er sammenlignet med psykiatere. Resultatene viser at alle profesjonskategoriene brukte mindre tid sammen med pasientene og hadde færre konsultasjoner per dag enn psykiaterne, men at denne forskjellen er ikke signifikant for psykologer uten spesialutdanning og pedagoger.

Nyansatt (under tre mndr) brukte mindre tid på direkte pasientkontakt og hadde færre konsultasjoner per dag. Lengre arbeidstid hang sammen med lavere andel tid på pasientkontakt. Det er små forskjeller i hvor mye tid som gikk til direkte pasientkontakt mellom forskjellig teamtyper. Det var imidlertid en signifikant lavere andel direkte pasienttid i kategorien andre typer spesialteam.

Det er få signifikante sammenhenger for hvor mye tid som gikk til ekstern kontakt. Det er en tendens til at behandlere som hadde lengre arbeidserfaring i poliklinikken (over ett år), og behandlere som har økende arbeidstid brukte mer tid på ekstern kontakt.

Leger uten spesialutdanning brukte vesentlig høyere andel av tida si til kompetanse, enn noen av de andre profesjonsgruppene. Det er vel og merke til tross for at vi har kontrollert for om man fulgte et videreutdanningsopplegg eller ikke. Ikke uventet gikk det mer tid til kompetanse for de som var under videreutdanning, i underkant av fem prosentpoeng mer enn de som ikke følger videreutdanningsopplegg. Nyansatte brukte mer tid på kompetanse, men dette er i hovedsak knyttet til de som var ansatt under tre måneder. Det er en tendens til at behandlere i nevroteam brukte mindre tid på kompetanse, mens behandlere i andre spesialteam brukte noe mer.

Poliklinikkledere og fagledere brukte signifikant mindre tid på pasientadministrativt arbeid enn behandlere som ikke var ledere. Leger uten spesialutdanning brukte mindre tid på pasientadministrasjon enn de andre profesjonskategoriene. Psykologer uten spesialutdanning brukte på sin side mer tid til pasientadministrasjon enn de andre profesjonsgruppene.

Poliklinikkledere brukte i alt 22 prosentpoeng mer tid til annet administrativt arbeid enn de som ikke var ledere. Fagledere brukte også signifikant mer tid til annet ikke pasientrettet arbeid enn de som ikke hadde lederansvar. Behandlere i nevroteam brukte signifikant mindre tid til øvrigt arbeid som ikke var pasientrelatert.

Kliniske sosionomer brukte signifikant mer tid på indirekte arbeid enn det psykiaterne gjorde. Det var imidlertid ikke noen spesiell tidskategori de hentet denne tida fra.

Ikke uventet brukte de under videreutdanning i en eller annen form mest tid på kompetansehevende arbeid. Dette ser ikke ut til å ha gått på bekostning av tid til pasientarbeidet, men at det i størst grad ble hentet fra annet ikke pasientrettet arbeid.

Jo lengre arbeidstid dess lavere andel tid gikk til direkte pasientarbeid og antall konsultasjoner per dag. Andelen tid til ekstern kontakt økte noe med økende arbeidstid. Andelen av tida som gikk til kompetansehevende arbeid steg med lengre arbeidstid. Tida som gikk til det pasientadministrative arbeidet var omtrent uavhengig av arbeidstid. Omfanget av annet ikke pasientadministrativt arbeid økte i takt med flere arbeidstimer.

Det var små forskjeller mellom teamene i tid som gikk til pasientkontakt og konsultasjoner per dag. Behandlerne i øvrige spesialteam skilte seg noe ut ved at de brukte noe mindre tid til direkte pasientarbeid og konsultasjoner per dag, noe som ser ut til å henge sammen med mer tid brukt til kompetanseheving.

Tabell 6.3 Lineær regresjonsanalyse av gjennomsnittlig tidsbruk i prosent på hhv direkte pasientkontakt, ekstern kontakt, kompetanse, indirekte pasientarbeid og annet arbeid. Behandlere i poliklinikker for voksne. Korrigerte standardfeil for klyngeeffekter ved poliklinikktilknytning. N=1648.

	Direkte pasienttid	Ekstern kontakt	Kompetanse	Indirekte pasientarbeid	Annet
Leder har brukt håndboka (Nei er referanse):					
Ja	0,2	-0,4	0,5	0,5	-0,7
Mangler opplysninger	0,9	-0,3	1,9	-1,3	-1,1
Stilling (Ikke leder er referanse):					
Poliklinikkleder	-10,3	0,3	1,2	-5,8	14,6
Teamleder	-6,2	0,6	1,7	-1,7	5,6
Fagleder	-6,4	1,5	3,5	-4,2	5,6
Annen type leder	-4,0	1,2	2,1	-2,9	3,6
Profesjon (Psykiater er referanse):					
Lege uten spesialutdanning	-2,7	-0,8	5,0	-4,2	2,7
Klinisk psykolog	-1,1	-1,9	0,8	1,3	0,9
Psykolog uten spesialutdanning	-1,2	-0,9	-1,0	1,6	1,5
Klinisk sosionom	-1,4	-0,1	0,0	0,5	0,9
Sosionom uten spesialutdanning	-1,5	0,14	-0,5	0,5	1,4
Høgskoleutd personale* med spesialutdanning	-0,5	-0,8	-0,0	0,2	1,1
Høgskoleutd personale* uten spesialutdanning	-2,7	-2,0	0,7	-1,6	5,6
Videreutdanning (Nei er referanse):					
Ja	-2,8	-1,4	6,1	-0,5	-1,4
Ansettelsestid (< 3 mndr er referanse):					
Fra 4 – 6 mndr	10,2	-0,2	-10,8	1,6	-0,9
Fra 7 – 12 mndr	6,8	1,4	-5,9	-1,7	-0,5
Over ett år	8,0	1,1	-8,2	0,2	-1,0
Arbeidstid					
Registrert tid i perioden**	-5,5	1,7	-0,1	2,3	1,7
Registrert tid i perioden kvadrert**	0,3	-0,1	0,0	-0,2	-0,0
Teamtype (Allmennpsykiatrisk team er referanse):					
Alderspsykiatrisk team	-7,1	9,0	-2,1	1,4	-1,3
PUT***	-4,9	1,3	1,2	0,2	2,4
Rus****	-6,6	3,0	1,0	-0,1	2,7
Psykoseteam	-0,5	3,7	0,2	-3,0	-0,4
Andre spesialteam	1,0	0,7	2,0	-3,1	-0,6
Ikke oppgitt teamtype	0,2	0,6	2,6	-3,2	-0,3
Konstantledd	0,2	1,0	16,9	26,1	3,0
R-kvadrat	0,16	0,09	0,09	0,05	0,17

Tabellnote: **Uthevet** skrift T-verdi >2,00

* Sykepleiere samt annet høyskoleutdannet personale

**Totalt antall timer registrert i perioden/10

***Psykiatrisk ungdomsteam

**** Inklusive dobbeltdiagnoseteam

Tabell 6.4 Lineær regresjonsanalyse av gjennomsnittlig antall konsultasjoner per 7,5 time. Behandlere i poliklinikker for voksne. Korrigerte standardfeil for klyngeeffekter ved poliklinikktilknytning. N=1312.

	Antall konsultasjoner per 7,5 timer	SE	t-verdi
Leder har brukt håndboka (Nei er referanse):			
Ja	0,05	0,13	0,35
Mangler opplysninger	0,14	0,15	0,95
Stilling (Ikke leder er referanse):			
Poliklinikkleder	-0,67	0,11	-6,26
Teamleder	-0,30	0,14	-2,11
Fagleder	-0,54	0,12	-4,33
Annen type leder	-0,33	0,18	-1,85
Profesjon (Psykiater er referanse):			
Lege uten spesialutdanning	-0,28	0,17	-1,67
Klinisk psykolog	0,07	0,15	0,47
Psykolog uten spesialutdanning	-0,11	0,12	-0,90
Klinisk sosionom	0,01	0,18	0,05
Sosionom uten spesialutdanning	-0,25	0,18	-1,41
Høgskoleutd personale* med spesialutdanning	-0,05	0,13	-0,35
Høgskoleutd personale* uten spesialutdanning	-0,40	0,23	-1,76
Videreutdanning (Nei er referansē):			
Ja	-0,08	0,08	-0,98
Ansettelsestid (< 3 mndr er referanse):			
Fra 4 – 6 mndr	0,58	0,23	2,54
Fra 7 – 12 mndr	0,33	0,19	1,69
Over ett år	0,52	0,16	3,26
Arbeidstid			
Registrert tid i perioden**	-0,59	0,12	-5,12
Registrert tid i perioden kvadrert**	0,03	0,01	3,75
Teamtype (Allmennpsykiatrisk team er referanse):			
Alderspsykiatrisk team	-0,85	0,30	-2,85
PUT***	-0,50	0,17	-2,98
Rus****	-0,55	0,15	-3,69
Psykoseteam	-0,25	0,15	-1,65
Andre spesialteam	-0,15	0,15	-1,04
Ikke oppgitt teamtype	0,24	0,29	0,83
Konstantledd	4,32	0,41	10,42
R-kvadrat	0,17		

Tabellnote: **Uthevet** skrift T-verdi >2,00

* Sykepleiere samt annet høyskoleutdannet personale

** Totalt antall timer registrert i perioden/10

*** Psykiatrisk ungdomsteam

**** Inklusive dobbeltdiagnosteam

Gjennomgang av resultatene fra tabell 6.3 og 6.4:

Blant behandlerne i poliklinikker for voksne var det ingen forskjell i tidsbruk eller konsultasjoner per dag om leder hadde benyttet håndboka eller ikke.

Poliklinikkledere brukte mindre tid på direkte pasientkontakt og hadde færre konsultasjoner per dag enn de som ikke hadde lederansvar. Andre behandlere med lederoppgaver brukte også mindre tid til pasientkontakt og hadde færre konsultasjoner per dag enn de som ikke var ledere.

Alle profesjonskategoriene i tabell 6.3 og 6.4 er sammenlignet med psykiatere. Resultatene viser at alle profesjonskategoriene i voksenpoliklinikkene brukte omtrent like mye tid på pasientkontakt og hadde like mange konsultasjoner per dag.

Det er en tendens til at leger uten spesialutdanning brukte mer tid til kompetanseheving, til tross for at vi har kontrollert for om behandlerne fulgte et videreutdanningsopplegg eller ikke. Dette ser ut til å henge sammen med mindre tid til pasientadministrasjon.

Behandlere som fulgte et videreutdanningsopplegg brukte noe mindre tid på pasientkontakt, men hadde ikke signifikant færre konsultasjoner per dag, sammenlignet med de øvrige behandlerne.

Nyansatt (under tre mndr) brukte mindre tid på direkte pasientkontakt og hadde færre konsultasjoner per dag.

Lengre arbeidstid hang sammen med lavere andel tid på pasientkontakt og færre konsultasjoner per dag. Denne sammenhengen er imidlertid ikke lineær slik at den er sterkest fallende ved lav arbeidstid for så å flate og øke svakt igjen ut etter hvert.

Behandlere i alderspsykiatriske team, psykiatriske ungdomsteam og rusteam brukte mindre tid på pasientkontakt og hadde færre konsultasjoner per dag, sammenlignet med behandlerne i allmennpsykiatriske team. For alderspsykiatriske team og rusteam hang dette sammen med mer tid til ekstern virksomhet.

Det gikk mer tid til kompetanse for de som var under videreutdanning, i overkant av seks prosentpoeng mer enn de som ikke fulgte videreutdanningsopplegg. Nyansatte brukte mer tid på kompetanse, men dette er i hovedsak knyttet til de som hadde vært ansatt under tre måneder.

Poliklinikkledere brukte vesentlig mer tid på annet ikke pasientrettarbeid, men også de øvrige behandlerne med lederfunksjoner brukte mer tid på dette enn de øvrige behandlerne gjorde.

7 Resultater fra poliklinikker med ulik produktivitet

I dette kapitlet viser vi en deskriptiv gjennomgang av hvordan resultatene i aktivitetsregistreringen og spørreskjemaet til lederne fra undersøkelsene i 2004 fordeler seg for henholdsvis behandlere/ledere i poliklinikker med lav, middels og høy produktivitet.

Vi har dessverre på dette tidspunktet ikke data om poliklinikkens produktivitet i 2004, slik at vi må ta utgangspunkt i nivået fra 2003. Produktivitetsnivået i 2003 behøver ikke å samsvare med det nivået poliklinikkene hadde på høsten i 2004, noe som kan vanskeliggjøre en sammenligning av resultatene etter produktivitetsnivå i 2003. I tillegg kan omorganiseringer i sektoren ha gjort denne sammenligningen ytterligere usikker. Samtidig vet vi fra tidligere undersøkelser at det er en relativ klar sammenheng mellom produktivitetsnivået i poliklinikkene over år.

Vi måler produktivitet i denne sammenhengen med to mål: antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk og antall pasienter per fagårsverk. Poliklinikkene er delt inn i tre grupper for hver av sektorene, etter hvilket nivå de hadde på disse målene. Inndelingen i lav- middels- og høyproduktive er gjort på følgende måte:

Direkte tiltak per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge:

- <230 konsultasjoner per fagårsverk i 2003=Lavproduktive poliklinikker for voksne
- 230 - 300 konsultasjoner per fagårsverk i 2003=Middels produktive poliklinikker
- >300 konsultasjoner per fagårsverk i 2003=Høyproduktive poliklinikker

Pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge:

- <25 pasienter per fagårsverk i 2003=Lavproduktive poliklinikker for voksne
- 25 - 35 pasienter per fagårsverk i 2003=Middels produktive poliklinikker
- >35 pasienter per fagårsverk i 2003=Høyproduktive poliklinikker

Konsultasjoner per fagårsverk i poliklinikker for voksne:

- <320 konsultasjoner per fagårsverk i 2003=Lavproduktive poliklinikker for voksne
- 320 - 420 konsultasjoner per fagårsverk i 2003=Middels produktive poliklinikker
- >420 konsultasjoner per fagårsverk i 2003=Høyproduktive poliklinikker

Pasienter per fagårsverk i poliklinikker for voksne:

- <40 pasienter per fagårsverk i 2003=Lavproduktive poliklinikker for voksne
- 40 - 56 pasienter per fagårsverk i 2003=Middels produktive poliklinikker
- >56 pasienter per fagårsverk i 2003=Høyproduktive poliklinikker

7.1 Tidsbruk i poliklinikker med ulik produktivitet

Tabell 7.1 Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for barn og unge med ulikt antall direkte tiltak per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Behandlere i poliklinikker for barn og unge	Lav	Middels	Høy
Direkte pasientrelatert arbeid			
Individualbehandling	8,4	9,0	9,5
Familiebehandling	8,9	6,3	6,9
Gruppebehandling	0,2	0,9	0,5
Hjemmebesøk	0,8	0,3	0,4
Samarbeidsmøter	3,0	3,3	3,7
Annen type behandling	2,2	1,7	2,1
Observasjon/undersøkelse	1,7	2,7	2,0
Tester	0,8	1,0	1,5
Pasienten ikke møtt	1,5	1,3	1,5
Annet pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	1,7	1,9	1,7
Faglig veiledning mottatt	1,9	1,8	1,6
Kurs/studier av faglitteratur	4,4	3,5	2,8
Reiser	2,1	2,9	3,5
Journalføring	12,7	12,5	12,5
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	2,6	2,5	2,8
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	1,0	0,7	0,8
Annen konsulentvirksomhet	0,5	0,8	0,6
Administrasjon	3,5	4,8	3,8
Interne møter	9,0	8,5	7,9
Annet	3,0	3,0	3,3
Ikke pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	0,8	0,7	0,8
Faglig veiledning mottatt	0,8	1,0	0,7
Kurs/studier av faglitteratur	8,5	9,6	9,3
Reiser	1,8	2,1	2,1
Journalføring	1,2	0,8	0,8
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,5	0,6	0,5
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,2	0,3	0,2
Annen konsulentvirksomhet	0,8	1,1	0,9
Administrasjon	3,4	3,2	3,2
Interne møter	6,6	6,0	5,9
Annet	5,3	5,0	6,4

Tabell 7.2 Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for barn og unge med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Behandlere i poliklinikker for barn og unge	Lav	Middels	Høy
Direkte pasientrelatert arbeid			
Individualbehandling	8,5	8,6	11,4
Familiebehandling	8,3	6,1	6,2
Gruppebehandling	0,3	0,9	0,8
Hjemmebesøk	0,5	0,4	0,4
Samarbeidsmøter	2,9	3,4	4,0
Annen type behandling	2,1	1,6	2,3
Observasjon/undersøkelse	2,5	2,0	2,6
Tester	0,9	1,1	1,7
Pasienten ikke møtt	1,4	1,4	1,5
Annet pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	2,0	1,6	1,6
Faglig veiledning mottatt	1,8	2,0	1,3
Kurs/studier av faglitteratur	4,1	3,4	2,2
Reiser	2,3	3,4	3,2
Journalføring	12,3	12,8	12,6
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	2,5	2,7	2,7
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,9	0,7	0,9
Annen konsulentvirksomhet	0,7	0,7	0,5
Administrasjon	4,0	4,6	4,1
Interne møter	9,3	7,7	8,1
Annet	3,3	2,9	2,9
Ikke pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	0,7	0,8	0,8
Faglig veiledning mottatt	1,0	0,9	0,6
Kurs/studier av faglitteratur	9,4	9,2	9,1
Reiser	1,9	1,9	2,6
Journalføring	0,8	1,0	0,7
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,6	0,5	0,7
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,2	0,2	0,3
Annen konsulentvirksomhet	0,7	1,3	1,0
Administrasjon	3,1	3,4	3,3
Interne møter	5,8	6,9	5,0
Annet	5,0	5,9	4,9

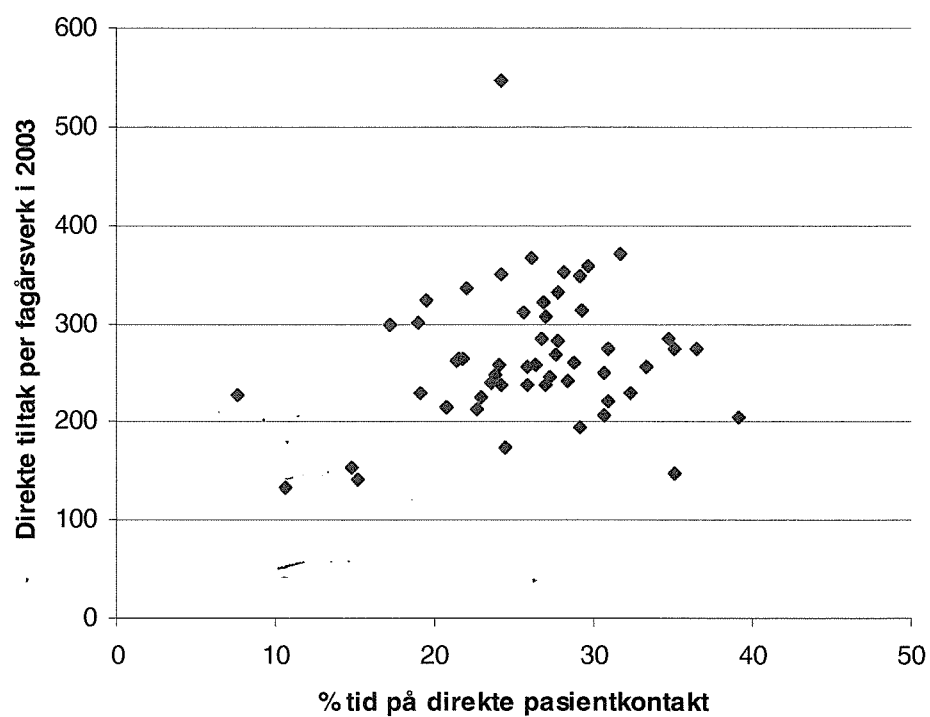
Tabell 7.3 Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for voksne med ulikt antall konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Behandlere i poliklinikker for voksne	Lav	Middels	Høy
Direkte pasientrelatert arbeid			
Individualbehandling	22,0	26,5	25,2
Familiebehandling	1,2	0,8	0,6
Gruppebehandling	2,8	2,1	3,2
Hjemmebesøk	1,4	1,1	1,6
Samarbeidsmøter	2,1	2,1	2,0
Annen type behandling	2,3	2,7	2,1
Observasjon/undersøkelse	0,5	0,9	0,6
Tester	1,4	0,7	0,5
Pasienten ikke møtt	1,9	2,2	2,4
Annet pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	2,2	1,8	2,1
Faglig veiledning mottatt	1,3	1,9	2,1
Kurs/studier av faglitteratur	3,2	3,0	3,7
Reiser	2,1	1,8	1,5
Journalføring	13,2	14,7	14,0
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	2,1	2,0	2,1
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	1,1	0,8	0,9
Annen konsulentvirksomhet	0,5	0,5	0,6
Administrasjon	4,7	4,1	3,3
Interne møter	8,5	8,0	7,6
Annet	3,5	2,8	2,5
Ikke pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	0,6	0,5	0,4
Faglig veiledning mottatt	0,8	0,7	0,6
Kurs/studier av faglitteratur	6,0	4,6	5,9
Reiser	1,6	1,1	1,9
Journalføring	0,5	0,6	0,5
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,3	0,4	0,4
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,3	0,2	0,2
Annen konsulentvirksomhet	0,9	1,0	1,0
Administrasjon	2,8	2,3	2,9
Interne møter	3,2	3,8	3,7
Annet	4,7	4,2	3,9

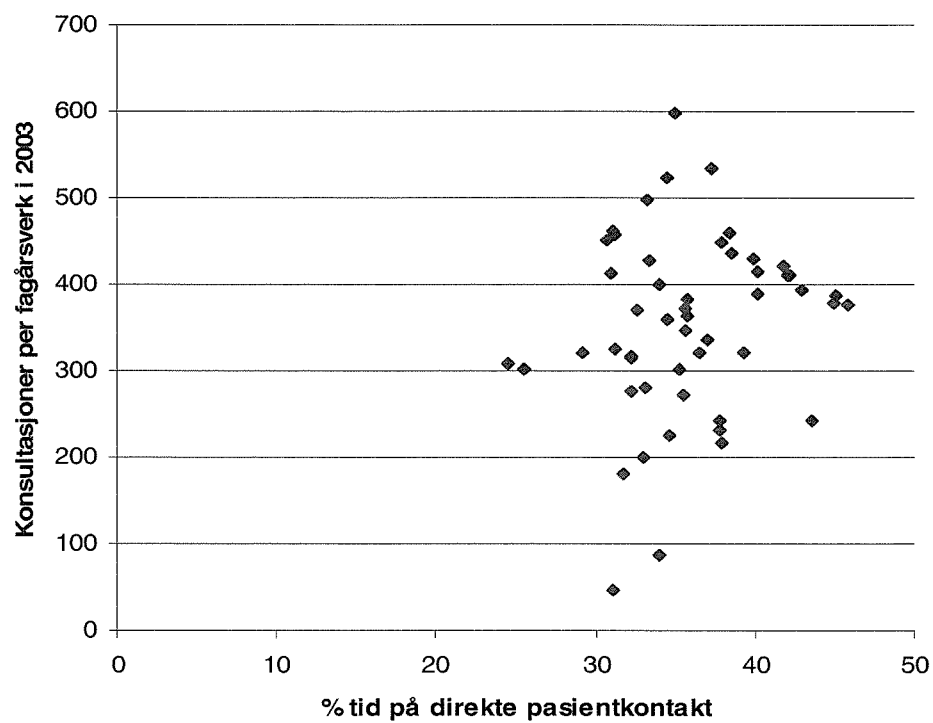
Tabell 7.4 Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for voksne med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Behandlere i poliklinikker for voksne	Lav	Middels	Høy
Direkte pasientrelatert arbeid			
Individualbehandling	23,6	26,4	24,0
Familiebehandling	0,7	0,9	1,0
Gruppebehandling	2,7	0,8	4,3
Hjemmebesøk	1,5	2,1	1,7
Samarbeidsmøter	2,6	2,1	2,4
Annen type behandling	2,3	3,0	1,8
Observasjon/undersøkelse	0,7	0,4	1,0
Tester	1,5	0,7	0,8
Pasienten ikke møtt	2,0	2,4	1,9
Annet pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	2,5	2,3	1,7
Faglig veiledning mottatt	1,9	1,7	2,2
Kurs/studier av faglitteratur	3,7	2,3	3,2
Reiser	1,9	1,6	1,9
Journalføring	12,2	15,1	14,1
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	1,7	2,3	2,4
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,9	1,3	0,7
Annen konsulentvirksomhet	0,5	0,5	0,6
Administrasjon	4,5	4,0	3,7
Interne møter	7,8	8,1	8,4
Annet	3,0	2,9	2,9
Ikke pasientrelatert arbeid			
Faglig veiledning gitt	0,6	0,5	0,5
Faglig veiledning mottatt	0,8	1,0	0,7
Kurs/studier av faglitteratur	6,8	3,8	3,9
Reiser	1,6	0,9	1,7
Journalføring	0,5	0,7	0,6
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,3	0,4	0,5
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,3	0,2	0,2
Annen konsulentvirksomhet	1,2	1,3	1,3
Administrasjon	2,7	1,7	2,8
Interne møter	3,4	4,5	3,3
Annet	3,9	4,2	4,0

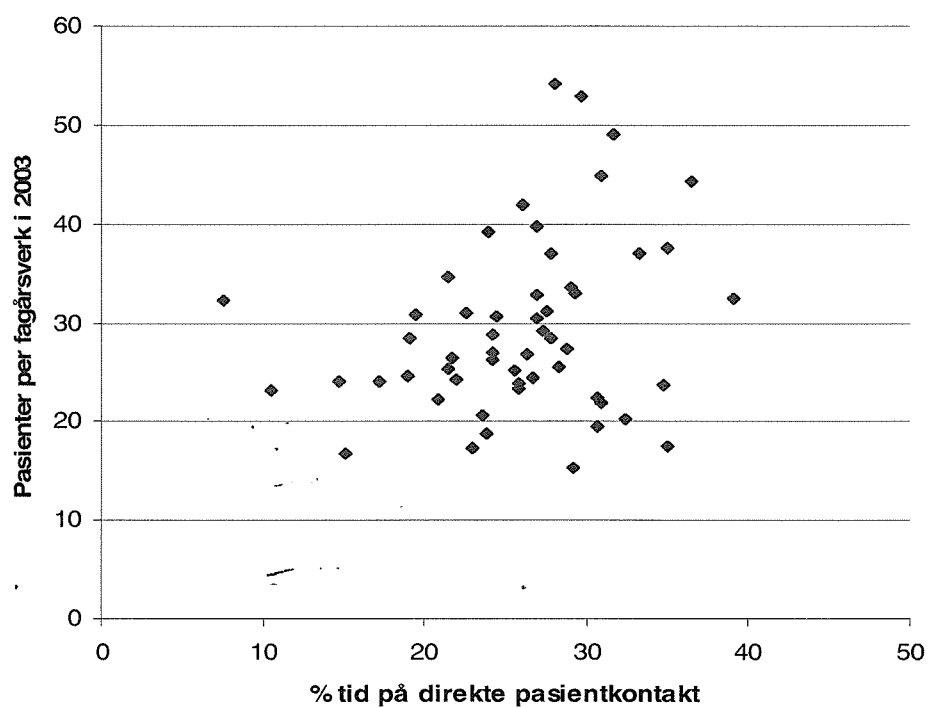
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



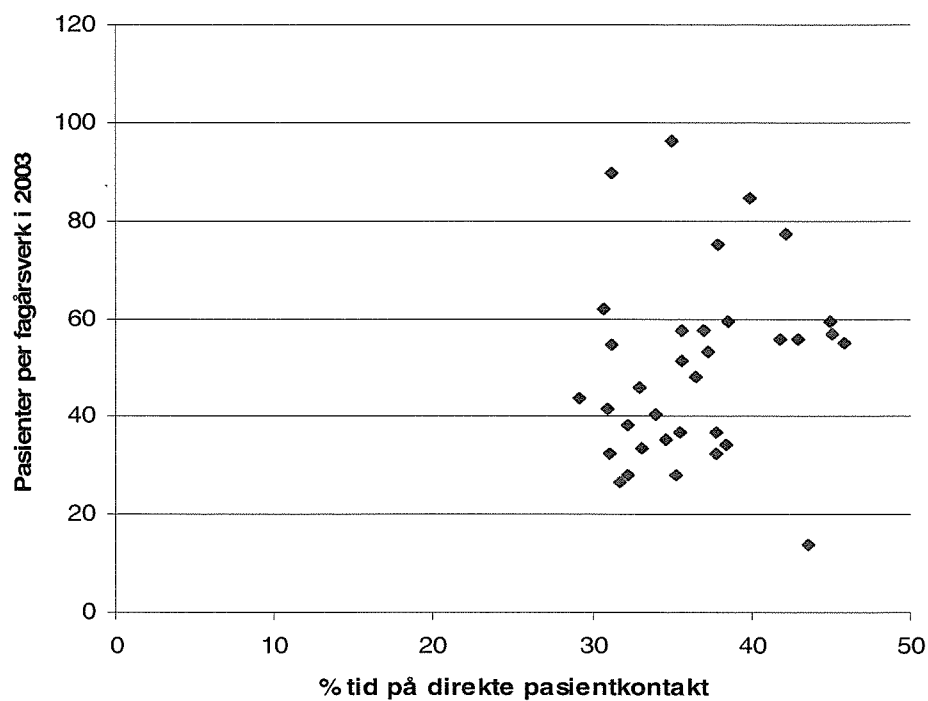
Behandlere i poliklinikker for voksne



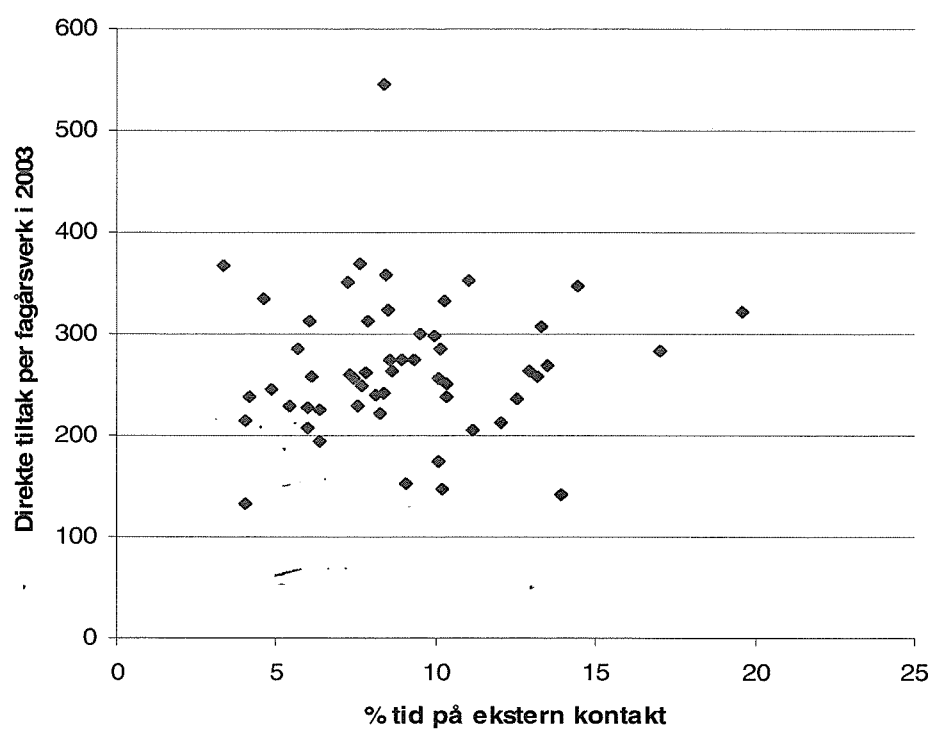
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



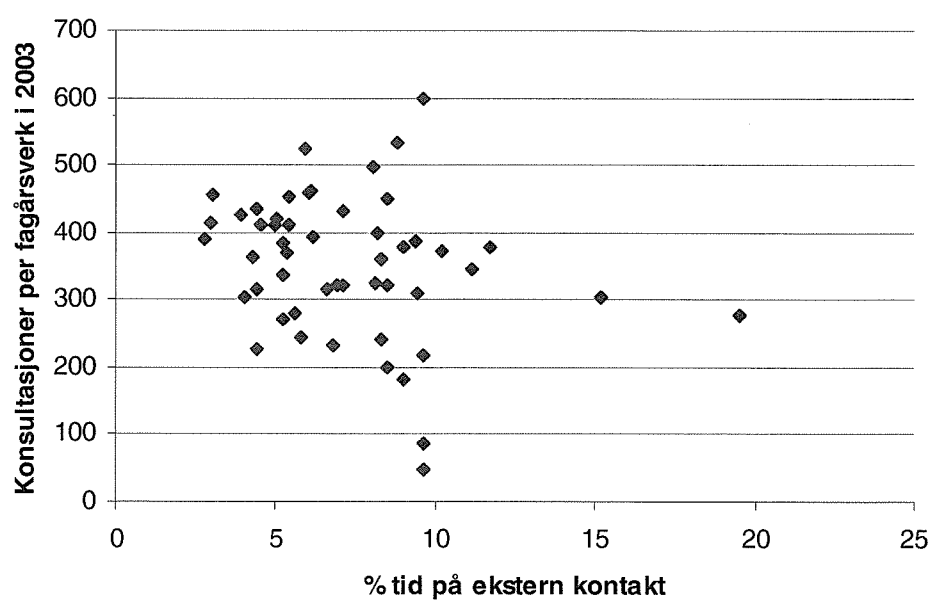
Behandlere i poliklinikker for voksne



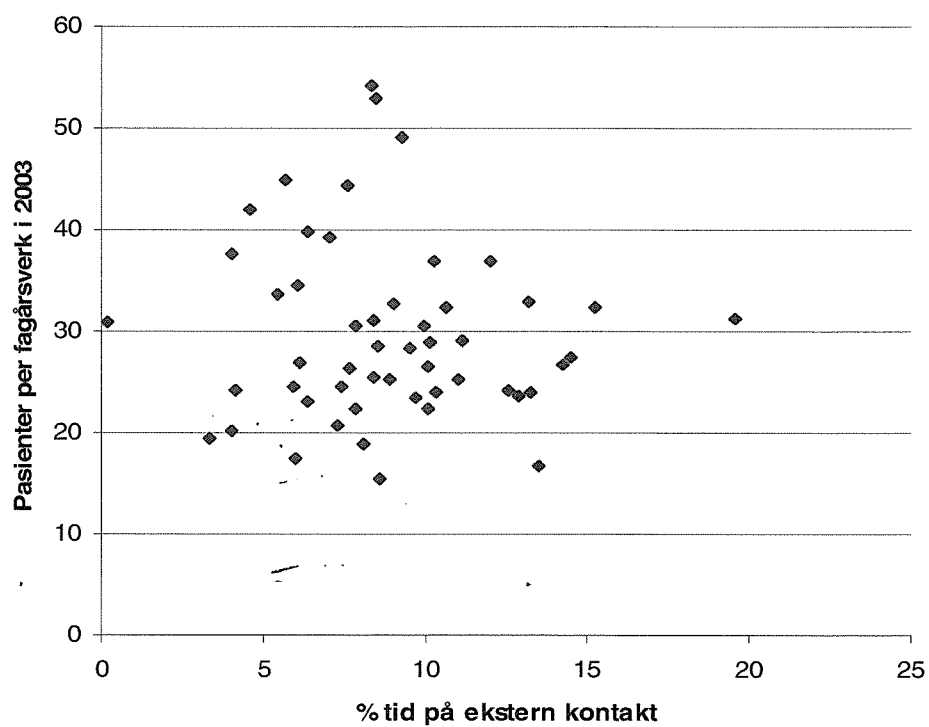
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



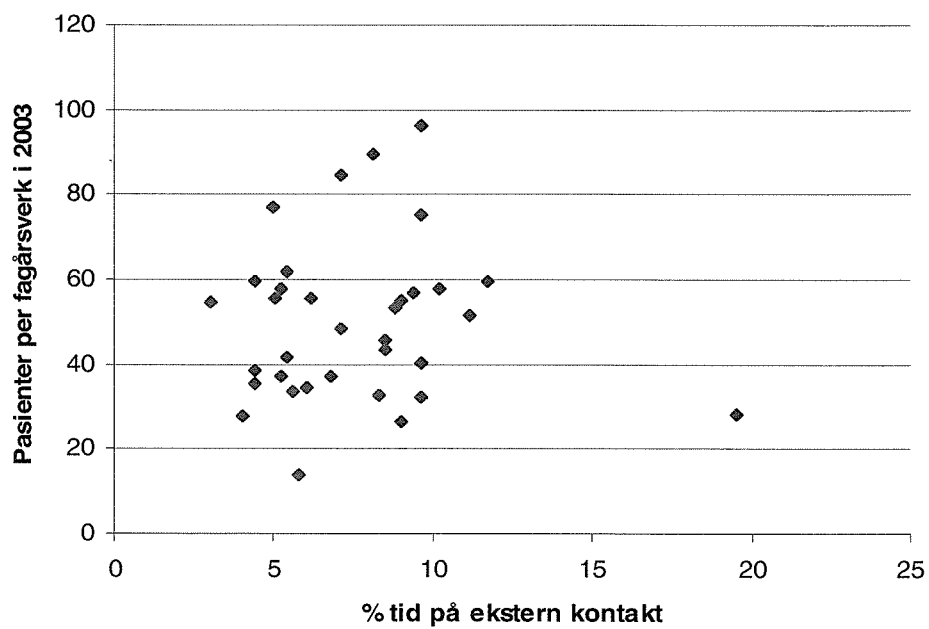
Behandlere i poliklinikker for voksne



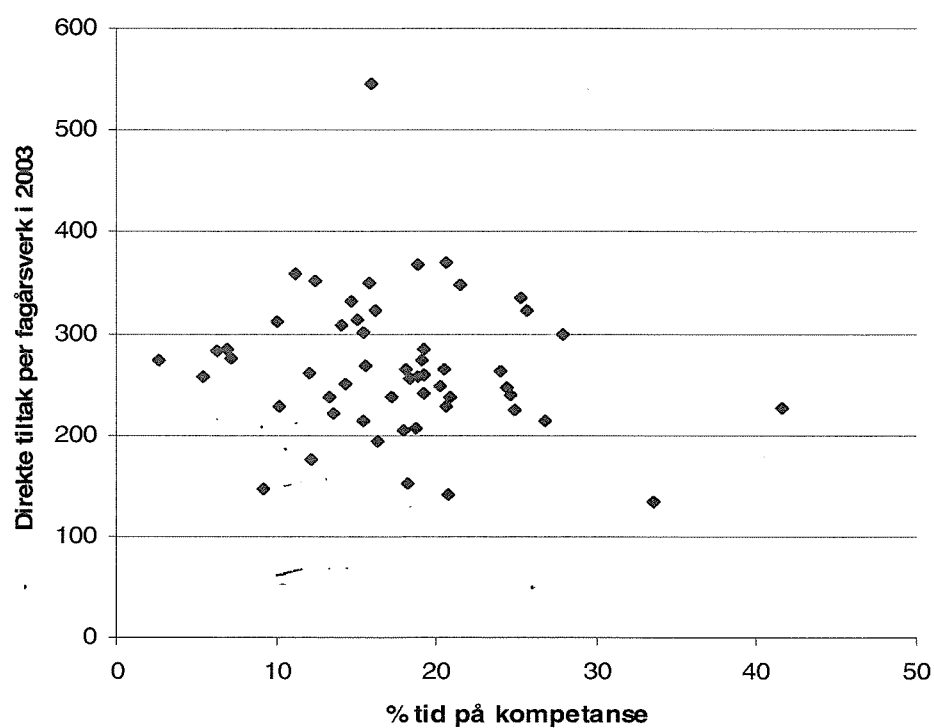
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



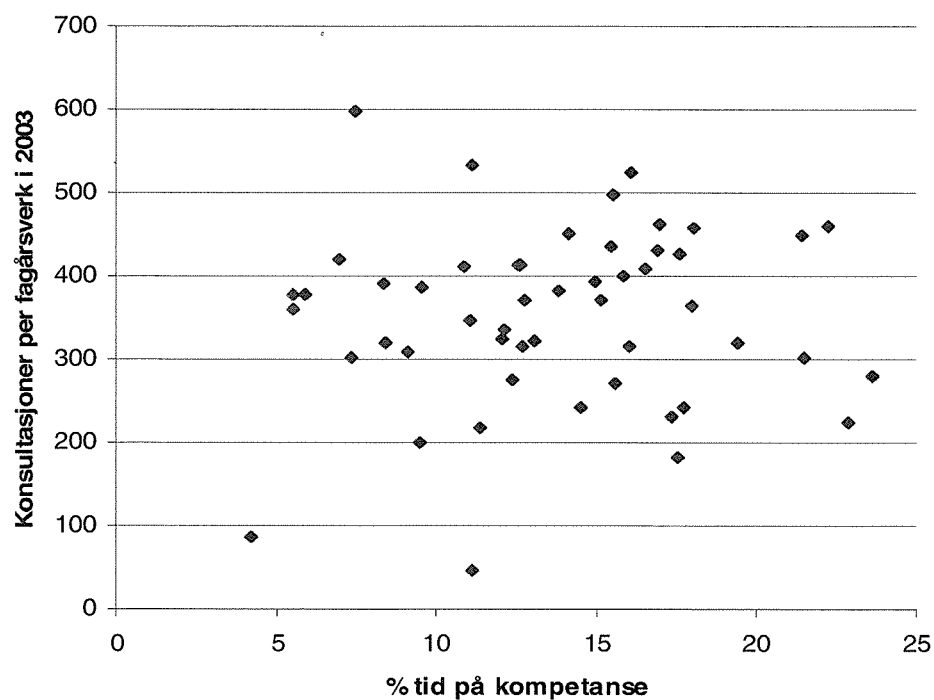
Behandlere i poliklinikker for voksne



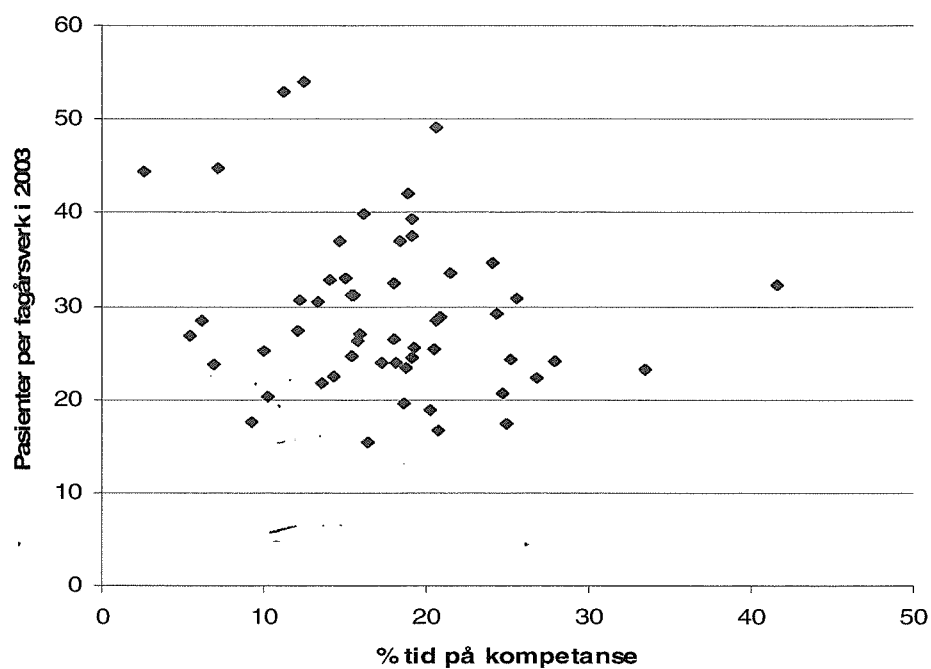
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



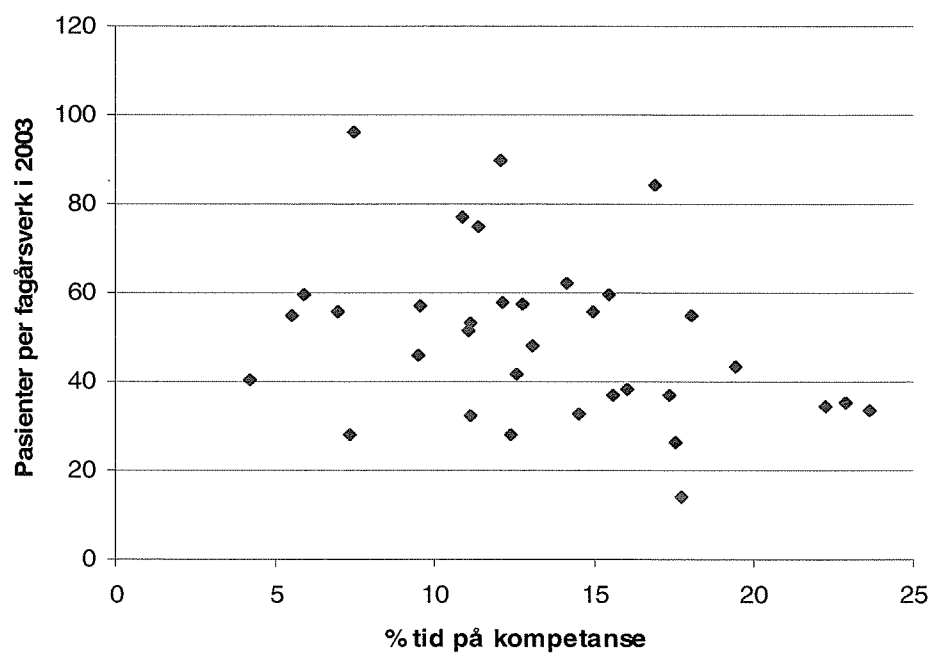
Behandlere i poliklinikker for voksne



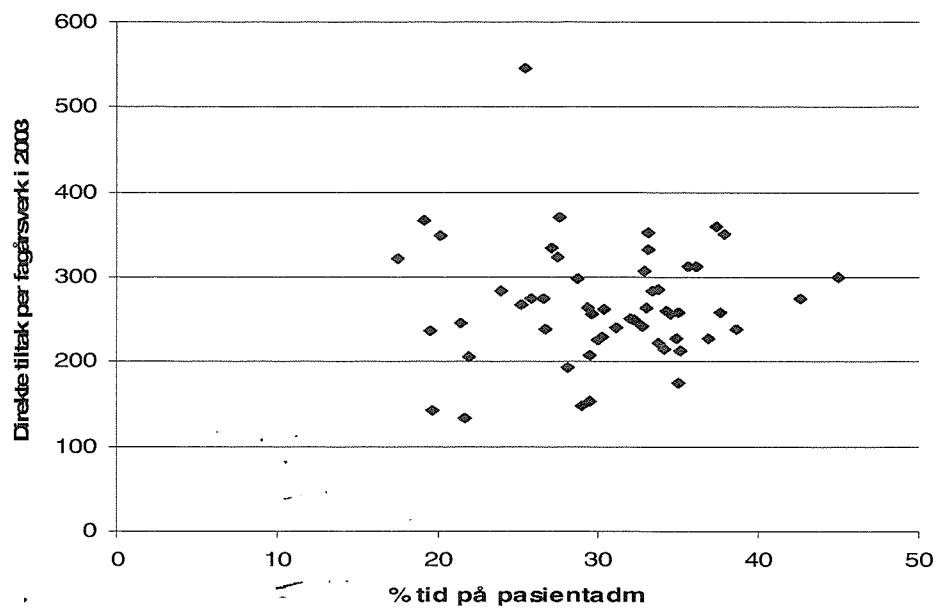
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



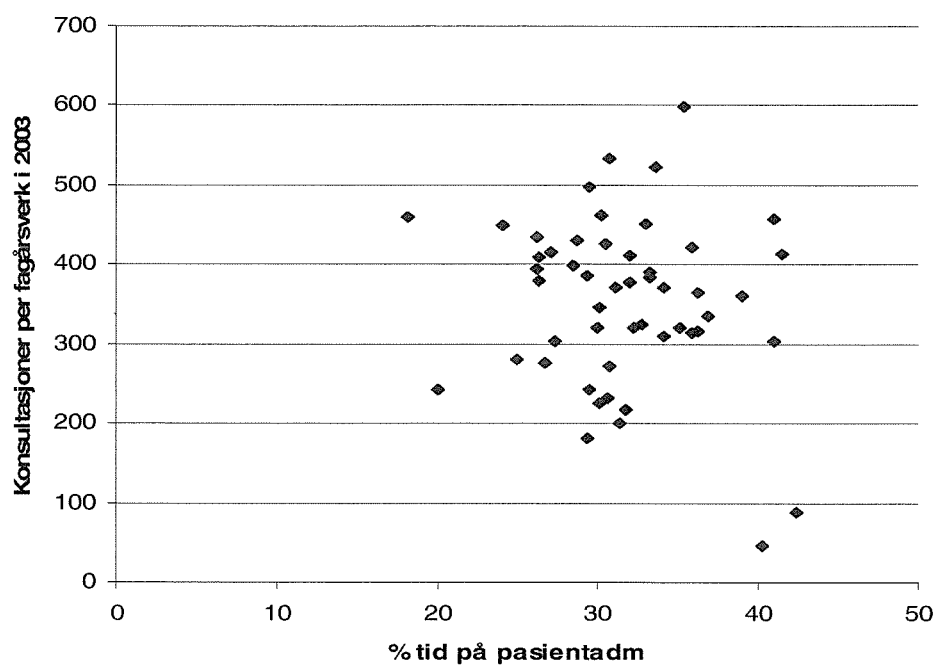
Behandlere i poliklinikker for voksne



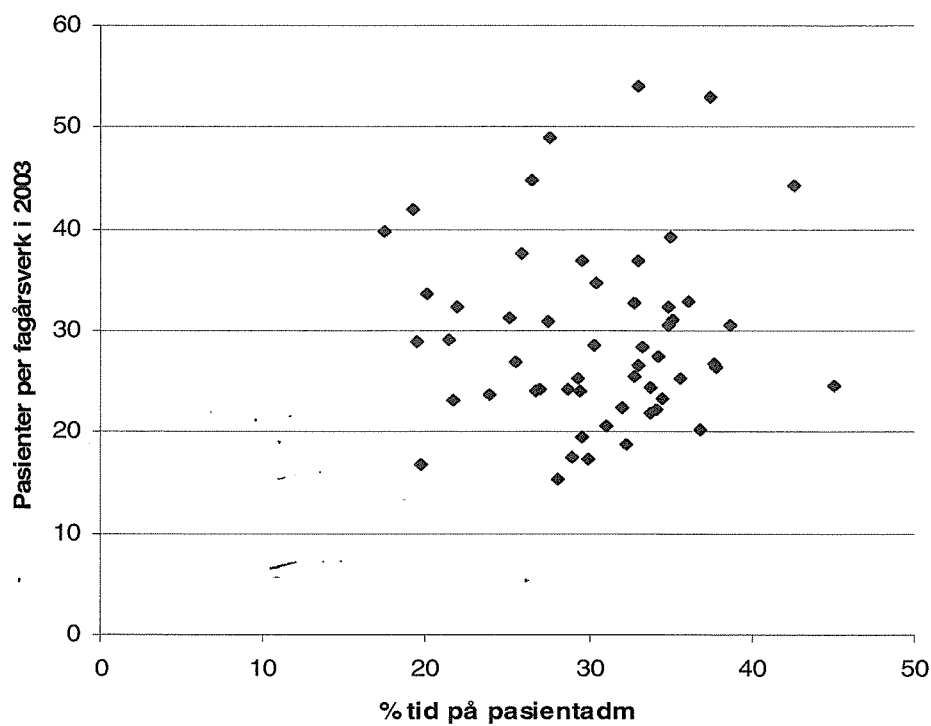
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



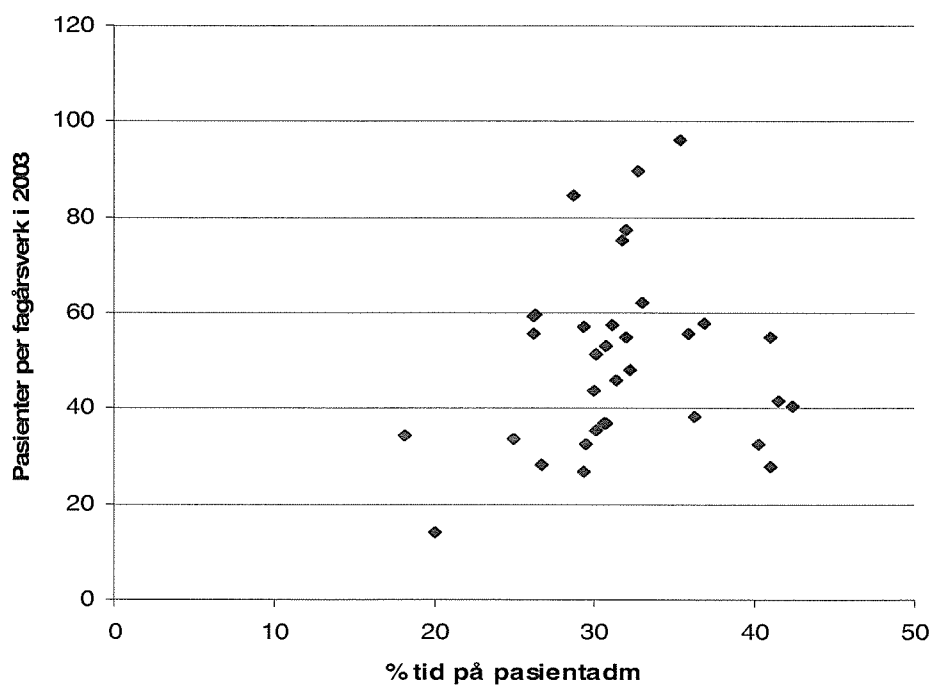
Behandlere i poliklinikker for voksne



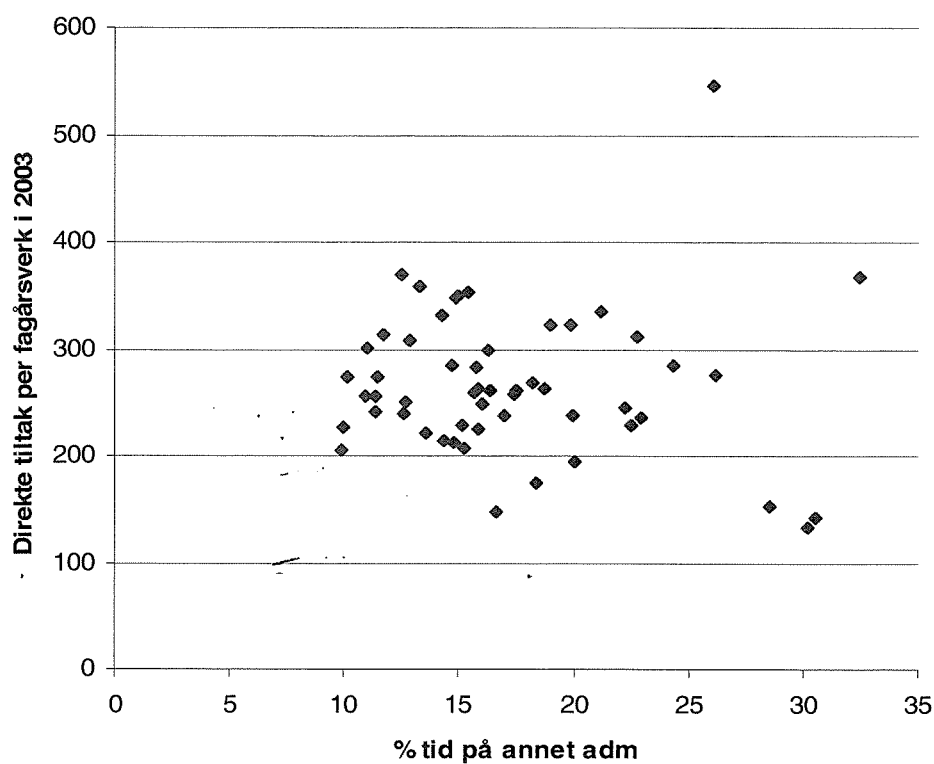
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



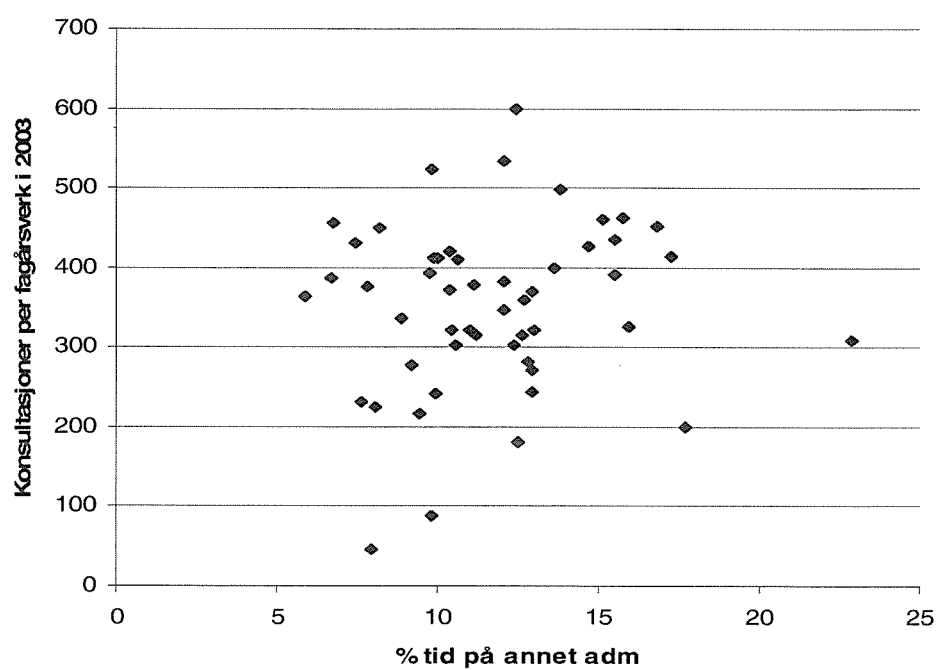
Behandlere i poliklinikker for voksne



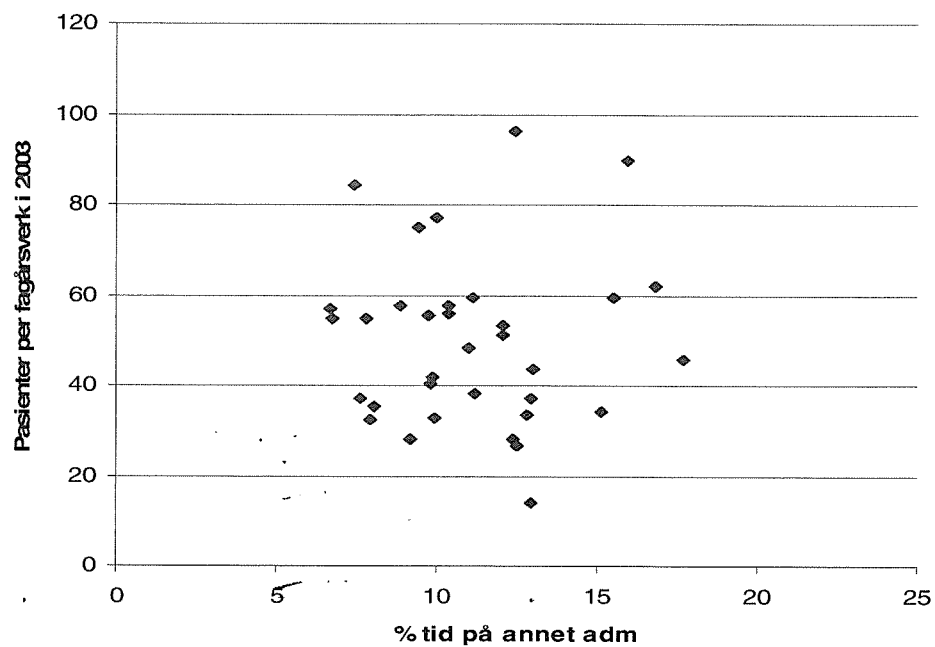
Behandlere i poliklinikker for barn og unge



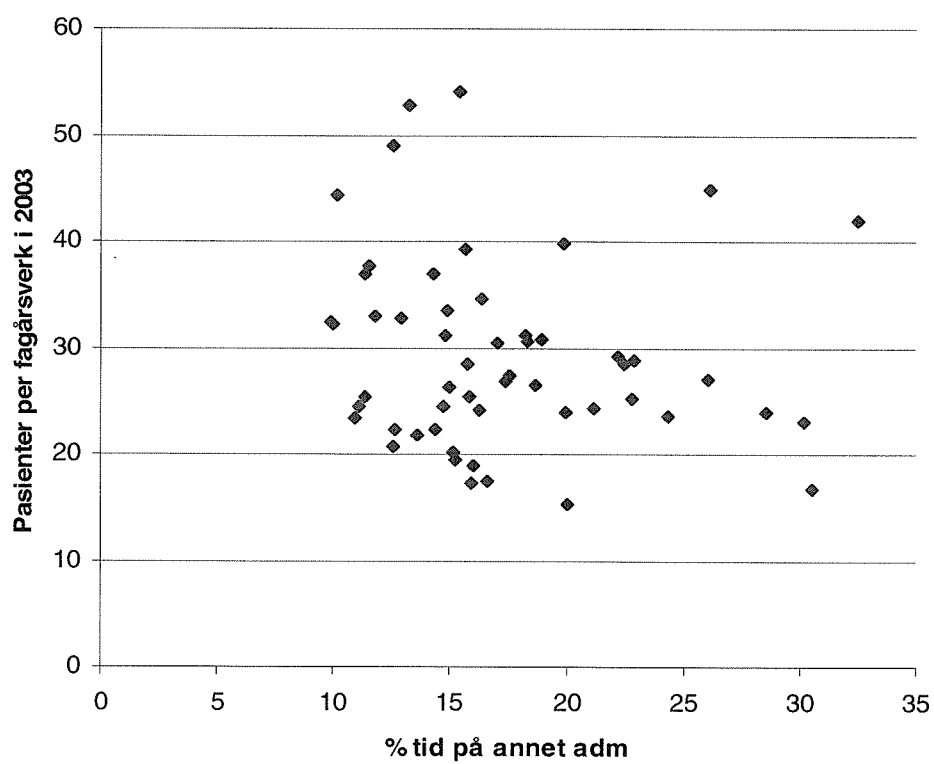
Behandlere i poliklinikker for voksne



Behandlere i poliklinikker for voksne



Behandlere i poliklinikker for barn og unge



7.2 Behandlernes vurdering av egen arbeidssituasjon etter produktivitetsnivå

Tabell 7.5 Grad av enighet på ulike påstander om egen arbeidssituasjon. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Passer godt=1 passer ikke=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Behandlere i poliklinikker for barn og unge			
Utsagn			
- Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling	1,6	1,6	1,6
- Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient.	3,1	3,1	3,0
- Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen	2,1	2,0	2,1
- Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering	2,4	2,4	2,2
- Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken. .	1,8	1,7	1,7
- Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver	2,9	2,9	2,9
- Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse	3,2	3,2	3,3
Behandlere i poliklinikker for voksne			
	Lav	Middels	Høy
- Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling	1,5	1,6	1,6
- Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient.	3,1	3,0	2,9
- Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen	1,9	2,0	2,0
- Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering	2,3	2,2	2,2
- Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken. .	1,8	1,8	1,9
- Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver	2,9	2,8	2,9
- Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse	3,1	3,1	3,2

Tabell 7.6 Grad av enighet på ulike påstander om egen arbeidssituasjon. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Passer godt=1 passer ikke=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Behandlere i poliklinikker for barn og unge			
Utsagn			
- Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling	1,6	1,6	1,6
- Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient.	3,1	3,1	3,0
- Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen	2,1	2,0	2,1
- Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering	2,4	2,4	2,3
- Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken. .	1,8	1,8	1,6
- Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver	2,9	2,9	2,9
- Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse	3,2	3,3	3,2
Behandlere i poliklinikker for voksne			
	Lav	Middels	Høy
- Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling	1,5	1,6	1,5
- Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient.	3,0	3,0	3,1
- Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen	2,0	2,0	2,0
- Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering	2,2	2,2	2,3
- Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken. .	1,9	1,6	2,1
- Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver	2,7	2,9	3,0
- Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse	3,1	3,2	3,2

7.3 Behandlernes vurdering av hvordan egen poliklinikk fungerer etter produktivitetsnivå

Tabell 7.7 Vurdering av hvor godt egen poliklinikk fungerer på ulike områder. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Fungerer godt=1 Fungerer ikke=5 Behandlere i poliklinikker for barn og unge Tema	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
- Inntaksvurdering	2,1	1,9	1,8
- Utredning	2,1	2,0	1,9
- Innhold i journal	2,2	2,1	2,1
- Innhold i epikrise	2,0	2,0	1,9
- Avslutning av saker	2,6	2,5	2,5
- Pasientinnflytelse i behandlingen	2,0	2,0	1,9
- Pasientbehandlingen samlet sett	1,9	1,8	1,8
- Internt samarbeid i poliklinikken	1,9	2,0	1,9
- Avvikling av interne møter	2,2	2,1	2,1
- Samarbeid med førstelinjetjenesten	2,2	2,3	2,2
- Samarbeid med andre deler av det psykiske helsevernet	2,6	2,5	2,6
- Faglig ledelse	2,3	2,1	2,0
- Administrativ ledelse	2,2	2,2	1,9
- Personalledelse	2,3	2,3	2,1
Behandlere i poliklinikker for voksne	Lav	Middels	Høy
- Inntaksvurdering	1,8	1,8	2,0
- Utredning	2,0	2,1	2,2
- Innhold i journal	2,1	2,0	2,0
- Innhold i epikrise	2,0	1,9	2,0
- Avslutning av saker	2,5	2,5	2,5
- Pasientinnflytelse i behandlingen	2,1	2,0	2,1
- Pasientbehandlingen samlet sett	1,8	1,8	2,0
- Internt samarbeid i poliklinikken	2,0	2,0	2,0
- Avvikling av interne møter	2,3	2,1	2,1
- Samarbeid med førstelinjetjenesten	2,2	2,3	2,5
- Samarbeid med andre deler av det psykiske helsevernet	2,4	2,5	2,5
- Faglig ledelse	2,1	2,1	2,2
- Administrativ ledelse	2,3	2,2	2,3
- Personalledelse	2,4	2,3	2,4

Tabell 7.8 Vurdering av hvor godt egen poliklinikk fungerer på ulike områder. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Fungerer godt=1 Fungerer ikke=5		Produktivitetsnivå i 2003		
Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Lav	Middels	Høy
Tema				
- Inntaksvurdering		2,0	1,9	1,8
- Utredning		2,0	2,0	1,9
- Innhold i journal		2,2	2,0	2,2
- Innhold i epikrise		2,0	1,9	2,0
- Avslutning av saker		2,5	2,5	2,5
- Pasientinnflytelse i behandlingen		2,0	2,0	1,9
- Pasientbehandlingen samlet sett		1,9	1,8	1,8
- Internt samarbeid i poliklinikken		2,0	2,0	1,8
- Avvikling av interne møter		2,1	2,1	2,2
- Samarbeid med førstelinjetjenesten		2,3	2,2	2,3
- Samarbeid med andre deler av det psykiske helsevernet		2,6	2,5	2,5
- Faglig ledelse		2,1	2,2	1,9
- Administrativ ledelse		2,1	2,2	2,0
- Personalledelse		2,3	2,3	2,1
Behandlere i poliklinikker for voksne		Lav	Middels	Høy
- Inntaksvurdering		1,8	1,7	1,9
- Utredning		2,1	2,0	2,2
- Innhold i journal		2,0	2,0	2,0
- Innhold i epikrise		1,9	1,9	2,0
- Avslutning av saker		2,6	2,5	2,4
- Pasientinnflytelse i behandlingen		2,2	2,0	2,1
- Pasientbehandlingen samlet sett		1,9	1,8	1,9
- Internt samarbeid i poliklinikken		2,0	1,9	2,2
- Avvikling av interne møter		2,2	2,0	2,2
- Samarbeid med førstelinjetjenesten		2,4	2,1	2,5
- Samarbeid med andre deler av det psykiske helsevernet		2,5	2,4	2,5
- Faglig ledelse		2,1	2,0	2,2
- Administrativ ledelse		2,3	2,1	2,4
- Personalledelse		2,4	2,2	2,6

7.4 Hvordan behandlerne selv ønsker å prioritere framover etter produktivitetsnivå

Tabell 7.9 Vurdering av om man ønsker å bruke mer eller mindre tid på ulike områder. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Vesentlig mer tid=1 Vesentlig mindre tid=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Behandlere i poliklinikker for barn og unge			
Tema			
- Direkte pasientkontakt	2,1	2,2	2,4
- Samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter	2,4	2,3	2,4
- Generelt samarbeid med førstelinjen	2,6	2,4	2,5
- Egen kompetanseheving	2,3	2,2	2,0
- Veiledning/undervisning av andre i poliklinikken	2,9	2,6	2,5
- Veiledning til førstelinjetjenesten	2,7	2,4	2,4
Behandlere i poliklinikker for voksne			
	Lav	Middels	Høy
- Direkte pasientkontakt	2,4	2,4	2,5
- Samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter	2,3	2,3	2,2
- Generelt samarbeid med førstelinjen	2,4	2,5	2,3
- Egen kompetanseheving	2,0	2,0	2,0
- Veiledning/undervisning av andre i poliklinikken	2,5	2,5	2,4
- Veiledning til førstelinjetjenesten	2,4	2,4	2,2

Tabell 7.10 Vurdering av om man ønsker å bruke mer eller mindre tid på ulike områder.. Behandlere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Aktivitetsregistrering i 2004.

Vesentlig mer tid=1 Vesentlig mindre tid=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Behandlere i poliklinikker for barn og unge			
Tema			
- Direkte pasientkontakt	2,1	2,3	2,3
- Samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter	2,4	2,4	2,4
- Generelt samarbeid med førstelinjen	2,5	2,5	2,5
- Egen kompetanseheving	2,2	2,2	2,0
- Veiledning/undervisning av andre i poliklinikken	2,5	2,6	2,5
- Veiledning til førstelinjetjenesten	2,4	2,4	2,4
Behandlere i poliklinikker for voksne			
	Lav	Middels	Høy
- Direkte pasientkontakt	2,5	2,4	2,5
- Samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter	2,2	2,3	2,4
- Generelt samarbeid med førstelinjen	2,3	2,5	2,4
- Egen kompetanseheving	2,1	1,9	2,1
- Veiledning/undervisning av andre i poliklinikken	2,6	2,5	2,6
- Veiledning til førstelinjetjenesten	2,5	2,4	2,7

7.5 Ledernes vurderinger etter produktivitetsnivå

7.5.1 Opplever leder at helseforetaket er opptatt av å øke produktiviteten?

Tabell 7.11 Gjennomsnittsskåre på spørsmål om HF-ledelsen har vært opptatt av å øke antall konsultasjoner og pasienter per behandler. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

1=Svært opptatt av 5= Ikke opptatt i det hele tatt	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
HF-ledelsen opptatt av å øke konsultasjoner per behandler	1,8	1,9	1,8
HF-ledelsen opptatt av å øke pasienter per behandler	2,3	2,0	2,6
Ledere i poliklinikker for voksne			
HF-ledelsen opptatt av å øke konsultasjoner per behandler	1,9	1,8	1,9
HF-ledelsen opptatt av å øke pasienter per behandler	2,2	2,3	2,2

Tabell 7.12 Gjennomsnittsskåre på spørsmål om HF-ledelsen har vært opptatt av å øke antall konsultasjoner og pasienter per behandler. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

1=Svært opptatt av 5= Ikke opptatt i det hele tatt	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
HF-ledelsen opptatt av å øke konsultasjoner per behandler	1,6	2,0	2,1
HF-ledelsen opptatt av å øke pasienter per behandler	1,8	2,4	2,7
Ledere i poliklinikker for voksne			
HF-ledelsen opptatt av å øke konsultasjoner per behandler	1,7	2,0	1,8
HF-ledelsen opptatt av å øke pasienter per behandler	2,2	2,5	2,1

7.5.2 Har leder deltatt på lederopplæring siste år?

Tabell 7.13 Andel ledere som har deltatt på lederopplæring siste år. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Andel deltatt på lederopplæring siste år	33	31	73
N	12	32	11
Ledere i poliklinikker for voksne			
Andel deltatt på lederopplæring siste år	22	33	54
N	23	42	28

Tabell 7.14 Andel ledere som har deltatt på lederopplæring siste år. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Andel deltatt på lederopplæring siste år	52	32	29
N	23	25	7
Ledere i poliklinikker for voksne			
Andel deltatt på lederopplæring siste år	25	64	44
N	20	14	18

7.5.3 Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse

Tabell 7.15 Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse	61	43	54
N	10	28	11
Ledere i poliklinikker for voksne			
Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse	48	49	38
N	18	35	23

Tabell 7.16 Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse	61	40	43
N	20	22	7
Ledere i poliklinikker for voksne			
Gjennomsnittlig andel av stilling satt av til ledelse	45	46	43
N	16	10	17

7.5.4 Innholdet i stilling som leder definert i egen stillingsinstruks

Tabell 7.17 Andel ledere som har klart definert rolle i egen stillingsinstruks. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Andel med klart definert stillingsinstruks	50	28	46
N	12	32	13
Ledere i poliklinikker for voksne			
Andel med klart definert stillingsinstruks	35	36	41
N	23	42	27

Tabell 7.18 Andel ledere som har klart definert rolle i egen stillingsinstruks. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Andel med klart definert stillingsinstruks	52	20	44
N	23	25	9
Ledere i poliklinikker for voksne			
Andel med klart definert stillingsinstruks	30	46	50
N	20	13	18

7.5.5 Leders vurdering av ulike påstander om sin jobb som leder

Tabell 7.19 Grad av enighet i ulike påstander om jobben som leder. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

Helt enig=1 Helt uenig=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Det er liten anerkjennelse for å bli ledet	3,0	3,8	3,9
Det er lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikkensom fellesskap	2,6	2,3	2,1
Det er få reelle maktmidler til lokal ledelse	3,1	2,7	3,5
For mye tid går med til organisasjonsprosesser på HF- og institusjonsnivå	2,0	2,5	2,5
Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder	2,9	2,7	2,2
Jeg får for lite hjelp av helseforetaket til å utvikle poliklinikken	2,4	2,4	3,1
Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet	3,2	3,2	2,7
Helseforetaket forholder seg ikke til hva som skal prioriteres ned	2,3	2,3	2,5
N	12	29	13
Ledere i poliklinikker for voksne			
Det er liten anerkjennelse for å bli ledet	3,7	3,9	3,9
Det er lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikkensom fellesskap	2,5	1,9	2,1
Det er få reelle maktmidler til lokal ledelse	3,3	3,3	3,1
For mye tid går med til organisasjonsprosesser på HF- og institusjonsnivå	2,3	1,9	2,3
Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder	3,0	2,7	2,7
Jeg får for lite hjelp av helseforetaket til å utvikle poliklinikken	2,2	2,8	2,8
Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet	3,2	3,0	2,7
Helseforetaket forholder seg ikke til hva som skal prioriteres ned	1,9	2,1	2,3
N	18	32	23

Tabell 7.20 Grad av enighet i ulike påstander om jobben som leder. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Det er liten anerkjennelse for å bli ledet	3,4	4,1	3,2
Det er lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikkens fellesskap	2,4	2,0	2,9
Det er få reelle maktmidler til lokal ledelse	3,0	3,0	2,8
For mye tid går med til organisasjonsprosesser på HF- og institusjonsnivå	2,2	2,7	2,0
Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder	2,5	2,6	2,8
Jeg får for lite hjelp av helseforetaket til å utvikle poliklinikken	2,4	2,9	2,1
Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet	3,2	2,7	3,7
Helseforetaket forholder seg ikke til hva som skal prioriteres ned	2,4	2,3	2,2
N	23	25	9
Ledere i poliklinikker for voksne			
Det er liten anerkjennelse for å bli ledet	3,7	4,1	4,1
Det er lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikkens fellesskap	2,4	2,3	1,9
Det er få reelle maktmidler til lokal ledelse	3,3	2,8	3,8
For mye tid går med til organisasjonsprosesser på HF- og institusjonsnivå	2,3	1,7	2,6
Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder	3,0	3,1	2,1
Jeg får for lite hjelp av helseforetaket til å utvikle poliklinikken	2,3	2,6	3,1
Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet	3,3	2,8	2,4
Helseforetaket forholder seg ikke til hva som skal prioriteres ned	1,8	2,2	2,2
N	18	11	15

7.5.6 Holdning til bruk av pasientadministrativt system

Tabell 7.21 I hvilken grad leder bruker opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

I høy grad=1 Ikke=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Spørsmål			
I hvilken grad bruker du opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken?	2,5	1,8	1,7
N	12	31	13
Ledere i poliklinikker for voksne	Lav	Middels	Høy
I hvilken grad bruker du opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken?	2,3	2,5	2,4
N	23	41	28

Tabell 7.22 I hvilken grad leder bruker opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

I høy grad=1 Ikke=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Spørsmål			
I hvilken grad bruker du opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken?	2,1	1,7	2,0
N	22	25	9
Ledere i poliklinikker for voksne	Lav	Middels	Høy
I hvilken grad bruker du opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken?	2,4	2,3	2,7
N	20	13	18

Tabell 7.23 Hvor lett eller vanskelig er det å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

Svært lett=1 Svært vanskelig=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Spørsmål			
Er det lett eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet?	2,8	2,5	2,5
N	12	31	13
Ledere i poliklinikker for voksne	Lav	Middels	Høy
Er det lett eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet?	3,2	3,6	3,6
N	21	40	28

Tabell 7.24 Hvor lett eller vanskelig er det å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

Svært lett=1 Svært vanskelig=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Spørsmål			
Er det lett eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet?	2,7	2,5	2,2
N	22	25	9
Ledere i poliklinikker for voksne			
Er det lett eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet?	3,5	3,6	3,5
N	20	13	18

7.5.7 Vurdering av egen produktivitet i egen poliklinikk

Tabell 7.25 Leders vurdering av produktivitet i egen poliklinikk. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall direkte tiltak/konsultasjoner per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

Alt for lav=1 Alt for høy=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Spørsmål			
Hvordan vil du vurdere produktiviteten i din egen poliklinikk?	2,9	3,4	3,3
N	12	30	12
Ledere i poliklinikker for voksne			
Hvordan vil du vurdere produktiviteten i din egen poliklinikk?	3,1	3,4	3,5
N	23	40	28

Tabell 7.26 Leders vurdering av produktivitet i egen poliklinikk. Ledere i offentlige poliklinikker med ulikt antall pasienter per fagårsverk i 2003. Lederundersøkelsen i 2004.

Alt for lav=1 Alt for høy=5	Produktivitetsnivå i 2003		
	Lav	Middels	Høy
Ledere i poliklinikker for barn og unge			
Spørsmål			
Hvordan vil du vurdere produktiviteten i din egen poliklinikk?	3,0	3,6	3,4
N	22	24	8
Ledere i poliklinikker for voksne			
Hvordan vil du vurdere produktiviteten i din egen poliklinikk?	3,1	3,4	3,8
N	20	14	16

8 Bruk av håndboka

For å undersøke om det er endringer i arbeidsformer siden 2003 har vi undersøkt hva som er status i 2004 når det gjelder:

- bruk av håndboka (vedleggskapittel 8)
- pasientrelaterte administrative oppgaver (vedleggskapittel 9)
- samarbeid internt og eksternt (vedleggskapittel 10)
- bemanning (vedleggskapittel 11)
- ledelse og administrasjon (vedleggskapittel 12)
- kompetanseutvikling (vedleggskapittel 13)
- organisasjonsutvikling (OU) og om det er gjennomført (vedleggskapittel 14)

For hvert av disse temaene innleder vi med hva som er håndbokas anbefaling. Deretter presenteres våre konklusjoner fra de tidligere års undersøkelser, før vi belyser eventuelle endringer i arbeidsformer og hva som er status per 2004. Resultatene fra 2004 vil være en sammenfatning av data fra aktivitetsregistreringen, det strukturerte spørreskjemaet, telefonintervjuer med 17 poliklinikkledere og dybdeintervjuer med fire av disse 17 poliklinikklederne. Innenfor de fleste temaer som berøres har vi både kvalitative og kvantitative data, noe som muliggjør metodetriangulering for de fleste temaer, men for enkelte temaer har vi kun en datatype. Ettersom vi har inkludert nye spørsmål i aktivitetsregistreringen og i det strukturerte spørreskjemaet til ledere kan vi for enkelte av kulepunktene vist til overfor kun beskrive status uten at vi kan si noe om endring fra tidligere år.

Først presenteres tidligere års resultater:

Konklusjonen fra 2002 var slik: *"I forhold til håndbokas konsekvenser for arbeidsformer kan det kort oppsummeres at det på de fleste områdene skjer endringer, og endringene er i tråd med håndbokas forslag. Samtidig skjer disse endringene for noen poliklinikker, ikke for alle, og det skjer ikke endringer innen alle områder."* (Hatling (red.) 2003: 2)

Denne konklusjonen var beskrivende også for situasjonen i 2003, hvor konklusjonen var slik: *"Det gjøres endringer på flere områder, og endringene er i all hovedsak forenlige med anbefalinger i håndboka. Selv om hovedtrekkene er de samme, finner vi det nødvendig å utdype noe: For det første skjedde det svært få endringer fra 2002 til 2003. Fem av 16 poliklinikker rapporterte at de hadde gjort ingen /svært få endringer, dog uten å returnere spørreskjemaene. Videre var det slik at tre av poliklinikkene som besvarte undersøkelsen ikke hadde foretatt noen endringer. Den resterende halvparten av enhetene har beskrevet hvilke endringer de har foretatt, og det viser seg å være av beskjedent omfang. Vi konkluderer derfor med at det totalt sett ble gjort svært få endringer fra 2002 til 2003. Og videre at det ble gjort vesentlig færre endringer enn i den foregående perioden. Det synes derfor som håndboka har liten betydning for den daglige drift av poliklinikkene. Basert på dette utvalget av poliklinikker, er det vår konklusjon at håndboka i liten – og stadig mindre grad – anvendes til konkrete endringer i poliklinikkene."* (Hatling (red.) 2004: 35)

8.1 Tidligere års resultater angående bruk av håndboka

Resultatene fra 2002 viser at blant lederne i henholdsvis poliklinikker for barn og unge var det 89 prosent og i poliklinikker for voksne 64 prosent som hadde brukt håndboka (Hatling (red.) 2003).

8.2 Bruk av håndboka

Tabellen nedenfor viser i hvilken grad lederne i 2004 bruker håndboka i drift av poliklinikken.

Tabell 8.1 Prosent ledere på spørsmålet: «Har du i løpet av det siste året brukt Statens helsetilsyns Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker i ditt arbeid som leder av poliklinikken?». Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Ledere brukt håndboka siste år</i>		
Ja, i betydelig grad	5	9
Ja, i noen grad	60	62
Nei, men jeg har planer om det	24	15
Nei, jeg har heller ingen planer om det	10	10
Jeg har ikke hørt om håndboka	1	4
Antall	59	114

I 2004 hadde 65 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge brukt håndboka, mens det tilsvarende tallet i poliklinikker for voksne er 71.

Videre belyser vi i hvilken grad håndboka benyttes på helseforetaksnivå.

Tabell 8.2 Prosent ledere på spørsmålet: «Har Helseforetaket i løpet av det siste året brukt håndboka i sin kommunikasjon med deg som leder om driften av din poliklinikk?». Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Helseforetaket brukt håndboka siste år</i>		
Mye brukt	0	0
Brukt	4	3
Litt brukt	7	18
Nesten ikke brukt	21	25
Ikke brukt	68	54
Antall	57	107

Tabellen viser at det i følge poliklinikklederne kun unntaksvis er slik at helseforetakene har brukt håndboka i sin kommunikasjon med poliklinikkleder om drift av poliklinikken.

9 Behandlernes administrative oppgaver

9.1 Tid brukt til administrasjon

Innledningsvis belyser vi hvor mye av behandlernes arbeidsdag som går med til administrasjon. I undersøkelsen har vi skilt mellom pasientrelatert administrasjon kontra *ikke* pasientrelatert administrasjon. Med pasientrelatert administrasjon menes alt arbeid som gjøres i forhold til konkrete enkeltpasienter/ saker uten at pasient/ pårørende er til stede. Med *ikke* pasientrelatert administrasjon menes arbeid av generell karakter som ikke gjøres i forhold til en spesifikk pasient/ sak (eksempel reiseregninger og planlegging av egen tid- og ressursbruk).

Kategorien pasientrelatert administrasjon inkluderer inntaksvurdering og for- og etterarbeid til konsultasjoner. Journalføring har vi skilt ut som egen kategori (dette inkluderer epikrise, trykdeutredninger m.m.).

Tabell 9.1 Prosent tid av arbeidsdagen som brukes til ulike administrative oppgaver. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne..2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
Pasientrelatert arbeid				
Journalføring	13	12	13	13
Administrasjon	5	4	3	4
Interne møter	9	9	9	8
Annet	2	3	1	3
Ikke pasientrelatert arbeid				
Journalføring	1	1	1	1
Administrasjon	5	3	3	3
Interne møter	5	6	5	4
Annet	1	4	1	5

Aktivitetsregistreringen viser at behandlerne både i poliklinikkene for barn og unge og voksne i gjennomsnitt benytter fire prosent av arbeidsdagen til pasientrelatert administrasjon og tre prosent av arbeidsdagen til ikke pasientrelatert administrasjon. Pasientrelatert journalføring tar i gjennomsnitt 12 prosent av arbeidsdagen for behandlerne i poliklinikker for barn og unge og 13 prosent av dagen til behandlerne i poliklinikker for voksne. I tabellen er også interne møter inkludert fordi ikke-pasientrelaterte interne møter har et administrativt innhold, i motsetning til de pasientrelaterte interne møtene. Ikke pasientrelaterte interne møter (administrative møter) tar henholdsvis seks prosent av arbeidsdagen til behandlerne i poliklinikker for barn og unge og fire prosent av arbeidsdagen til behandlere i poliklinikker for voksne.

Videre i dette kapitlet belyser vi hvordan de pasientrelaterte administrative oppgavene inntak, journal og epikriser fungerer. Vi ser om det er eventuelle endringer i resultatene i 2004 sammenlignet med 2002 og om disse endringene er i tråd med håndbokas anbefalinger.

9.2 Inntaksprosedyre

9.2.1 Håndbokas anbefaling

Betydelig plass i håndboka er viet inntaksfasen. Muligheter for å redusere den totale ressursbruken ved å etablere klare rutiner er et av temaene som vektlegges. Angående selve inntaksvurderingen foreslås følgende prosedyre:

"En person utpekes som ansvarlig for inntaksvurderingene, og fordeler henvisninger til teamledere etter inntaksvurderingen."

9.2.2 Tidligere års resultater

Konklusjonen fra 2002 basert på spørreskjemadata fra 16 poliklinikkledere var at så godt som alle poliklinikkene hadde fulgt håndbokas anbefaling om å samle førstevurdering av mottatte henvisninger hos en/ få behandlere. Ingen poliklinikker rapporterte endringer på dette området i 2003 (Hatling (red.) 2004).

9.2.3 Hvorvidt håndbokas anbefaling følges

Telefonintervjuene med lederne viser at det i 2004 fortsatt er slik at flesteparten (11 av 17) organiserer inntaket slik at et fåtall av poliklinikkens ansatte har ansvaret for inntaksvurderingen. Som oftest er det poliklinikkleder, avdelingsoverlege/ sjefspesikolog og/ eller teamledere samt en kontoransatt som foretar inntaksvurdering. En av lederne sier at ved å bruke mindre tid på inntak kan de heller drøfte mer underveis i behandlingen. I to av poliklinikkene har de fortsatt felles inntaksmøte med alle behandlerne. I de fire øvrige poliklinikkene har de gått i motsatt retning ved å utvide inntaksteamet fra få til mange. Blant de som har valgt å øke tid- og ressursbruken på inntaket fremholdes at dette er nødvendig fordi de har gode faglige drøftinger i forbindelse med inntaket. Det er ingen store forskjeller mellom poliklinikker for voksne og poliklinikker for barn og unge. Håndbokas anbefaling blir i stor grad fulgt opp på dette området. Det vi imidlertid ikke vet er om poliklinikkens valg av arbeidsform er resultat av håndboka eller om det er andre faktorer som har påvirket.

9.2.4 Hvordan fungerer inntaksvurderingen?

Vi har undersøkt hvordan inntaksvurderingen i poliklinikkene samlet sett fungerer ved å spørre behandlerne om dette i aktivitetsregistreringen.

Tabell 9.2 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener inntaksvurderingen i poliklinikken fungerer. Behandlerne i poliklinikker for barn og unge og voksne, 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Inntaksvurdering</i>				
Fungerer godt	39	35	38	37
Fungerer nokså godt	42	44	42	44
Fungerer både og	17	18	16	16
Fungerer dårlig	3	3	3	3
Fungerer ikke	0	0	1	0
Antall	833	914	1 317	1 587

Tabellen viser at i all hovedsak mener behandlerne at inntaksvurderingen fungerer enten nokså godt eller godt. Samtidig mener hhv. 21 prosent av behandlerne i poliklinikker for barn og unge og 19 prosent i poliklinikker for voksne at inntaksvurderingen kan bedres (svarer både og eller fungerer dårlig). Svarene mellom poliklinikker for barn og unge og poliklinikker for voksne er meget like og det er ubetydelige endringer fra 2002 til 2004 på spørsmålet om inntaksvurdering.

9.2.5 Gjennomførte tiltak for å bedre inntaksvurderingen

Videre har vi spurt lederne for poliklinikkene om de har gjennomført tiltak for å bedre inntaksvurderingen.

Tabell 9.3 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre inntaksvurderingen. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Inntaksvurdering</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	37	34	17	34
Justeringer	-*	55	-	50
Ingen tiltak	-	11	-	15
Antall	73	65	123	125

*Fra 2002 resultatene har vi ikke resultater for svarkategoriene justeringer og ingen tiltak.

Omtrent en tredjedel svarer at de har foretatt betydelige tiltak for å bedre inntaksvurderingen. Og hvis vi slår sammen kategoriene betydelige tiltak og justeringer ser vi at hhv. 89 prosent av behandlerne i poliklinikker for barn og unge og 84 prosent i poliklinikker for voksne har gjennomført tiltak. Dette kan indikere at poliklinikkene har vært eller er i en prosess hvor de vurderer hva som er mest mulig hensiktsmessig løsning, og dermed forklare hvorfor behandlerne i all hovedsak mener at inntaksvurderingen fungerer godt eller nokså godt jfr. tabellen overfor.

En annen forståelse av dette er å hevde at til tross for gjennomførte tiltak har ikke dette ført til forbedringer ettersom det ikke er noen utvikling i tallene fra 2002 til 2004 over hvor godt/dårlig inntaksvurderingen fungerer.

9.3 Journal og epikriser

9.3.1 Håndbokas anbefaling

I håndboka diskuteres nytten av retningslinjer og rutiner som kan kvalitetssikre innholdet i journal og epikrise, og bl.a. følgende blir foreslått:

"Det utformes skriftlige retningslinjer for hvordan utredningen skal gjennomføres."

"Det utformes skriftlige retningslinjer for hva ulike typer journalnotater skal inneholde."

Håndboka inneholder egne vedlegg med forslag til hvilke punkter som bør inngå i utredning, journal, avslutningsnotat og epikrise. Ut over forslagene til skriftlige retningslinjer, har håndboka følgende forslag som direkte omhandler epikrisene:

"Oversikt der epikrisetid og navn på ansvarlig behandler registreres bør distribueres månedlig."

"Det bør gis opplæring i epikriseskriving."

9.3.2 Tidligere års resultater

I 2002 rapporterte 13 av 16 poliklinikkledere at de anvendte skriftlige retningslinjer for innholdet i journal og epikrise. For arbeid med utredninger, var skriftlige retningslinjer derimot lite vanlig. I stor grad skjedde kvalitetssikringen av utredningene i etterhånd, særlig ved gjennomlesing og kontroll fra ledelsen.

Ledelsen ved poliklinikkene hadde generelt dårlig oversikt over hvor lang tid det tok fra behandlingsforløp ble avsluttet til epikrise ble sendt ut. Ved de fleste poliklinikkene ble det også sagt at epikrisetider på flere måneder ikke var uvanlig. Poliklinikkens egne vurderinger viste også at det var mye misnøye internt med måten man håndterte epikrisene på. Svært få endringer ble gjort fra 2001 til 2002. Det ble derfor konkludert med at håndboka så langt hadde lite innvirkning på poliklinikkens praksis. Resultater fra 2003 viste at mange poliklinikker arbeidet med forbedring av rutiner og prosedyrer, særlig for journal og epikrise. Til tross for at epikrisetidene viste seg å være til dels svært lange, var raskere utsending av disse et forhold som ble nevnt eksplisitt bare av en poliklinikk (Hatling (red.) 2004).

9.3.3 Hvorvidt håndbokas anbefaling følges

I 2004 er status slik at alle de 17 poliklinikkene har skriftlige retningslinjer og nødvendige hjelpemidler (ulike typer maler) for journal og epikriser. Dette er ofte skjemaer som er lett tilgjengelig, hos mange i elektronisk form, men svakheten er ofte at det blir opp til den enkelte å benytte de. Flere poliklinikker har utarbeidet egne håndbøker i den hensikt å skape ens måter å arbeide på i poliklinikken. Felles for disse er imidlertid at de har behov for å oppdatere, repetere innholdet for behandlerne, og bruke innholdet i håndbøkene for opplæring av nye medarbeidere. En poliklinikkleder beskriver situasjonen slik:

"Vi utviklet en egen håndbok i 2001, men nå (i 2004) blir den ikke håndhevet. Jeg skulle ønsket denne ble evaluert og at vi kunne bygd videre på det som er bra og at alle hadde fulgt denne. Jeg ønsker en felles mal for epikriser, avslutning og journalnotat."

En annen poliklinikkleder uttrykker:

"I 2001 utarbeidet vi egen håndbok over inntak, behandlingsvurdering, epikriser, akutt bistand, individuell plan og avslutning." I 2004 fulgte intervjuer opp dette og spurte: "Bruker dere denne?" Poliklinikklederen svarte: "Jeg har tenkt på det, vi må ha en ny dag hvor vi setter fokus på dette, også for å lære opp nyansatte."

For å sammenfatte kan en si at poliklinikkene er i en prosess for å formalisere og strukturere formen på journaler og epikriser, men at det i stor grad skjer uten særlig tyngde.

På spørsmål om det finnes skriftlige retningslinjer for hvordan utredninger skal gjennomføres er det noe variabelt hva poliklinikklederne svarer, men utviklingen går i retning fra i 2002 å ha retningslinjer for kun få diagnoser til i 2004 å ha retningslinjer for flere ulike diagnoser.

Når det gjelder epikriser er majoriteten av de spurte bevisste på og nevner at det er et nasjonalt mål og en kvalitetsindikator at epikrisen skal sendes syv dager etter avslutning. De færreste rapporterer å innfri dette lovpålagte kravet, men flere viser til at de har blitt raskere til å sende epikrisen. Informantene viser til ulike momenter som kompliserer utsendelse av epikrise innen syv dager. Dette uttrykkes slik av en informant:

"Det er et definisjonsspørsmål når en sak er avsluttet. Når du avslutter en sak med familien skriver du epikrise og avslutter saken etter siste samtale. Men vi har ofte telefonkontakt i etterkant og da er ikke saken helt avsluttet, og da går det over syv dager."

Det nevnes også at loven ikke kan følges til punkt og prikke fordi de av og til venter på respons fra samarbeidspartnere, for eksempel fra barnevernet for å sikre kontinuitet i behandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. En tredje informant sier at syvdagers fristen lett kan manipuleres og at det er uklart hva en epikrise skal inneholde. Som en

løsning på hva epikrisen skal inneholde har en poliklinikk laget seg skjema for en minimumsepikrise.

I forhold til håndbokas anbefalinger angående utredninger, journaler og epikriser kan det konkluderes med at de fleste innenfor utvalget har retningslinjer, men at det er varierende og et klart forbedringspotensiale når det gjelder å omsette retningslinjene i praksis og følge opp de rutineene som er valgt.

9.3.4 Tid brukt til journalføring

Tabell 4.1 viste at behandlerne i poliklinikker for barn og unge bruker 12 prosent av arbeidsdagen til journalføring (inkl. arbeid med epikriser) og at det tilsvarende tallet i poliklinikker for voksne er 13 prosent. Dette er omtrent identiske resultater sammenlignet med i 2002.

9.3.5 Hvordan fungerer utredning og innholdet i journal og epikrise?

Videre går vi over til å se på behandlernes vurdering av hvor godt utredning og innholdet i journal og episkrise fungerer i poliklinikkene. (Etter tabell 9.6 følger en samlet kommentar for tabell 9.4-9.6).

Tabell 9.4 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utredningene i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Utredning</i>				
Fungerer godt	26	28	24	23
Fungerer nokså godt	51	50	46	46
Fungerer både og	21	21	27	27
Fungerer dårlig	2	1	3	4
Fungerer ikke	0	0	0	0
Antall	822	908	1 305	1 582

Tabell 9.5 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener innholdet i journal i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Innhold i journal</i>				
Fungerer godt	18	20	23	22
Fungerer nokså godt	49	48	48	52
Fungerer både og	31	30	28	24
Fungerer dårlig	2	1	1	1
Fungerer ikke	0	0	0	0
Antall	831	916	1 307	1 594

Tabell 9.6 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener innholdet i epikrisene i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Innhold i epikrise</i>				
Fungerer godt	24	26	25	27
Fungerer nokså godt	53	51	51	53
Fungerer både og	22	22	23	19
Fungerer dårlig	1	1	1	1
Fungerer ikke	0	0	0	0
Antall	814	899	1 292	1 580

Samlet kommentar for tabell 9.4 - 9.6.

Det er flere fellestrekk i behandlernes vurderinger av hvordan utredninger og innholdet i journal og epikriser fungerer. For det første er svarfordelingene relativt jevne i alle tre tabellene, og resultatene i poliklinikker for barn og unge og i poliklinikker for voksne er forholdsvis like. Majoriteten av informantene har svart at utredninger og innholdet i journal og epikriser enten fungerer godt eller fungerer nokså godt. Når andelen som svarer både og på disse tre spørsmålene ligger mellom 19 og 30 prosent, og andelen som svarer nokså godt ligger rundt 50 prosent, indikerer dette et fortsatt forbedringspotensiale. Et siste fellestrekk for tabellene 9.4 - 9.6 er at det kun er mindre endringer fra 2002 til 2004.

9.3.6 Gjennomførte tiltak for å bedre utredningene og innholdet i journal og epikrise?

Som belyst i tabellene overfor viste resultatene fra 2002 at det var behov for tiltak for å bedre inntaksvurderingen og innholdet i journal og epikriser. For å undersøke om det som en konsekvens av resultatene fra 2002 ble satt i gang tiltak har vi også i 2004 spurt lederne om dette. (Samlet kommentar for tabell 9.7 - 9.9 følger etter tabell 9.9)

Tabell 9.7 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre utredningene. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Utredning</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	16	26	10	17
Justeringer	-	62	-	55
Ingen tiltak	-	12	-	28
Antall	73	65	123	125

Tabell 9.8 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre journalene. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Journal</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	5	6	11	16
Justeringer	-	51	-	51
Ingen tiltak	-	43	-	33
Antall	73	65	123	125

Tabell 9.9 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre epikrisene. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Epikrise</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	16	8	5	14
Justeringer	-	46	-	51
Ingen tiltak	-	46	-	35
Antall	73	65	123	125

Samlet kommentar for tabell 9.7 – 9.9:

Sammenlignet med tabellen over gjennomførte tiltak for å bedre inntaksvurderingen (tab. 9.3), hvor 34 prosent av lederne både i poliklinikker for barn og unge og poliklinikker for voksne har gjennomført betydelige tiltak, ser vi at langt færre har gjennomført betydelige tiltak for utredningene og innholdet i journal og epikrise. Spesielt burde flere poliklinikker for barn og unge satt i verk tiltak for å bedre innholdet i journaler, jfr. tab. 9.5 som viser at 30 prosent svarer at dette fungerer kun både og.

9.4 Avslutning av pasientforhold

9.4.1 Håndbokas anbefaling

I håndboka legges det vekt på at avgjørelsen om når saker skal avsluttes ikke bør være opp til behandler alene:

"I behandlingsmøtet gjennomgår en regelmessig enkeltbehandling med fokus på avslutning. Pasientene kan velges ut etter lang konsultasjonsserie, visse henvisningsgrunner eller diagnose."

9.4.2 Tidligere års resultater

De aller fleste poliklinikkene hadde i 2002 en praksis som ikke møtte håndbokas forventninger om at enkeltbehandlinger bør drøftes regelmessig med tanke på avslutning av saker.

Ingen poliklinikker rapporterte om nye tiltak på dette området i 2003, og det ble konkludert med at til tross for håndbokas konkrete forslag på dette området har ikke dette medført endringer i poliklinikkens praksis (Hatling (red.) 2004).

9.4.3 Hvorvidt håndbokas anbefalinger følges?

Hovedtendensen i 2004 er fortsatt at mange av poliklinikkene ikke har rutiner for avslutning av pasientforhold. En av lederne uttrykker dette slik i telefonintervjuet:

"Det skjer litt for mye bak lukket dør. Poliklinikkleder spør ikke og det har med kapasitet å gjøre, og det er ikke formalisert at disse lederne skal gjøre dette. Det mangler en kvalitetsrunde for å få avsluttet pasienten."

Selv om håndboka kunne blitt fulgt opp i større grad er imidlertid bildet mer nyansert enn i 2003. Fire av 17 poliklinikker sier at de har laget rutiner for avslutning og at de nå har blitt flinkere til systematisk å følge opp hvilke saker som eventuelt kan avsluttes. Dette innebærer også at enkeltbehandlere i større grad enn tidligere avgjør avslutning sammen med poliklinikkleder. En poliklinikkleder sier:

"Nå har vi blitt flinkere. Ikke så luftig lenger. Vi avslutter og ber de henvende seg til fastlegen ved tilbakefall."

Tre av poliklinikkene hevder at rutiner for avslutning nå skal komme på plass. Dette uttrykkes slik av en informant:

"Vi skal ta ut lister for alle for å få mer system, og nå skal vi begynne å si til pasienten: -Hvis vi ikke hører fra dere innen tre måneder så avslutter vi".

I dybdeintervjuene fokuserer vi på hva lederne for poliklinikkene ser som sine tre største utfordringer, og en av lederne nevner nettopp avslutning av saker som en av de tre største utfordringene ved sin poliklinikk. Denne lederen er opptatt av avslutning fordi færre navn på lista kan øke kapasiteten til å ta inn nye pasienter, og i tillegg er det ryddig og avklarende overfor lokalt hjelpeapparat dersom det blir skrevet et avslutningsnotat.

Tabellen nedenfor viser behandlernes vurdering av hvor godt/ dårlig de mener avslutningen av saker fungerer.

9.4.4 Hvordan fungerer avslutningen av saker?

Tabell 9.10 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener avslutning av saker i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Avslutning av saker</i>				
Fungerer godt	11	10	13	12
Fungerer nokså godt	35	35	39	40
Fungerer både og	43	48	43	42
Fungerer dårlig	10	7	5	6
Fungerer ikke	1	0	0	0
Antall	819	896	1 297	1 583

I forhold til tilsvarende tabeller ovenfor ser vi i denne tabellen for avslutning av saker at en mindre andel av behandlerne mener at dette fungerer godt eller nokså godt. Flere av behandlerne (både innefor poliklinikker for barn og unge og poliklinikker for voksne (hhv 48 og

42 prosent) svarer at avslutning av saker fungerer både og, noe vi mener indikerer at det gjenstår en jobb å gjøre før avslutning av saker fungerer godt. Resultatet i denne tabellen samsvarer med resultatet gjengitt under pkt. 9.4.3, hvor flere av de 17 poliklinikklederne sier at de ikke har utviklet rutiner for avslutning, og at det blir for tilfeldig fulgt opp både av behandlerne og lederne.

9.4.5 Gjennomførte tiltak for å bedre avslutningen av saker

Tabellen nedenfor viser i hvilken grad poliklinikkene har gjennomført tiltak for å bedre avslutningen av saker.

Tabell 9.11 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre avslutningen av saker. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Avslutning av saker</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	11	11	10	22
Justeringer	-	58	-	49
Ingen tiltak	-	31	-	29
Antall	73	65	123	125

Omtrent en tredjedel av poliklinikkene har ikke gjennomført tiltak for å bedre avslutningen av saker. I forhold til at hhv. 55 prosent i poliklinikker for barn og unge og 48 prosent i poliklinikker for voksne mener at avslutning av saker fungerer enten både og eller dårlig (tabell 9.10) hadde det vært rimelig å forvente at en større andel poliklinikker satte i gang betydelige tiltak for å forbedre avslutning av saker.

9.5 Administrering av akuttfunksjonen

Som en siste oppgave under pasientrelatert administrasjon fokuserer håndboka på administrering og ressursbruk i forhold til akuttfunksjonen.

9.5.1 Håndbokas anbefaling

To anbefalinger gis i håndboka når det gjelder mottak av akutte henvendelser:

"Akutthjelpordningen vurderes nøye med hensyn til bruk av ressurser sett opp mot antall akutte henvendelser."

"Behandlere kan forskyve timeavtaler til fordel for akutte henvendelser dersom det ikke skjer for ofte."

9.5.2 Tidligere års resultater

I datamaterialet fra 2001 og 2002 ble det konkludert med at det var et misforhold mellom antall henvendelser og poliklinikkens ressursbruk knyttet til mottak av henvendelser. Det ble stilt spørsmål ved om flere poliklinikker kunne redusert sin ressursbruk ved en løsere organisering av mottaket. Dette kunne gjøres i tråd med håndbokas forslag om å forskyve timeavtaler til fordel for akutte henvendelser.

I 2003 var det ingen poliklinikker som rapporterte om endringer i mottak av akutthenvendelser i løpet av foregående år (Hatling (red.) 2004).

9.5.3 Hvorvidt håndbokas anbefaling følges

I 2004 hadde 10 av 17 poliklinikker organisert seg slik at en til to faste behandlere hadde ansvar for akutte henvendelser og at dette går på omgang blant erfarne behandlere og styres av en vaktliste. Tre poliklinikker hadde valgt en helt løs organisering hvor kontorpersonalet overfører saken til den behandleren som kan løse oppgaven og som har anledning. To av poliklinikkene for voksne henviser akutte henvendelser til egne akutteam ved DPS. En poliklinikk har valgt å øke formaliseringen for akutte henvendelser og har innført vaktliste med forvakt og bakvakt etter å ha forsøkt en løs organisering. En poliklinikk har ikke svart. Det er ingen store forskjeller mellom poliklinikker for voksne og poliklinikker for barn og unge.

Håndbokas anbefaling er å være bevisst på ressursbruken i forbindelse med akuttfunksjonen, og det er vanskelig å konkludere hvorvidt løsningene som er valgt er nøye gjennomtenkte. Videre vil det være slik at hva som er en ideell løsning/ organisering av akuttfunksjonen vil være avhengig av størrelsen på poliklinikken og antall akutte henvendelser.

10 Samarbeid

10.1 Tid brukt til samarbeid

Når det gjelder behandlernes tid brukt til samarbeid har vi skilt mellom samarbeid med førstelinjen, samarbeid med andrelinjen, annen konsulentvirksomhet (inkl. anonyme konsultasjoner, foredrag, undervisning og forskning finansiert med poliklinikkens midler) og interne møter.

Tabell 10.1 Prosent tid av arbeidsdagen som brukes til samarbeid. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
Pasientrelatert arbeid				
Konsultasjon/ samarbeid 1. linjen	4	3	3	2
Konsultasjon/ samarbeid 2. linjen	1	1	1	1
Annen konsulentvirksomhet	1	1	1	1
Interne møter	9	9	9	8
Ikke pasientrelatert arbeid				
Konsultasjon/ samarbeid 1. linjen	1	1	1	0
Konsultasjon/ samarbeid 2. linjen	0	0	0	0
Annen konsulentvirksomhet	1	1	1	1
Interne møter	5	6	5	4

Tabellen viser at av de ulike kategoriene for samarbeid er det de interne samarbeidsmøtene behandlerne bruker mest tid på. Pasientrelaterte interne møter tar ni prosent av arbeidsdagen for behandlerne i poliklinikker for barn og unge og åtte prosent av dagen for behandlerne i voksen-poliklinikkene. Ikke pasientrelaterte interne møter (administrative møter) tar henholdsvis seks prosent av arbeidsdagen i poliklinikker for barn og unge og fire prosent av arbeidsdagen i poliklinikker for voksne.

10.2 Interne møter

10.2.1 Håndbokas anbefaling

I håndboka anbefales det å foreta en kritisk vurdering av poliklinikkens interne møter, og da særlig møter som ikke er pasientrelaterte. Som et ledd i dette anbefales at poliklinikkene lager en møtemal for å skaffe seg nødvendig oversikt:

"Møtene struktureres gjennom en møtemal som gir klare møteregler, tydelig møteledelse og mandat/oppgavebeskrivelse."

Videre anbefales det at enhetene foretar en årlig gjennomgang av alle møter for å se om noen bør fjernes, hvor alle ansatte i poliklinikken deltar.

10.2.2 Tidligere års resultater

Resultatene fra 2003 viste enkelte eksempler på avvikling av gitte møter, og derigjennom redusert ressursbruk til interne møter, noe som er i tråd med håndbokas anbefalinger. Men den generelle tendensen var at det skjedde lite på dette området (Hatling (red.) 2004).

10.2.3 Hvorvidt håndbokas anbefalinger følges

Vi ser den samme tendensen i 2004. Det har skjedd kun få endringer. Et fåtall av poliklinikklederne oppgir å ha redusert antallet og mengden møter. Hvordan skal vi tolke disse resultatene, og i hvilken grad er organiseringen av poliklinikkens interne møter i tråd med håndbokas anbefalinger? På den ene siden kunne fokuset på å redusere møtetid vært større, og et fåtall av poliklinikklederne har en årlig gjennomgang av sine møter med en vurdering av behovet for disse. Dette kunne tyde på at håndbokas anbefaling i liten grad følges. På den annen side kan de mindre endringene (liten reduksjon i antall og mengde møtetid) bety at poliklinikkene har funnet det nivået for mengden møter som er hensiktsmessig for å løse sine oppgaver.

For å belyse omfanget og innholdet av møter i en poliklinikk (både pasientrelaterte og ikke pasientrelaterte møter) presenteres en oversikt fra en middels stor poliklinikk for barn og unge. Oversikten er nokså representativ for poliklinikker for barn og unge.

Betegnelse	Hvor ofte	Varighet	Ant. deltakere	Formål
Personalmøte	Ukentlig	1	11	Diskusjon av interne forhold
Faglig forum	Ukentlig	1,5	9	Intern opplæring
Behandlingsmøte	Ukentlig	1	9	Kvalitetssikring av klinisk arbeid
Inntaksteam	Ukentlig	1,5	4	Vurdere alle saker fortløpende
Miniteam	Ukentlig	1,5	9	Drøfting og fordeling av saker

Oversikten viser de interne møtene som avholdes i poliklinikken, og med tanke på at de faglige vurderingene i stor grad bør være tverrfaglig fundert mener vi at dette ikke er spesielt mye tidsbruk.

Vi går over til å se på hvordan behandlerne mener avviklingen av interne møter fungerer.

Tabell 10.2 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener avvikling av interne møter i poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Avvikling av interne møter</i>				
Fungerer godt	23	24	27	26
Fungerer nokså godt	47	46	45	42
Fungerer både og	25	25	23	28
Fungerer dårlig	5	4	4	3
Fungerer ikke	0	1	0	0
Antall	835	917	1 320	1 605

Tabellen viser at flesteparten ligger på den positive siden av skalaen i sin vurdering av hvor godt de interne møtene fungerer (hhv. 70 prosent av behandlerne i poliklinikker for barn og unge og 68 prosent av behandlerne i poliklinikker for voksne svarer enten fungerer godt eller nokså godt). Omtrent en fjerdedel av informantene svarer at avvikling av interne møter fungerer både og. Dette kan tyde på at det er rom for forbedringer uten at vi vet om det er mengden møter eller innholdet/ gjennomføringen av møtene som bør forbedres. Det er liten endring i svarene fra 2002 til 2004.

Videre i neste tabell undersøker vi om poliklinikkene har gjennomført tiltak for å bedre avviklingen av interne møter.

Tabell 10.3 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre avvikling av interne møter. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Avvikling av interne møter</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	15	12	14	17
Justeringer	52	68	49	50
Ingen tiltak	33	20	37	34
Antall	73	65	123	125

Denne tabellen viser at 20 prosent i poliklinikker for barn og unge og 34 prosent i poliklinikker for voksne ikke har gjennomført noen tiltak for å bedre avvikling av interne møter. Sett i sammenheng med tabell 10.2, som viser at omlag av 30 prosent mener at avvikling av interne møter fungerer enten både og, dårlig eller fungerer ikke bør flere poliklinikker vurdere mengden tid og innholdet i sine interne møter.

Tabell 10.4 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener det interne samarbeidet i poliklinikken fungerer. Behandlerne i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Internt samarbeid</i>				
Fungerer godt	22	33	21	36
Fungerer nokså godt	50	44	48	41
Fungerer både og	26	21	28	19
Fungerer dårlig	1	3	3	3
Fungerer ikke	0	0	0	0
Antall	830	912	1 316	1 552

Et interessant trekk ved det interne samarbeidet i poliklinikkene er utviklingen fra 2002 til 2004. En større andel, både innenfor poliklinikker for barn og unge og voksne, svarer at samarbeidet fungerer godt. Tilsvarende er det færre behandlere som benytter kategorien både og (ca. 1/5). Dette betyr at samarbeidet har blitt styrket, men at det fortsatt kan bli bedre.

Tabellen nedenfor viser grad av gjennomførte tiltak for å bedre det interne samarbeidet.

Tabell 10.5 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre det interne samarbeidet i poliklinikken. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Internt samarbeid</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	32	11	16	18
Justeringer	51	72	55	58
Ingen tiltak	18	17	28	25
Antall	73	65	123	125

Majoriteten av lederne (83 prosent i poliklinikker for barn og unge og 76 prosent i poliklinikker for voksne) har enten gjennomført betydelige tiltak eller justeringer.

Det som ikke fremkommer av denne tabellen, men som enkeltvis ledere har påpekt i intervjuene som en utviklingstrend, er at samarbeidet om enkeltpasienter er økende. Det er tettere samarbeid mellom behandlere om vurderinger og behandlingsplaner og i mindre grad slik at bare én behandlers skjønn er avgjørende for innholdet i et behandlingstilbud.

10.3 Samarbeid med eksterne instanser

10.3.1 Håndbokas anbefalinger

Poliklinikkens forpliktelser når det gjelder samarbeid med andre instanser understrekes i håndboka, og man legger vekt på at utvikling av samarbeidsrelasjoner er et ledelsesansvar. Det heter bl.a.:

"Det er på ledernivå at ambisjonene med hensyn til samarbeid må legitimeres, slik at man unngår at samarbeidet blir tilfeldig og opp til den enkelte behandler."

Samtidig er det klart at mye samarbeid angår enkeltpasienter, og derfor må håndteres av den enkelte behandler. I tråd med dette inneholder håndboka forslag om å etablere samarbeidsfora på både ledelses- og behandlernivå.

10.3.2 Tidligere års undersøkelser

Ved undersøkelsen medio 2002 hadde poliklinikkene i utvalget mange samarbeidsavtaler med førstelinjen, og det aller meste foregikk på behandlernivå – fokusert på enkeltpasienter eller pasientgrupper. Det var lite samarbeid med førstelinjen på institusjonsnivå.

Svarene fra 2003 viste tilsvarende at man hadde etablert relasjoner til mange instanser i førstelinjen, og at det var betydelig flere samarbeidstiltak mot førstelinjen enn med instanser innen spesialisthelsetjenesten (Hatling (red.) 2004).

10.3.3 Hvorvidt håndbokas anbefalinger følges

I intervjuene med de 17 poliklinikklederne har vi mangelfulle data hva angår poliklinikkens samarbeid med eksterne, men av de dataene vi har avtegnes et tilsvarende bilde i 2004 som i de foregående år. Poliklinikkene har flere samarbeidstiltak med førstelinjen sammenlignet med andrelinjen. Mesteparten av samarbeidet med førstelinjen skjer i konkrete saker. En av årsakene til at det ikke eksisterer faste samarbeidsavtaler mellom første- og andrelinjen oppgis i en del tilfeller å være større omorganiseringer i førstelinjetjenesten, noe som medfører en mangel på oversikt over hvem man skal etablere samarbeidet med. Oppsummert er

det fortsatt avstand mellom håndbokas intensjoner om strukturert samarbeid med eksterne instanser og hva som i mange poliklinikker er tilfellet.

10.3.4 Tid brukt til konsultasjon/ samarbeid med hhv. første- og andrelinjen

Resultater fra aktivitetsregistreringen, jfr. tabell 4.8, viser at det er minimalt med tid som brukes til *ikke* pasientrelatert konsultasjon/ samarbeid med både første- og andrelinjen. Når det gjelder *pasientrelatert* konsultasjon/ samarbeid med førstelinjen brukes i gjennomsnitt tre prosent av arbeidsdagen for behandlerne i poliklinikker for barn og unge og to prosent av arbeidsdagen i poliklinikker for voksne til dette.

Tilsvarende tall for *pasientrelatert* konsultasjon/ samarbeid med andrelinjen er en prosent for behandlerne både i poliklinikkene for barn og unge og voksne. Det er stor grad av stabilitet i tallene i 2002 sammenlignet med i 2004.

De to tabellene nedenfor beskriver i hvilken grad behandlerne synes dette er passe tidsbruk, eller om de ønsker mer eller mindre tid brukt på samarbeid med *førstelinjen*. (Vi har ikke tilsvarende tall som viser om behandlerne synes tidsbruken til konsultasjon/ samarbeid med andrelinjen er passelig.) Samlet kommentar for tabell 10.6 og 10.7 følger etter tabell 10.7:

Tabell 10.6 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter</i>		
Vesentlig mer tid	7	6
Noe mer tid	49	56
Omtrent uendret	41	35
Noe mindre tid	2	1
Vesentlig mindre tid	0	0
Vet ikke	1	1
Antall	914	1 556

Tabell 10.7 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på generelt samarbeid med førstelinjen. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Generelt samarbeid med førstelinjen</i>		
Vesentlig mer tid	6	5
Noe mer tid	40	46
Omtrent uendret	50	46
Noe mindre tid	2	1
Vesentlig mindre tid	0	0
Vet ikke	2	2
Antall	907	1 545

Samlet kommentar for tabell 10.6 og 10.7:

Hvis vi sammenligner resultatene i tabellene for om det er ønskelig å bruke mer tid på samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter og om det er ønskelig med mer tid på generelt samarbeid med førstelinjen er svarfordelingene nokså like. Enten svarer behandlerne at tid brukt til samarbeid med førstelinjen (både om enkeltpasienter og generelt samarbeid) bør være som i dag, eller så mener de at det bør brukes noe eller vesentlig mer tid til samarbeid med førstelinjen.

10.3.5 Hvordan fungerer det eksterne samarbeidet?

Fra 2002 til 2004 endret vi spørsmålsformuleringer for temaet samarbeid med eksterne instanser. I 2002 stilte vi følgende generelle spørsmål: Hvordan fungerer samarbeidet med andre instanser? I 2004 økte vi detaljeringsnivået og stilte følgende to spørsmål: Hvordan fungerer samarbeidet med førstelinjen? og Hvordan fungerer samarbeidet med andre deler av det psykiske helsevernet? Selv om ikke resultatene er direkte sammenlignbare innleder vi med resultatet fra 2002 om hvordan samarbeidet med andre instanser fungerer.

Samlet kommentar for tabell 10.8 – 10.10 følger etter tabell 10.10.

Tabell 10.8 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener samarbeidet med andre instanser fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002.

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2002	Voksne 2002
<i>Samarbeid med andre instanser</i>		
Fungerer godt	22	21
Fungerer nokså godt	50	48
Fungerer både og	26	28
Fungerer dårlig	1	3
Fungerer ikke	0	0
Antall	830	1 316

Tabell 10.9 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener samarbeidet med førstelinjen fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Samarbeid med førstelinjen</i>		
Fungerer godt	15	14
Fungerer nokså godt	48	43
Fungerer både og	35	39
Fungerer dårlig	2	5
Fungerer ikke	0	0
Antall	905	1 538

Tabell 10.10 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener samarbeidet med andre deler av det psykiske helsevernet fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Samarbeid med andre deler av det psykiske helsevernet</i>		
Fungerer godt	8	8
Fungerer nokså godt	38	41
Fungerer både og	47	45
Fungerer dårlig	6	5
Fungerer ikke	0	1
Antall	896	1 532

Samlet kommentar for tabell 10.8 – 10.10:

I 2002 svarte 72 prosent av behandlerne i poliklinikker for barn og unge og 69 prosent i poliklinikker for voksne at samarbeidet med andre instanser enten fungerer godt eller nokså godt. Når vi i 2004 spør hvordan samarbeidet med førstelinjen fungerer er tallene redusert til hhv.

63 prosent av behandlerne i poliklinikker for barn og unge og 57 prosent av behandlerne i poliklinikker for voksne. Når vi videre spør hvordan samarbeidet med andre deler av det psykiske helsevernet fungerer er det betydelig færre, hhv. 46 prosent av behandlerne i poliklinikker for barn og unge og 49 prosent i poliklinikker for voksne, som svarer at det fungerer godt eller nokså godt.

Som en oppfølging ser vi i tabellen nedenfor i hvilken grad det er gjennomført tiltak for å bedre samarbeidet med andre instanser.

Tabell 10.11 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre samhandlingen med andre instanser. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Samarbeid med andre instanser</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	23	14	17	17
Justeringer	47	60	43	63
Ingen tiltak	30	26	40	20
Antall	73	65	123	125

Kun 14 prosent i poliklinikker for barn og unge og 17 prosent i poliklinikker for voksne har gjennomført betydelige tiltak for å styrke samarbeidet med andre instanser. Når vi sammenholder dette med svarene i tabell 10.9 og spesielt 10.10, hvor hhv. 47 prosent i poliklinikker for barn og unge og 45 prosent i poliklinikker for voksne svarer at samarbeidet med andre deler av det psykiske helsevernet fungerer kun både og, er det sannsynligvis behov for flere forbedringstiltak.

I dybdeintervjuene hvor lederne beskriver sine utfordringer er det en av de fire intervjuede som peker på nettopp samarbeid som en av tre store utfordringer. Han beskriver dette slik:

"Vi har et godt samarbeid innad i poliklinikken, men jeg tenker å øke samarbeidet ut mot andre systemer i foretak og ut mot kommunesystemet."

Informanten viste videre i intervjuet til et prosjekt som et akutteam hadde gående hvor de tok kontakt ut mot henvisende kommune for å få tilbakemelding på hvordan kommunene opplever akutteamets tjenester. Noe lignende ser vedkommende leder for seg som en løsning for å styrke samarbeidet mellom poliklinikken og kommunehelsetjenesten.

11 Bemanning

I dette kapitlet skal vi fokusere på utviklingen av antall årsverk for et begrenset antall poliklinikker. I denne sammenheng er det av interesse å presentere i hvilken grad lederne i utvalget for de 17 poliklinikkene ser på turnover som en utfordring. Til sist ser vi på sammensetningen av personell i poliklinikkene, og mer spesifikt hvilken rolle det kontorfaglige personallet i poliklinikken har.

11.1 Antall årsverk

I intervjuene med de 17 poliklinikklederne rapporteres antall årsverk. Tabellen nedenfor viser en oppsummering av utviklingen fra 2001 til 2004.

Tabell 11.1 Bemanningsutvikling. Antall årsverk. Endring 2001-2004.

	2001	2002	2003	2004	Faktisk endring	Endring prosent
Poliklinikk barn og unge 1	28	27,5	27,8	24,3	-3,7	-13,2
Poliklinikk barn og unge 2	9	9	9	8,6	-0,4	-4,4
Poliklinikk barn og unge 3	25	33,5	38	39,1	+14,1	+56
Poliklinikk voksne 1	7,9	7,4	8	7,35	-0,55	-6,96
Poliklinikk voksne 2	9	18	16,5	20*	+11	+122
Poliklinikk voksne 3	14	14	14	15	+1	+7
Poliklinikk voksne 4	23,5	23,5	26,5	30,5	+7	+30
Poliklinikk voksne 5	22	23	23	23**	-	-
Poliklinikk voksne 6	7	8,5	11,8	11,3	+4,3	+61
SUM	145,4	164,4	174,6	179,2		

* 3,5 nye stillinger pga. økt opptaksområde (tatt over en bydel).

** To DPS'er har blitt slått sammen til én, slik at antallet stillinger er derfor endret, men beholdt likt i tabellen for å kunne sammenligne.

Tabellen omfatter kun de poliklinikkene som har rapportert inn opplysninger for alle fire årene som omfattes av undersøkelsen. I perioden 2001-2003 hadde tre av disse ni poliklinikkene en økning i antall årsverk på mer enn 50 prosent. De øvrige hadde bare mindre endringer. Samlet hadde disse ni enhetene 20 prosents økning i antall årsverk fra 2001 til 2003.

Når vi ser på endringene fra 2001 til 2004 er det store forskjeller mellom poliklinikkene. En poliklinikk har doblet antall medarbeidere, mens tre poliklinikker har hatt en nedgang i antall medarbeidere. Samlet hadde de ni enhetene 23 prosents økning i antall årsverk fra 2001 til 2004.

I Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006 understrekes spesielt behovet for en kapasitetsøkning i barne- og ungdomspsykiatrien. Av de tre poliklinikkene for barn og unge som vi har fulgt personellutviklingen for siden 2001 er det kun en av disse som har hatt en økning i kapasiteten, målt i personell.

11.2 Turnover

Håndboka beskriver følgende angående rekruttering:

"Rekruttering kan være et stort problem for små poliklinikker utenfor sentrale områder. Det er viktig at poliklinikken greier å tiltrekke seg og beholde gode fagfolk for å skape et godt fagmiljø som gir god behandling. (..) Dersom poliklinikken har problemer med å dekke alle stillingene, bør dette synliggjøres overfor institusjonseieren."

11.2.1 Tidligere års resultater

Utvikling i personellsammensetningen inngår i undersøkelsen. Målt ut fra andel av fagpersonellet som slutter, var det for perioden 2001-2002 en turnover i barn og unge-poliklinikkene på om lag 20 prosent. Dette anses som høyt, bl.a. kommenteres det i håndboka at gjennomtrekk på over 20 prosent kan være et faresignal. Målt ut fra nyansettelser, var det omlag ¼ av ansatte i barn og unge-poliklinikkene som hadde begynt i løpet av siste år. Opptappingsplanen forutsetter en økning i antall fagpersonell, men i forhold til både opplæring og produktivitet kan et slikt volum av nyansettelser være problematisk.

Relativt sett var omfanget av nyansettelser mindre innen poliklinikker for voksne, særlig var relativ turnover blant høgskoleutdannede og kontorpersonalet lavt innen tjenester for voksne (Hatling (red.) 2004).

11.2.2 Turnover i 2004

I undersøkelsen for 2004 har vi ikke data over turnover målt som prosentandel av fagpersonellet som slutter, men av de 17 poliklinikkene i utvalget svarte 11 at de hadde liten turnover, dvs. stabil personellgruppe og at det går greit å rekruttere personell, men flere av disse 11 nevner at det er vanskelig å rekruttere spesialister. Tre av de 17 poliklinikkene sliter med høy turnover og for disse er det spesielt vanskelig å rekruttere spesialister. Felles for disse tre poliklinikkene er at de er lokalisert i distriktene.

Som et moment ved bemanningen i poliklinikkene har vi sett nærmere på personellsammensetningen ved å særlig fokusere på det kontorfaglige personellet.

11.3 Kontorfaglig kapasitet og kompetanse

Et av hovedtemaene i dybdeintervjuene i 2004 var den kontorfaglige tjenesten i poliklinikkene. Vi presenterer i det følgende betydningen av å ha en velfungerende kontortjeneste, hvorvidt poliklinikklederne mener de har tilstrekkelig kontorfaglig kapasitet og kompetanse tilgjengelig og hvilke konsekvenser optimal kontortjeneste ville hatt for behandlere og ledere.

11.3.1 Betydningen av velfungerende kontortjeneste

Det er nokså varierende hvordan kontortjenesten er organisert i poliklinikkene og hvilket oppgave- og ansvarsområde de har. For å vise noe av bredden i oppgaver nevner vi et utvalg av oppgaver. Ved hjelp av ulike datasystemer (pasientadministrativt datasystem, elektroniske pasientjournaler, BUP-data, personal- og ressursstyringssystem m.fl.) skriver kontorpersonalet journaler og holder oversikt over pasientdata, ventelistedata og personaldata (lønn og reiseregninger etc.). I tillegg kommer kontakten med pasientene både i poliklinikken og via telefon.

Hvor mye skriving som overlates til kontorpersonalet varierer mellom poliklinikkene avhengig av hvor mye lederne (behandlerne) skriver selv. Enkelte ledere (behandlere) ser det som hensiktsmessig å diktere notater og overlate skrivearbeidet til det kontorfaglige personalet. En informant begrunner dette slik:

"Jeg er av den personlige oppfatning at hvis en ikke skriver like fort som sekretæren så er det dårlig bruk av tida å sette seg ned for å skrive lengre notater. Du skal ikke skrive langt før det er arbeidsbesparende å sette det bort."

Som den motsatte ytterlighet finnes ledere/ behandlere som har vent seg til å skrive og som ikke liker å diktere. I noen poliklinikker har de også utviklet en rutine på at behandlerne skal skrive mest mulig selv, og dersom det skal ansettes flere skal dette være behandlerstillinger og ikke kontorfaglige stillinger. For de som foretrekker å skrive selv fremfor å diktere er det slik at de gjennom skriveprosessen tenker gjennom hva som har skjedd, danner seg oversikt og kommer frem til hva som skal skrives.

Uansett hvilke rutiner som praktiseres for skrivearbeidet er det en felles oppfatning blant informantene at de tillegger det kontorfaglige personalet stor betydning. En informant beskriver dette slik:

"Jeg synes personlig at merkantile stillinger er utrolig viktig. De er nøkkelpersoner for de har en oversikt som knapt noen av oss andre har. De er kontinuitetsbærere på alle mulige måter. Så velfungerende merkantilt personale er en kjemperessurs."

Det understrekes videre av en annen informant at de gjør en viktig kundebehandlerjobb, både at de bruker mye tid i telefonen med pasienter og i direkte møte med pasientene i poliklinikken. Det hevdes at dette aspektet ved jobben lett kan bli undervurdert ved at man tror at det kontorfaglige personalet kun gjør skrivejobber. Det nevnes at det er viktig å se kontorpersonalet som en integrert del av poliklinikken, og at man må unngå at de blir en egen fløy i poliklinikken. Et siste moment som nevnes i denne sammenheng er at det kontorfaglige personalets oppgaver ved en psykiatrisk poliklinikk ikke er direkte sammenlignbart med de kontorfaglige oppgavene ved somatiske enheter. For å understreke denne delen av kontorrollen nevner en informant fra en BUP at kontormedarbeidere har deltatt på kurs i regi av Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker for at de skal lære seg å tenke på jobben sin og rollen som kontormedarbeider som en del av det å være medarbeider i en psykiatrisk poliklinikk.

11.3.2 Kontorfaglig kapasitet og kompetanse

Som et ledd i den administrative ledelsen i en poliklinikk gir håndboka følgende anbefaling angående arbeidsfordelingen mellom kontorpersonalet og behandlerne (hentet fra Opptrappingsplanen):

"Økt bruk av økonomisk og administrativt personale i psykiatrien vil gi helse- og sosialpersonell muligheter til ytterligere vektlegging av klientrettet arbeid."

En forutsetning for at en poliklinikkleder skal kunne delegere økonomiske og administrative oppgaver til det kontorfaglige personalet er at man har tilgjengelig kontorphersonell og at disse har tilstrekkelig kompetanse. I dybdeintervjuene spurte vi lederne i hvilken grad de opplever å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse når det gjelder kontorfaglige tjenester.

Analysen viser at det er stor variasjon mellom poliklinikkene, fra å ha tilstrekkelig kapasitet med kompetente kontormedarbeidere som klarer å ta unna oppgaver, til poliklinikker som opplever konstant å ha for liten kapasitet. En poliklinikkleder uttrykker dette slik:

"Vi har en evig kamp med å få på plass det vi synes vi trenger av merkantile tjenester, og det henvises til budsjetter vi knapt får. Helseforetaket skal være flink til å spare penger og vi får ikke den økning i merkantile tjenester vi burde ha hatt. Vi blir avspist med vikariater som varer så og så lenge uten å vite hvor lenge vi har dem. Dette har medført betydelig frustrasjon. Dette styres igjen av ansettelsesstopp i helseforetaket for 2004. Vi mangler totalbudsjett for 2004, og det med økonomi, stillinger, rekruttering osv er flytta ut fra oss. Det har

blitt sentralisert. Vi er hjelpesløse. Vi sier om igjen og om igjen det samme, men ingenting skjer."

Sitatet er tatt med for å vise hvordan situasjonen kan være (vi sier ikke at den er representativ). Det som imidlertid flere av informantene argumenterer for er at dersom de hadde hatt større kapasitet, så kunne de delegert et større spekter av oppgaver. En av poliklinikk- lederne beskriver dette slik:

"Jeg tenker at jeg gjør en masse arbeid som andre kunne gjort like godt som meg sånn at jeg kunne fått gjort andre ting. Og det er det ikke kapasitet til. Hun som jobber mest med BUP, hun har kompetanse til det, men hun har ikke kapasitet til det. Hun kunne ha avlastet meg med mer hvis vi hadde hatt tid til å sette oss ned og hatt gjennomgang av oppgaver mer jevnlig."

En annen informant nevner at når kapasiteten er meget begrenset blir det slik at det kontorfaglige personalet må prioritere oppgaver relatert til den kliniske virksomheten slik som mottak, journal, epikriser osv. Dette uttrykkes slik:

"De har ikke mer kapasitet enn at de har nok med å holde hodet over vann og da blir det vanskelig å spørre om de kan påta seg ekstra oppgaver, som for eksempel hente inn informasjon, ta mer skrivearbeid. Jeg skriver ikke fort på pc-en, jeg dikterer, men vegrer meg mot å sende dette til sekretæren som er sliten etter all journalskrivingen."

Som et supplement nevner en informant at de har begrenset kapasitet og da har ikke vedkommende samvittighet til å benytte sekretæren til referent ved ekstraordinære møter.

Det nevnes også av en informant, som en modifisering av ytterpunktene omtalt ovenfor, at det periodevis kan være slik at oppgavene hopper seg opp for det kontorfaglige personalet. Årsaken til dette nevnes å være blant annet at det varierer hvor mye behandlerne dikterer i forhold til hvor mye de skriver selv, det kan være presserende oppgaver som må prioriteres, og det kan være sykmeldinger i perioder som gjør at kontorkapasiteten blir begrenset.

Vi kan ikke på grunnlag av dybdeintervjuene trekke noen entydig konklusjon for i hvilken grad håndbokas anbefaling om økt bruk av økonomisk og administrativt personell følges. Det vi imidlertid kan si er at i den grad helseforetak stadig kniper inn på det kontorfaglige personalet, slik vi har sett eksempel på følges ikke håndbokas anbefaling.

Videre fokuserer vi på antatte konsekvensene av å ha tilstrekkelig med kontorfaglig kapasitet og kompetanse.

11.3.3 Antatte konsekvenser av tilstrekkelig kontorfaglig kapasitet og kompetanse

Som en oppfølging til spørsmålet om poliklinikklederne opplever å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse stilte vi følgende spørsmål: Gitt at du hadde hatt tilstrekkelig kapasitet og kompetanse når det gjelder kontorfaglige tjenester – hvilke konsekvenser ville det hatt for henholdsvis deg som leder og for behandlerne?

Nedenfor presenteres bredden i informantenes svar. Alle momenter er inkludert uten nærmere vektning i forhold til hvor mange som har nevnt momentet.

- Skille kliniske og administrative oppgaver.

I lys av at en del ledere jobber både klinisk og administrativt får de arbeidsoppgaver og roller som spenner vidt. Enkelte ledere ser det derfor som en fordel dersom de i større grad kunne delegert ulike administrative oppgaver. En av lederne sier:

"Jeg har hele spekteret av problemstillinger fra ansettelse og budsjett til om en skal skifte en kabel i bygget. Det er klart at det har sin pris."

En annen leder uttrykker:

"Det ville absolutt gjort jobben enklere hvis jeg hadde fått skilt kliniske oppgaver og administrative/ utredningsoppgaver."

Slike beskrivelser er bakgrunnen for ønsket om å skille kliniske og administrative oppgaver.

Å oppnå en praksis hvor både behandlerne og lederne får et tydeligere skille mellom kliniske og administrative oppgaver vil som tidligere nevnt være i tråd med håndboka. Eksempler på pasientadministrative og personaladministrative oppgaver som kunne delegeres til kontor-faglig personale er å:

- foreta utregninger i forbindelse med utredninger og tester
- ta ansvar for utsending og mottak av skjemaer i forbindelse med forskningsprosjekt
- slutføre og sende ut brev
- bidra som referent i forbindelse med møter (både interne og eksterne)
- ta ansvar for sortering, videreformidling og eventuelt arkivering i forbindelse med stadig økende informasjonsmengder

- Personlig sekretær

Situasjonen for de fleste poliklinikklederne er at de har personalansvar for behandlere lokalisert i ulike geografiske enheter. Dette medfører pendling og dermed økt behov for planlegging og koordinering av arbeidsdagen (holde oversikt over møter og avtaler etc). En ekstra støttespiller i forhold til denne utfordringen hevdes å kunne bidra til økt klinisk kapasitet for lederen.

"Jeg ønsker at jeg kunne brukt noe av sekretærens tid til å holde litt mer orden på meg selv. Jeg føler meg fryktelig stressa innimellom, og det koster meg mange krefter. Hvis jeg visste at hun kunne ordne med en del praktiske ting og husket på ulike frister så ville jeg fått mer frigjort kapasitet til andre ting."

- Kvalitetssikring

En velfungerende kontorstøttefunksjon med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet kan bidra til å heve kvaliteten på pasientbehandlingen og pasientforløpet ved at det skapes systematikk og oppfølging av leder og behandlere. Eksempelvis at det tas ut og ryddes i pasientdata, dette gjelder alt fra ventelister til å plukke ut de som mangler diagnose og hvilke saker som bør avsluttes med skriving av epikrise. En av lederne uttrykker dette slik:

"Sekretær- og kontorfunksjonene kan gjøre veldig mye for å øke kvaliteten på den måten at de kan passe på behandlere, og den funksjonen er ganske viktig. Vi har avtalt at hun som er sekretær skal annenhver måned ta ut liste over hvem som har fått diagnose og hvem som ikke har fått diagnose og gi dette til hver behandler. På denne måten får man en påminnelse. Det kan godt hende man har diagnosen i hodet, men at man har glemt å få den på plass. Sekretæren skal ta ut lister over de som det ikke har vært noe aktivitet for de siste seks månedene, slik at man kan se om det er noen som skulle vært avsluttet og skrevet epikrise for. Dette krever en del arbeid, men det kan gjøre kvaliteten på det vi gjør ganske mye bedre."

- Økt oppfølging av refusjonsordning betyr økt inntekt

Ovenfor ble det nevnt at det kontorfaglige personalet i større grad kunne bidra til bedre struktur, orden og oversikt. Dette momentet relateres av en informant til refusjonsordningen og det økonomiske aspektet ved driften av poliklinikken. Dette beskrives slik:

"Hvis vi hadde hatt bedre sekretærfunksjon kunne vi sannsynligvis fått inn mer penger. Hvis vi klarer å få en ny henvisning etter ett år for de sakene som er veldig langvarig, så kan vi få ca. 900 kroner på nytt igjen. Men det har vi ikke klart å få i system for vi har ikke ressurser til å få gjort det."

12 Ledelse og administrasjon

Et av funnene i Poliklinikkrapporten (Statens helsetilsyn 2000), som dannet grunnlaget for utarbeidelsen av håndboka, var at mange poliklinikker hadde en "demokratisk" kultur der man involverte mange medarbeidere i alle saker, og at lederprofilen ofte var svak. Rapporten viste at de poliklinikkene som hadde en tydelig ledelse og ledelsesstrukturer var mest produktive. Det understrekes i denne rapporten at fordi ressursene ved en poliklinikk alltid vil være begrenset må aktiviteten på alle områder og nivåer styres gjennom bevisste valg og prioriteringer. En poliklinikk trenger en tydelig og klar leder som tar ansvar for helheten og som er i stand til å ta beslutninger uten å involvere for mange i beslutningene. Håndboka fokuserer på noen sentrale valg og dilemmaer for å tydeliggjøre ledelsesansvaret. Håndboka legger generelt vekt på struktur og rutiner, og diskuterer ulike tiltak som kan bidra til å gjøre det lettere for leder å ivareta sine funksjoner.

12.1 Videre disposisjon

I datamaterialet for 2004 har vi som i de tre foregående år sett på eventuelle endringer i de strukturelle rammebetingelsene (pkt. 12.2). Dette gjør vi ved å undersøke i hvilken grad det finnes funksjons- og stillingsbeskrivelser for poliklinikklederen, hvorvidt det er klart definert andel som er satt av til ledelsesfunksjonen, om lederne har formell lederutdanning og i hvilken grad de benytter pasientadministrativt datasystem som et styringsinstrument.

Som nye bidrag i 2004 undersøkelsen har vi inkludert flere spørsmål til lederne som belyser kulturelle rammebetingelser for å utøve ledelse. Resultatene fra disse spørsmålene presenteres i pkt. 12.3.

I Hatling (red.) 2004 konkluderes det med at poliklinikkene i stor grad opplever en manglende og snever kommunikasjon med eget helseforetak/ regionalt helseforetak. På bakgrunn av dette stiller vi i 2004 lederne for poliklinikkene ulike spørsmål relatert til kommunikasjon og forholdet mellom poliklinikk og helseforetak/ regionalt helseforetak. Disse resultatene gjengis i pkt. 12.4.

Videre i pkt. 12.5 går vi over til å presentere en evaluering av poliklinikkens målsettinger som er:

- god faglig ledelse ved å sørge for at tjenestene holder tilstrekkelig god kvalitet
- god personalledelse slik at rekrutteringen er tilfredsstillende, sykefraværet og personalgjennomtrekken akseptabel og arbeidsmiljøet godt
- god administrativ ledelse og derved øke produktiviteten (håndboka side 8)

Både behandlere og ledere har besvart spørsmål som evaluerer om poliklinikkene oppnår disse ulike målsettingene. Til sist i pkt. 12.6 ser vi på hva et utvalg poliklinikkledere karakteriserer som sine hovedutfordringer i ledelse av poliklinikken.

12.2 Strukturelle rammebetingelser for poliklinikkleder

12.2.1 Funksjons- og stillingsbeskrivelse

12.2.1.1 Håndbokas anbefaling

Poliklinikkene har som regel ledere på flere nivå. Det kan være en DPS leder, en poliklinikkleder og flere teamledere. I håndboka gis følgende anbefaling:

"Hvilke krav som stilles til de ulike ledelsesfunksjonene på poliklinikken bør være nedfelt i funksjonsbeskrivelser."

12.2.1.2 Tidligere års resultater

I intervjuene med de 16 poliklinikklederne i 2002 var resultatet at stillingsinstruks manglet for flere av lederne. I 2003 ble det pekt på at den organisatoriske utviklingen går i retning av at poliklinikkene innlemmes i større enheter (bl.a. større DPS'er) og at dette medførte endringer i poliklinikkledelsens funksjoner. Endringene ble beskrevet gjennom to hovedtendenser; funksjonstapping og lokal leders involvering på "høyere nivå".

I funksjonstapping ligger en mekanisme der oppgaver som tidligere lå hos lokal leder blir flyttet til administrative enheter i DPS/ klinikk/ sykehus. Blant poliklinikkene i dette materialet, har slik funksjonstapping særlig vært knyttet til økonomi/ regnskap/ budsjett, samt ansettelsesprosedyrer. Samtidig som funksjoner flyttes fra poliklinikk, er det også et vanlig utviklingstrekk at poliklinikkens ledelse blir involvert i oppgaver utenfor selve poliklinikken. Dette kan gjelde både etablering og drift av DPS/ klinikk/ sykehus.

Ved endringer i funksjoner som følge av omorganiseringer ble det uttrykt et ekstra behov for stillingsbeskrivelser.

For å beskrive situasjonen i 2004 starter vi med en fordeling som viser hvor mange av poliklinikklederne som har stillingsinstruks.

12.2.1.3 Hvorvidt lederne har funksjons- og stillingsbeskrivelse

Tabell 12.1 Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de har stillingsinstruks som definerer innholdet i deres stilling. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Stillingsinstruks</i>		
Ja, med et klart innhold	38	36
Ja, med et uklart innhold	18	20
Nei	44	44
Antall	63	122

Nær 40 prosent av lederne i både poliklinikker for barn og unge og voksne har nedfelte stillingsinstruks med et klart innhold, samtidig som en noe større andel (44 prosent i både poliklinikker for barn og unge og voksne) *ikke* har stillingsinstruks.

12.2.1.4 Hvorfor det er behov for funksjons- og stillingsbeskrivelse

I telefonintervjuene har vi data på dette spørsmålet fra 12 av de 17 poliklinikkene, og av disse er det bare en poliklinikkleder som har funksjons- og stillingsbeskrivelse og denne beskrivelsen oppgis å være ubrukelig. Informantene bekrefter at utviklingen med funksjonstapping og lokal leders involvering på "høyere nivå" fortsetter (beskrevet i pkt. 12.2.1.2). Dette understreker behovet for å avklare hva lederens rolle skal være. Flere av lederne oppgir at det er beklagelig at det ikke er bedre konkretisert hva poliklinikklederens arbeidsoppgaver skal være og enda viktigere hva som skal være ansvars- og myndighetsområde. Dette blir spesielt aktuelt hos de lederne som opplever større omorganiseringer, eksempelvis at to DPS'er eller to poliklinikker for barn og unge slås sammen i større enheter.

Det vil være slik at ingen omorganisering er lik og valg av ledelsesmodell vil variere mellom poliklinikkene. Men som et eksempel fra en sammenslåing av to DPS'er opprettet man en avdelingssjefstilling med det overordnede ansvaret for den sammenslåtte poliklinikken og med nye lederstillinger (kalt enhetsledere) for hver av de to tidligere poliklinikkene. Etablering av nye ledelsesnivå, som i dette tilfellet, aktualiserer behovet for en klargjøring av de enkelte lederens oppgave- og ansvarsfordeling.

Ved andre poliklinikker har de valgt å gå over til enhetlig ledelse. Dette har også i følge noen informanter skapt situasjoner som har understreket behovet for tydelige funksjons- og stillingsbeskrivelser. Som et eksempel har en poliklinikk for voksne organisert seg slik at en sykepleier er leder i 100 prosent med det overordnede ledelsesansvaret (personal, økonomi og administrasjon) og hvor en avdelingsoverlege har det faglige ansvaret (50 prosent ledelse og 50 prosent klinisk arbeid). Denne lederen i 100 prosent stilling beskriver behovet for funksjons- og stillingsbeskrivelse slik:

"Det er vanskelig å vite hva som er medisinsk faglig og hvor langt en spesialist i sykepleie kan gå etter delegasjon fra lege. Det er uklare ansvarsforhold. Vi ønsker hjelp til dette."

Hos de som oppgir å ikke ha funksjons- og stillingsbeskrivelse vil det være slik at innholdet i større grad enn om det hadde vært formalisert formes etter brannslukningsprinsippet (hva er mest presserende å gjøre akkurat nå).

12.2.2 Andel tid satt av til ledelsesfunksjonen

En annen strukturell rammebetingelse for de lederne som både jobber klinisk og med ledelsesoppgaver er at det settes av tid til ledelsesfunksjonen slik at ledelsesoppgavene ikke blir nedprioritert.

12.2.2.1 Håndbokas anbefaling

I håndboka understrekes prioriteringen av tid til ledelsesoppgaver slik:

"Lederen bør ha en klart definert andel av arbeidstiden til ledelsesoppgaver dersom han eller hun også har kliniske oppgaver."

12.2.2.2 Tidligere års resultater

Resultatene fra spørreskjemaer utfyllt av 16 poliklinikkledere i 2002 viste at en forholdsvis liten stillingsandel var satt av til ledelse.

12.2.2.3 Andel tid satt av til ledelse

I de to neste tabellene presenteres hvor mye av lederens stilling som er satt av til ledelse og om lederne mener det er satt av nok tid til ledelse.

Tabell 12.2 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor stor andel av stillingen som er satt av til ledelse. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Andel tid til ledelse</i>	2004	2004
0 – 10 prosent	6	6
10 – 20 prosent	19	6
20 – 30 prosent	7	16
30 – 40 prosent	6	7
40 – 50 prosent	34	12
50 – 60 prosent	9	27
60 – 70 prosent	4	5
70 – 80 prosent	4	4
80 – 90 prosent	-	5
90 – 100 prosent	11	12
Antall	53	103

Vi ser av tabellen at flesteparten av lederne har kliniske oppgaver i tillegg til ledelsesfunksjonen, og at andelen tid satt av til ledelse varierer fra 10 prosent opp til 100 prosent. Omrent 1/3 av lederne benytter rundt 50 prosent av arbeidstida til ledelse.

Andelen tid til ledelsesoppgaver vil kunne påvirkes av bl.a. ledelsesmodell (enhetlig eller todelt), størrelse på poliklinikken, eksterne faktorer (eksempel utbygging/ nybygg/ sammen slåing av enheter) og hvor stor kontorlaglig kapasitet man har.

Når 44 prosent av lederne ikke har stillingsinstruks, blir spørsmålet om hvor mye tid som er satt av til ledelsesfunksjonen for disse irrelevant. Tallene for andel tid satt av til ledelse reflekterer derfor for en del av lederne hva som har blitt praksis.

12.2.2.4 Nok tid til ledelse

Tabell 12.3 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvorvidt de mener det er satt av nok tid i stillingen til ledelsesfunksjonen. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Nok tid til ledelse</i>	2004	2004
Alt for lite	21	31
Kunne vært mer	48	34
Passe	28	34
I meste laget	3	1
Alt for mye	-	-
Antall	58	117

Rundt 30 prosent mener det er satt av passelig med tid til ledelsesfunksjonen, mens de øvrige mener at det enten er alt for lite tid til ledelse eller at det kunne vært mer. Dette viser at med et større fokus og økt prioritering av ledelsesoppgaver kunne man forbedret flere ulike sider ved drift/arbeidsformer i poliklinikkene.

12.2.3 Formell lederutdanning

12.2.3.1 Håndbokas anbefaling

I håndboka hevdes det at ledelsesaktivitetene må være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver, og at det er institusjonseiers ansvar å lage rammebetingelser for lederstillinger som bekrefter og understøtter denne oppfatningen. Som en oppfølging av dette anbefaler håndboka at:

"Ledere bør oppmuntres til å ta formell lederutdanning, og det bør legges til rette for å gjøre det mulig."

12.2.3.2 Tidligere års resultater

I 2002 var det en stor andel av de 16 spurte poliklinikklederne som ikke hadde formelle lederkvalifikasjoner i 2002. I 2003 konkluderes det med at det forekommer eksempler på at anbefalingene om lederopplæring blir fulgt, men endringene i positiv retning var i et beskjedent omfang.

12.2.3.3 Andel deltatt i lederopplæring

Tabellen nedenfor viser hvor mange av lederne som har deltatt i lederopplæring.

Tabell 12.4 Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de har deltatt i lederopplæring. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Lederopplæring</i>		
Ja	39	37
Nei	28	28
Nei, og har heller ikke behov	5	7
Nei, men ønsker å delta	28	28
Antall	61	124

Tabellen viser at 39 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 37 prosent i poliklinikker for voksne har deltatt i lederopplæring. Samtidig ser vi at 28 prosent innenfor både barn og unge og voksen-poliklinikkene ønsker å delta på lederopplæring. Det er dermed et forholdsvis stort udekket behov for lederopplæring.

I telefonintervjuene var et av spørsmålene om lederne har formell lederutdanning. Av de 17 poliklinikklederne har 11 en eller annen form for formalisert lederkompetanse. Dette kan være alt fra Legeforeningens lederkurs på 3x1 uke og interne lederkurs på sykehus til 20 vektball i ledelse og administrasjon på høyskolenivå. Tre svarte at de ikke hadde noen formell lederutdanning, en poliklinikk var uten leder og det mangler data fra to poliklinikker.

12.2.4 Lederveiledning

12.2.4.1 Håndbokas anbefaling

Følgende anbefaling gis i håndboka:

"Ledere bør ha tilbud om ekstern veiledning."

12.2.4.2 Tidligere års resultater

Svært få av de 16 poliklinikklederne hadde fått tilbud om løpende lederveiledning i 2002. I 2003 gjaldt det samme for veiledning som for lederopplæring at det fantes eksempler på at anbefalingene ble fulgt, men at dette var i beskjedent omfang.

12.2.4.3 Andel mottatt lederveiledning

Tabellen nedenfor viser i hvilken grad poliklinikklederne har mottatt lederveiledning og hvilken type lederveiledning de har mottatt.

Tabell 12.5 Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de har fått veiledning i sin rolle som leder. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Lederveiledning</i>		
Gjennom formell veiledning	8	14
Gjennom ledermøter	43	52
Gjennom uformell kontakt med ledelsen over meg	46	55
Annet, spesifiser	9	7
Nei, ingen av alternativene	-	22
Antall	65	125

Tabellen viser hvor mange prosent av lederne som har mottatt formell veiledning, veiledning gjennom ledermøter osv. I spørreskjemaet var det mulig å krysse av for flere kategorier, noe som innebærer at kategoriene ikke er gjensidig utelukkende og at kolonnene derfor ikke summerer seg til 100 prosent. I både poliklinikker for barn og unge og voksne er det flest som har fått veiledning enten gjennom ledermøter eller gjennom uformell kontakt med ledelsen på nivået over seg. Vi ser at formell veiledning ikke er spesielt utbredt.

I dybdeintervjuene spurte vi poliklinikkledere hva de anser som sine største utfordringer og hvordan de velger å løse disse utfordringene. I denne forbindelse var det en av lederne som nevnte at hun ønsket seg et veilederforum for å kunne drøfte sine utfordringer sammen med andre poliklinikkledere, og at hun gjennom dette forumet kunne fått veiledning som leder.

12.2.5 Pasientadministrativt datasystem (PAS)

12.2.5.1 Håndbokas anbefaling

I håndboka oppfordres poliklinikkene til å anvende data fra det pasientadministrative systemet for å skaffe oversikt over driften. Som eksempler på hva man kan skaffe seg oversikt nevnes:

- ventetid (som mål på tilgjengelighet)
- antall avsluttede behandlingsforløp (for å vurdere kriterier for avslutning av saker)
- gjennomsnittlig lengde på konsultasjonsseriene (som foregående punkt)
- andel av arbeidstiden i møter (for å vurdere produktivitet)

12.2.5.2 Tidligere års resultater

Svarene fra de 16 poliklinikklederne både 2001 og 2002 viste at data fra det pasientadministrative systemet i liten grad ble brukt. Poliklinikkene hadde utviklet få rutiner der de anvendte slike opplysninger til utvikling av arbeidsformer eller i fagspesifikke sammenhenger som er foreslått i håndboka. Det var svært få eksempler på at slike opplysninger ble aktivt brukt for å styre aktiviteten.

Også i 2003 var konklusjonen at de pasientadministrative systemer i beskjeden grad ble anvendt aktivt i drift av poliklinikkene. Dette selv om man i håndboka lister opp ulike data, med konkrete forslag til hvordan opplysningene kan brukes i vurdering av produktivitet (Hatling (red.) 2004).

12.2.5.3 Bruk av pasientadministrativt system

Tabellen nedenfor viser hvilken grad lederne for poliklinikkene bruker pasientadministrativt system (PAS) som et redskap i drift av poliklinikken.

Tabell 12.6 Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de bruker opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne, 2004

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Bruk av PAS</i>		
I stor grad	32	23
I noen grad	53	41
Både og	7	13
I liten grad	8	18
Ikke	-	5
Antall	62	123

Tabellen viser at lederne særlig innen poliklinikker for barn og unge enten i stor grad eller i noen grad bruker PAS i styring av sin poliklinikk, men også i poliklinikker for voksne benytter over halvparten av lederne PAS.

Når enkelte ledere oppgir å ikke benytte PAS eller benytte det kun i liten grad så er det av interesse å vite om dette skyldes tilgjengeligheten til PAS. Tabellen nedenfor forteller oss dette.

12.2.5.4 Tilgjengelighet til pasientadministrativt system

Tabell 12.7 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvorvidt de mener det er lett eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Tilgjengelighet til PAS</i>		
Svært lett	13	4
Lett	37	14
Både og	40	35
Vanskelig	7	29
Svært vanskelig	3	18
Antall	62	119

Nesten halvparten (47 prosent) av lederne i poliklinikker for voksne synes det er enten svært vanskelig eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra PAS. Innen poliklinikker for barn og unge svarer 40 prosent at det er både lett og vanskelig. Dette kan tyde på at bedre IT-verktøy og bedre datasystemer (programvarer) kunne gitt lederne viktige verktøy til oppfølging av driften. Når utstyret ikke er tilgjengelig kan man heller ikke forvente at håndbokas anbefaling om å ta ut informasjon om ulike styringsindikatorer blir fulgt opp.

I telefonintervjuene fikk vi kjennskap til at det blant de 17 poliklinikkene i utvalget er store forskjeller når det gjelder tilgjengeligheten til godt IT-utstyr. Noen har nettopp fått nytt utstyr hvor alt fungerer godt mens andre sliter med gammelt utstyr som i liten grad er til hjelp som styringsinstrument. Syv av de 17 oppgir å ha en eller annen form for trøbbel med IT-utstyret, noe vi kan anta også påvirker bruken av PAS. Som eksempler har en poliklinikk trøbbel med nettverket og kan være uten datatilgang i flere dager, en annen poliklinikk er frustrert fordi systemet/ utstyret er så gammelt at dataene ikke lar seg innpasse hos Norsk pasientregister (SINTEF Helse NPR). En tredje poliklinikk sliter med BUP-data og at det er vanskelig å skifte mellom BUP-data og Word. En poliklinikkleder uttrykte dette slik i dybdeintervjuet:

"Det er en ting som irriterer meg til de grader og det er at BUP- data ikke er bedre. Å ha en BUP-data som fungerte optimalt ville ha spart meg for ganske mye tid. Og det ville nok spart mange penger. Av sikkerhetsgrunner er det gjort et eller annet som gjør at du ikke kan kopiere mellom Word og BUP-data. Og hvis man prøver låser maskinen seg."

En annen svakhet ved datasystemet, nevnt av den samme poliklinikklederen, er at det er tungvint å ta ut resepter:

"Når det ringer noen foreldre til meg og sier at nå trenger vi ny resept på Ritalin, må jeg skrive ut resepten for hånd først, lete fram adressa og fødselsnummeret, få puttet det i en konvolutt og få sendt det. Så må jeg inn på dataen å registrere det. Når jeg går på legekontoet selv og skal ha min Tyroxin resept sier jeg at jeg trenger mer Tyroxin så slår de opp på dataen, går inn på medisinet og trykker på Tyroxin, så kommer resepten ut."

Lederen bak dette utsagnet peker her på arbeidsprosesser som kunne vært langt bedre og mindre ressurskrevende, dersom deres IT- verktøy hadde fungert bedre. Selv om mange poliklinikker etter hvert har gode datasystemer er det et forbedringspotensiale på IT utstyret hos en del poliklinikker. De ulike problemene er jevnt fordelt mellom poliklinikker for voksne og poliklinikker for barn.

12.3 Kulturelle rammebetingelser for poliklinikklederne

12.3.1 Tidligere års resultater

En del resultater i evalueringene av håndboka har vist seg relativt stabile over flere år. Dette gjelder blant annet ulike typer arbeidsformer. På bakgrunn av denne stabiliteten har vi stilt oss spørsmålet om dette også har sammenheng med de kulturelle rammebetingelsene for å utøve ledelse. Er det slik at behandlerne lar seg lede dersom en poliklinikkleder ønsker forandringer i arbeidsprosesser og rutiner? Eller har behandlerne en autonom holdning hvor de i stor grad ønsker og også fortsetter å arbeide etter tilvante tankemønstre og allerede innarbeidede praksiser uavhengig av ledelsesmessig påvirkning? Vi starter med å vise i hvilken grad lederne mener at behandlerne anerkjenner å bli ledet.

12.3.2 Anerkjennelse for å bli ledet

Tabell 12.8 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Det er liten anerkjennelse for å bli ledet" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Utsagn	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Liten anerkjennelse for ledelse</i>	2004	2004
Helt enig	5	6
Litt enig	11	17
Både enig og uenig	19	15
Litt uenig	31	24
Helt uenig	34	38
Antall	62	114

Tabellen viser at lederne i overveiende grad mener at behandlerne generelt anerkjenner å bli ledet. I poliklinikker for barn og ung svarer til sammen 65 prosent av lederne at de enten er litt uenig eller helt uenig i påstanden "Det er liten anerkjennelse for å bli ledet". Tilsvarende tall for poliklinikker for voksne er 62 prosent. Samtidig kan det være verd å legge merke til at en del ledere opplever å møte liten anerkjennelse for sin ledelse (16 prosent i poliklinikker for barn og unge og 23 prosent i poliklinikker for voksne svarer enten at de er helt enig eller litt enig i påstanden).

For å undersøke i hvilken grad lederne mener behandlerne tar et kollektivt ansvar for poliklinikkens virksomhet har vi spurt om det er lett å få behandlere til å ta på seg fellesoppgaver.

12.3.3 Kollektivt ansvar

Tabell 12.9 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Det er lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikken som fellesskap" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Utsagn	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Fellesoppgaver</i>	2004	2004
Helt enig	33	36
Litt enig	27	29
Både enig og uenig	21	19
Litt uenig	16	12
Helt uenig	3	4
Antall	63	124

Resultatene i tabellen viser at lederne i stor grad mener at behandlerne viser et kollektivt ansvar ved at det er forholdsvis lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikken som fellesskap. 60 prosent i poliklinikker for barn og unge og 65 prosent i poliklinikker for voksne svarer enten at de er helt enig eller litt enig i at det er lett å få behandlere til å ta på seg fellesoppgaver.

12.3.4 Ledelsens maktmidler

Tabell 12.10 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Det er for få reelle maktmidler til lokal ledelse" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Utsagn	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker For voksne
<i>For få reelle maktmidler til ledelse</i>	2004	2004
Helt enig	8	13
Litt enig	32	18
Både enig og uenig	24	32
Litt uenig	24	13
Helt uenig	13	24
Antall	63	119

Når det gjelder påstanden "Det er for få reelle maktmidler" viser tabellen at svarene er nokså likt fordelt mellom andelen ledere som er helt eller litt enig på den ene siden og helt eller litt uenig på den andre siden. Dette gjelder både for poliklinikker for barn og unge og i poliklinikker for voksne.

12.4 Støtte fra eget helseforetak

12.4.1 Håndbokas anbefaling

I håndboka gis ingen konkrete anbefalinger i forhold til samarbeid, informasjonsutveksling og kommunikasjonsform mellom poliklinikkene og helseforetakene. Men som nevnt tidligere hevder håndboka at det er institusjonseiers ansvar å lage rammebetingelser for lederstillinger og at ledere bør oppmuntres til å ta lederutdanning. For øvrig omtales at dersom poliklinikken har problemer med å rekruttere medarbeidere bør dette synliggjøres overfor institusjonseier. Når vi i 2004 har fokusert på samarbeidet mellom poliklinikkene og helseforetakene er dette på grunn av tidligere års resultater.

12.4.2 Tidligere års resultater

I Hatling (red.) 2004 konkluderes det med at poliklinikkene i stor grad opplever en manglende og snever kommunikasjon med eget helseforetak/ regionalt helseforetak. Det pekes spesielt på at kvalitativt gode tjenester og et godt arbeidsmiljø, som i håndboka er sidestilt med målsettingen om høy produktivitet, blir viet svært lite oppmerksomhet fra helseforetakene.

I de to tabellene nedenfor fokuserer vi på i hvilken grad lederne av poliklinikkene mener helseforetakene gir dem handlingsrom til å utøve ledelse og i hvilken grad de samme lederne mener de får hjelp av helseforetakene i utforming av poliklinikken. Vi ser på dette som rammebetingelser som helseforetakene setter overfor poliklinikklederne.

12.4.3 Rammebetingelser fra helseforetaket

Tabell 12.11 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Helseforetaket gir handlingsrom</i>		
Helt enig	18	18
Litt enig	32	23
Både enig og uenig	31	31
Litt uenig	13	14
Helt uenig	7	14
Antall	62	123

Lederne er i større grad enig enn uenig i påstanden: "Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder", men nesten 1/3 av lederne er både enig og uenig i at helseforetaket gir dem stort handlingsrom som leder.

Videre har vi spurt poliklinikklederne om de får den hjelpen fra helseforetaket som de opplever at de har ønske om og behov for.

Tabell 12.12 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Jeg får for lite hjelp av helseforetaket til å utvikle poliklinikken" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Lite hjelp av helseforetaket</i>	2004	2004
Helt enig	21	27
Litt enig	32	25
Både enig og uenig	25	21
Litt uenig	10	17
Helt uenig	13	10
Antall	63	120

Både i poliklinikker for barn og unge og for voksne svarer litt over 50 prosent at de er helt eller litt enig i at de får for lite hjelp av foretaket til å utvikle poliklinikken. Rundt ¼ er både enig og uenig, mens resten oppgir å ikke ha behov for mer hjelp fra eget helseforetak.

I dybdeintervjuene spør vi fire ledere hvordan de løser sine utfordringer i poliklinikken, og her er svarene meget forskjellige (jfr. tabellen overfor) i forhold til om helseforetaket ses på som en samarbeidspartner. Den ene lederen som har et godt samarbeid med helseforetaket uttrykker seg slik:

"Jeg synes det er lett tilgjengelig kontakt inn i helseforetaket, omkring personalsaker, økonomi, regnskapsspørsmål, og at jeg lett kan ta kontakt og få tilbakemelding angående ansettelsesforhold. Det er mye kompetanse som ligger lett tilgjengelig, og som jeg får rask tilbakemelding på, så det fungerer greit."

De andre tre lederne er nokså misfornøyd med samarbeidet med helseforetaket. Dette uttrykkes slik av en leder som ser det som en utfordring å få til en fordeling mellom den øverste administrative seksjonsledelsen og klinikkledelsen på grunnplanet:

"Jeg opplever ikke at vi har hatt god håndtering for å løse dette. Mer at vi opplever at ting blir bestemt av klinikkdirektør som ikke forholder seg til den faglige ledelsen på poliklinikk-nivå. Klinikkdirektøren er ansvarlig for psykiatrien i to sykehus og fire DPS'er. Under klinikkdirektøren er det divisjonsledere (ledere for DPS'er og sykehusenes psykiatriske avdelinger) (nivå 2), så har vi nivået med seksjonsledere (nivå 3) og på 4. nivå har vi faglig ledelse. Klinikkdirektøren forholder seg til divisjonslederne som igjen forholder seg til de under seg. Vi har på en måte en tungvint organisasjon med en topptung ledelse. Dette har sterke faglige implikasjoner uten at vi er tatt med i planleggingen så må vi bare forholde oss til det som bestemmes. Hva gjør vi? Jeg ønsker meg et tettere samarbeid om det faglige. Vi er langt unna et samarbeid."

I tillegg til lang beslutningsvei oppgir en leder at det er tungvint å forholde seg til helseforetaket fordi det er lang geografisk avstand, slik at mye av kommunikasjonen må skje via brev.

Videre går vi over til å se på hvilket fokus helseforetakene har i forhold til poliklinikkens målsettinger.

12.4.4 Helseforetakenes fokus

12.4.4.1 Tidligere års resultater

En av konklusjonene i Hatling (red.) 2004 var at flertallet av poliklinikklederne opplevde at styringssignalene fra eget helseforetak/ sykehus var klare, men at de nesten utelukkende

handlet om kvantitative mål for aktiviteten og i meget liten grad om kvalitative aspekter ved virksomheten. Blant en del poliklinikkledere førte dette til en viss resignasjon i forhold til å aktivt skulle forholde seg til og samarbeide med helseforetaket. Dette samtidig som flere etterlyste bistand fra eget foretak når det gjelder prioriteringen mellom poliklinikkens ulike arbeidsoppgaver.

I tabellene nedenfor presenteres en serie tabeller som viser hvilket fokus poliklinikklederne mener at helseforetakene har på driften av poliklinikkene.

Tabell 12.13 Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal øke antallet konsultasjoner per behandler. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Øke antallet konsultasjoner per behandler</i>	2004	2004
Svært opptatt av	45	41
Opptatt av	31	41
Delvis opptatt av	14	13
Nesten ikke opptatt av	6	2
Ikke opptatt av i det hele tatt	3	3
Antall	64	124

Resultatene i denne og påfølgende tabell underbygger konklusjonen fra tidligere års undersøkelser om at helseforetakene har et sterkt fokus på konsultasjonsproduktivitet. Majoriteten av lederne mener at helseforetaket enten er opptatt av eller svært opptatt av å øke antallet konsultasjoner per behandler (76 prosent i poliklinikker for barn og unge og 82 prosent i poliklinikker for voksne).

Tabell 12.14 Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal øke antallet pasienter per behandler. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Øke antallet pasienter per behandler</i>	2004	2004
Svært opptatt av	31	26
Opptatt av	34	43
Delvis opptatt av	20	17
Nesten ikke opptatt av	10	7
Ikke opptatt av i det hele tatt	5	7
Antall	64	120

Når det gjelder foretakenes fokus på øke antallet pasienter per behandler er dette også stort. Henholdsvis 65 prosent svarer at helseforetakene enten er svært opptatt av eller opptatt av dette i poliklinikker for barn og unge og 69 prosent i poliklinikker for voksne.

Tabell 12.15 Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal holde budsjettet. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Holde budsjett</i>		
Svært opptatt av	44	46
Opptatt av	44	43
Delvis opptatt av	11	8
Nesten ikke opptatt av	1	1
Ikke opptatt av i det hele tatt	-	2
Antall	64	124

I sammenheng med at høy produktivitet er viktig for helseforetakene svarer poliklinikk- lederne at helseforetakene er veldig opptatt av å holde budsjettet. På dette spørsmålet er det 88 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 89 prosent i poliklinikker for voksne som svarer at helseforetaket er enten svært opptatt eller opptatt av å holde budsjettet.

Tabell 12.16 Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal utvikle et godt arbeidsmiljø. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Utvikle et godt arbeidsmiljø</i>		
Svært opptatt av	8	8
Opptatt av	21	24
Delvis opptatt av	25	26
Nesten ikke opptatt av	29	28
Ikke opptatt av i det hele tatt	17	14
Antall	63	123

Når vi går over til et kvalitativt aspekt som arbeidsmiljø viser tabellen at svarfordelingen endres dramatisk sammenlignet med de tre foregående tabellene. Henholdsvis 29 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 32 prosent i poliklinikker for voksne sier at helseforetakene er svært opptatt/ opptatt av å utvikle et godt arbeidsmiljø.

Tabell 12.17 Prosentandel ledere i poliklinikker etter i hvilken grad de mener helseforetaket det siste året har vært opptatt av at poliklinikken skal sikre høy kvalitet i behandlingen. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Sikre høy kvalitet på behandlingen</i>	2004	2004
Svært opptatt av	11	10
Opptatt av	29	37
Delvis opptatt av	30	27
Nesten ikke opptatt av	22	15
Ikke opptatt av i det hele tatt	8	11
Antall	63	123

Tabellen viser at helseforetakene ifølge poliklinikklederne til en viss grad er opptatt av å sikre høy kvalitet i behandlingen, men at fokuset på dette er mindre enn fokuset på produktivitet. Ser vi på andelen som svarer enten svært opptatt/ opptatt av å sikre høy kvalitet er denne på 40 prosent i poliklinikker for barn og unge og 47 prosent i poliklinikker for voksne. De tilsvarende tallene for helseforetakenes oppmerksomhet rundt å holde budsjettet, øke antallet konsultasjoner per behandler og å øke antallet pasienter per behandler ligger mellom 65 og 89 prosent.

For å supplere datamaterialet knyttet til helseforetakets kvalitet har vi spurt poliklinikklederne om hvordan de synes utsagnet "Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet" passer.

Tabell 12.18 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker For barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Helseforetaket opptatt av faglig kvalitet</i>	2004	2004
Helt enig	13	17
Litt enig	18	26
Både enig og uenig	33	25
Litt uenig	22	20
Helt uenig	14	12
Antall	63	123

Vi ser av denne tabellen den samme tendensen som i foregående tabell, men at helseforetakenes vektlegging av den faglige kvaliteten synes enda svakere enn å sikre høy kvalitet i behandlingen. Det er mulig at forskjellene i resultatene på disse to spørsmålene skyldes at det første spørsmålet har ordet behandling i seg.

Tabell 12.19 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "Helseforetaket forholder seg ikke til hva som skal prioriteres ned" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Helseforetaket forholder seg ikke til nedprioritering</i>	2004	2004
Helt enig	32	36
Litt enig	31	27
Både enig og uenig	23	23
Litt uenig	6	9
Helt uenig	8	4
Antall	62	118

Flertallet av lederne, 63 prosent i både poliklinikker for barn og unge og for voksne, er enten helt enig eller litt enig i at eget helseforetak ikke forholder seg til hva som skal nedprioriteres. Svarene på dette spørsmålet bidrar til å forsterke konklusjonen i Hatling (red.) 2004 om at helseforetakene i begrenset grad har bidratt i diskusjonen om prioriteringer.

Tabell 12.20 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet "For mye tid går med til organisasjonsprosesser på helseforetaks- og institusjonsnivå" passer. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Utsagn	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>For mye tid går til org.prosesser</i>	2004	2004
Helt enig	24	36
Litt enig	30	31
Både enig og uenig	30	19
Litt uenig	11	9
Helt uenig	5	5
Antall	63	120

Særlig blant ledere i poliklinikker for voksne er det en forholdsvis stor andel ledere som synes mye tid går med til organisasjonsprosesser på helseforetaks- og institusjonsnivå (67 prosent svarer at de er enten helt enig eller litt enig i påstanden). Også blant ledere i poliklinikker for barn og unge er det en forholdsvis stor andel som mener at det går med for mye tid til organisasjonsprosesser på helseforetaks- og institusjonsnivå.

12.5 Poliklinikkens målsettinger

Hovedintensjonen med håndboka er å gi enkle og klare anbefalinger slik at poliklinikkene skal oppnå god faglig ledelse, god personalledelse slik at arbeidsmiljøet blir godt og god administrativ ledelse for derved å øke produktiviteten. I dette avsnittet viser vi i hvilken grad behandlere og ledere mener at sine respektive poliklinikker har nådd disse målsettingene.

12.5.1 Faglig ledelse

12.5.1.1 Håndbokas anbefalinger

En av hovedhensiktene med håndboka er å gi anbefalinger om god faglig ledelse ved å sørge for at tjenestene holder tilstrekkelig god kvalitet:

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

Nedenfor presenteres først behandlernes vurdering av hvor godt den faglige ledelsen fungerer i egen poliklinikk. For å undersøke om det er gjennomført tiltak for å styrke den faglige ledelsen har vi spurt lederne om dette (tabell 12.22). Behandlerne har som en forlengelse av temaet faglig ledelse svart på om de gir pasientene en faglig forsvarlig behandling og om den faglige kvaliteten generelt er god i poliklinikken.

12.5.1.2 Vurdering av faglig ledelse

Tabell 12.21 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener den faglige ledelsen av poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Faglig ledelse</i>				
Fungerer godt	31	29	30	28
Fungerer nokså godt	43	42	42	43
Fungerer både og	19	22	21	22
Fungerer dårlig	5	6	5	5
Fungerer ikke	1	2	2	1
Antall	829	898	1 310	1 593

I overveiende grad vurderer behandlerne det dit hen at sin egen faglige ledelse fungerer godt eller nokså godt. Nær 1/3 (de som benytter svarkategoriene, både og, fungerer dårlig og fungerer ikke) mener at den faglige ledelsen kunne vært bedre. Svarene mellom behandlere i poliklinikker for barn og unge og for voksne er meget like, og svarene har omtrent ikke forandret seg siden 2002. I tabellen nedenfor får vi en oversikt over i hvilken grad poliklinikkene har gjennomført tiltak for å bedre den faglige ledelsen.

Tabell 12.22 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre faglig ledelse. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Faglig ledelse</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	25	14	16	11
Justeringer	55	35	46	44
Ingen tiltak	21	51	37	45
Antall	73	65	123	125

I poliklinikker for barn og unge viser tabellen at gjennomføring av tiltak for å bedre den faglige ledelsen er klart mindre i 2004 sammenlignet med i 2002.

Når vi sammenholder tabellen over med denne, kan vi konkludere med at til tross for at en del poliklinikker har gjennomført enten justeringer eller betydelige tiltak i den faglige ledelsen har dette liten innvirkning på behandlernes vurdering av den faglige ledelsen i sin poliklinikk.

Målet med en sterk faglig ledelse er å oppnå høy faglig kvalitet i behandlingen som tilbys. Tabellen nedenfor forteller oss noe om dette.

12.5.1.3 Vurdering av faglig kvalitet i behandlingen

Tabell 12.23 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «*Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling*» passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Utsagn	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling</i>				
Passer godt	49	48	53	51
Passer nokså godt	45	46	41	43
Passer både og	6	6	6	6
Passer dårlig	0	0	0	0
Passer ikke	0	0	0	0
Antall	851	917	1343	1618

De aller fleste behandlerne mener de gir en faglig forsvarlig behandling. Det er omtrent de samme tallene i 2004 som i 2002.

Tabell 12.24 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvordan de mener pasientbehandlingen samlet sett fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Pasientbehandlingen samlet sett</i>		
Fungerer godt	28	30
Fungerer nokså godt	63	59
Både og	9	11
Fungerer dårlig	0	0
Fungerer ikke	-	-
Annet	950	1 677

Flesteparten av behandlerne både i poliklinikker for barn og unge og voksne svarer at pasientbehandlingen samlet sett fungerer enten godt eller nokså godt.

Tabell 12.25 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvordan de vurderer den faglige kvaliteten i egen poliklinikk. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Faglig kvalitet i poliklinikken</i>		
Svært god	16	20
God	71	65
Både og	13	15
Dårlig	-	-
Svært dårlig	-	-
Annet	63	124

Når vi stiller det generelle spørsmålet om hvordan lederne vurderer den faglige kvaliteten i egen poliklinikk, benytter 71 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 65 prosent av lederne i poliklinikker for voksne svarkategorien god. Ingen oppgir at den faglige kvaliteten enten er dårlig eller svært dårlig. I kapitlet om Kompetanseutvikling, tab. 13.2 Osvarer behandlerne på i hvilken grad de synes påstanden "*Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen*" passer. Resultatet viser at 73 prosent i poliklinikker for barn og unge og 76 prosent i poliklinikker for voksne enten mener at påstanden passer godt eller nokså godt. Et såpass positivt resultat er i tråd med resultatet overfor hvor størsteparten av lederne synes det er svært god eller god faglig kvalitet i poliklinikken.

Et annet aspekt ved pasientbehandlingen er i hvilken grad behandlerne synes de har nok tid til hver enkelt pasient.

Tabell 12.26 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient» passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Utsagn	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient</i>				
Passer godt	8	8	10	10
Passer nokså godt	19	19	17	19
Passer både og	37	38	34	36
Passer dårlig	25	23	27	24
Passer ikke	10	11	13	12
Antall	842	918	1 341	1 622

Svarfordelingen på dette spørsmålet er bortimot normalfordelt. Forholdsvis mange, nær 40 prosent både i poliklinikkene for barn og unge og voksne, svarer både og.

12.5.2 Personalledelse

12.5.2.1 Håndbokas anbefaling

Den andre hovedintensjonen med håndboka er å gi klare anbefalinger om god personalledelse slik at rekrutteringen er tilfredsstillende, sykefraværet og personalgjennomtrekken akseptabel og arbeidsmiljøet godt:

"Poliklinikker er kunnskapsorganisasjoner. Det innebærer at personalet utgjør den viktigste innsatsfaktoren i poliklinikken. For at denne fagkompetansen kan komme til uttrykk på best mulig måte, er personalforvaltning og personalpolitikk viktige lederfunksjoner. Personalledelse innebærer blant annet å rekruttere kompetente medarbeidere og å skape et lærerikt og personlig utviklende arbeidsmiljø slik at de blir værende." (håndboka side 36)

12.5.2.2 Vurdering av personalledelse

Under avsnittet om personalledelse følger tilsvarende som i avsnittet for faglig ledelse vekselvis resultater som viser hva behandlere og ledere mener om personalledelse og vi har spesielt lagt vekt på å kartlegge arbeidsmiljø og i hvilken grad den enkelte er tilfreds med egen arbeidssituasjon.

Tabell 12.27 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener personalledelsen av poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Personalledelse</i>				
Fungerer godt	27	26	26	25
Fungerer nokså godt	32	34	36	37
Fungerer både og	29	29	26	27
Fungerer dårlig	10	8	7	10
Fungerer ikke	3	2	4	2
Antall	827	898	1 311	1 595

Samlet sett viser tabellen positive resultater med hensyn til hvordan behandlerne vurderer personalledelsen i egen poliklinikk. I poliklinikker for barn og unge mener 60 prosent av behandlerne at personalledelsen enten fungerer godt eller nokså godt. I poliklinikker for voksne mener 62 prosent det samme. Samtidig er det viktig å understreke at de øvrige ca. 40 prosent mener det er behov for å forbedre personalledelsen. I neste tabell ser vi i hvilken grad det er gjennomført personalmessige tiltak.

Tabell 12.28 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre personalledelse. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Personalledelse</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	22	18	22	15
Justeringer	44	40	41	46
Ingen tiltak	34	42	37	38
Antall	73	65	123	125

Tabellen viser at det er flere poliklinikker som enten har foretatt betydelige tiltak eller justeringer enn som ikke har gjennomført noen forbedringstiltak. Til tross for dette svarer altså behandlerne at det ikke er noen forbedring i personalledelsen. Tallene i tabellen overfor er svært stabile mellom 2002 og 2004.

Videre går vi over til resultater som belyser hvordan arbeidsmiljøet er i poliklinikkene.

12.5.2.3 Vurdering av arbeidsmiljøet

Tabell 12.29 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken» passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Utsagn	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken</i>				
Passer godt	49	49	54	51
Passer nokså godt	30	32	28	30
Passer både og	19	17	15	16
Passer dårlig	2	2	3	2
Passer ikke	0	1	1	1
Antall	855	919	1 347	1 625

Behandlerne synes jevnt over at arbeidsmiljøet i egen poliklinikk er godt. I både poliklinikker for barn og unge og poliklinikker for voksne svarer 81 prosent at utsagnet «Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken» passer godt eller nokså godt. Hvis vi ser på tabellen for vurdering av sin egen arbeidssituasjon totalt sett er resultatet nokså likt.

Tabell 12.30 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor fornøyd eller misfornøyd de er med sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Fornøyd med egen arbeidssituasjon</i>		
Svært fornøyd	18	20
Ganske fornøyd	61	61
Både og	17	17
Ganske misfornøyd	3	2
Svært misfornøyd	0	0
Antall	919	1 565

Behandlerne er i overveiende grad fornøyd med sin egen arbeidssituasjon. Henholdsvis 79 prosent i poliklinikker for barn og unge og 81 prosent i poliklinikker for voksne er enten svært fornøyd eller ganske fornøyd med egen arbeidssituasjon. Prosentandelen som svarer både og på dette spørsmålet er 17 for både poliklinikkene for barn og unge og voksne.

Tilsvarende har vi spurt lederne hvordan de vurderer arbeidsmiljøet i egen poliklinikk og hvordan de vurderer sin egen arbeidssituasjon som leder.

Tabell 12.31 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvordan de vurderer arbeidsmiljøet i egen poliklinikk. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Arbeidsmiljøet i egen poliklinikk</i>		
Svært godt	39	40
Godt	42	48
Både og	19	11
Dårlig	-	1
Svært dårlig	-	-
Annet	62	124

Lederne mener på linje med behandlerne at arbeidsmiljøet i egen poliklinikk er godt. Det er 81 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og hele 88 prosent av lederne i poliklinikker for voksne som mener at arbeidsmiljøet er enten svært godt eller godt. I neste tabell ser vi om godt arbeidsmiljø gjenspeiler seg i ledernes vurdering av sin egen arbeidssituasjon.

Tabell 12.32 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor fornøyd de er med egen arbeidssituasjon. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne, 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Tilfredshet med arbeidssituasjonen</i>	2004	2004
Svært fornøyd	10	10
Fornøyd	57	46
Både og	26	37
Misfornøyd	7	6
Svært misfornøyd	2	1
Annet	62	123

Tabellen viser at lederne jevnt over er mindre fornøyd med egen arbeidssituasjon sammenlignet med hva behandlerne er. Av lederne i poliklinikker for barn og unge svarer 35 prosent på den nedre delen av skalaen (både og, misfornøyd eller svært misfornøyd) og tilsvarende tall for lederne i poliklinikker for voksne er 44 prosent. De sammenlignbare tallene for behandlerne er 20 og 19 prosent.

Til slutt i avsnittet om personalledelse viser vi en prosentvis oversikt over hvor mange år lederne har vært i stillingen sin.

Tabell 12.33 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvor mange år de har vært leder for poliklinikken. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne, 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Antall år som leder</i>	2004	2004
Mindre enn et år	-	5
1 år	19	15
2 år	12	13
3 år	14	20
4 år	12	12
5 år	12	5
6 år og mer	31	30
Antall	49	96

Flesteparten av lederne har vært i stillingen i fem år eller mindre, og omtrent 30 prosent i både poliklinikker for barn og unge og voksne har vært leder i seks år eller mer.

12.5.3 Administrativ ledelse for derved å øke produktiviteten

12.5.3.1 Håndbokas anbefaling

Den tredje hovedintensjonen med håndboka er å gi anbefalinger om god administrativ ledelse for derved å øke produktiviteten. Om administrasjon sies følgende i håndboka:

"Administrasjon handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instrukser som er knyttet opp til en stilling. (...) Administrasjon handler om å gjøre tingene riktig, mens ledelse handler om å gjøre de riktige tingene. "

12.5.3.2 Vurdering av administrativ ledelse

Tabell 12.34 Prosent behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener den administrative ledelsen av poliklinikken fungerer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Administrativ ledelse</i>				
Fungerer godt	30	28	28	24
Fungerer nokså godt	38	39	42	40
Fungerer både og	24	24	21	27
Fungerer dårlig	6	7	6	8
Fungerer ikke	2	1	2	1
Antall	826	903	1 312	1 596

Den administrativ ledelsen blir vurdert til å fungere godt eller nokså godt av 67 prosent av behandlerne i poliklinikker for barn og unge og av 64 prosent i poliklinikker for voksne. Dette viser at det er rom for forbedringer i den administrative ledelsen.

I fortsettelsen presenteres en tabell som viser i hvilken grad ledelsen har gjennomført tiltak for å bedre den administrative ledelsen.

Tabell 12.35 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført tiltak eller ikke for å bedre administrativ ledelse. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Administrativ ledelse</i>				
<i>Tiltak er iverksatt</i>				
Betydelige tiltak	27	20	26	22
Justeringer	56	40	36	34
Ingen tiltak	16	40	38	44
Antall	73	65	123	125

Av tabellen ser vi at det er en større andel både i poliklinikker for barn og unge og for voksne som har gjennomført enten betydelige tiltak eller justeringer sammenlignet med andelen som ikke har gjennomført noen tiltak. Til tross for dette er tallene i forrige tabell svært stabile i 2004 sammenlignet med i 2002, dog med en svak nedgang i andelen som mener den administrative ledelsen fungerer godt.

12.5.3.3 Vurdering av produktivitet

Noe av utgangspunktet for håndboka var Poliklinikkrapporten (Statens helsetilsyn 2000) som viste at det var et potensiale for aktivitetsøkning på 25–30 prosent for gjennomsnittspoliklinikken dersom beste praksis ble fulgt. Dersom vi i aktivitetsregistreringen ser på utviklingen i tid brukt til direkte pasientarbeid fra 2002 til 2004 ser vi at 27 prosent av arbeidsdagen

benyttes til direkte pasientarbeid (mot 25 prosent i 2002) og behandlerne i poliklinikker for voksne benytter 38 prosent (mot 34 prosent i 2002) til direkte pasientarbeid.

Tabellen nedenfor viser i hvilken grad behandlerne synes dette er passe med tid brukt til direkte pasientarbeid eller om de ønsker mer eventuelt mindre tid til dette.

Tabell 12.36 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på direkte pasientkontakt. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Team	Behandlere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Direkte pasientkontakt</i>		
Vesentlig mer tid	18	12
Noe mer tid	44	35
Omtrent uendret	36	47
Noe mindre tid	2	5
Vesentlig mindre tid	0	1
Vet ikke	0	0
Antall	915	1 608

Som nevnt overfor benyttes mindre av arbeidsdagen til direkte pasientarbeid i poliklinikkene for barn og unge sammenlignet med i poliklinikker for voksne. Denne tabellen viser at det er spesielt blant behandlere i nettopp poliklinikkene for barn og unge at de enten ønsker vesentlig eller noe mer tid til direkte pasientkontakt (62 prosent), men også i poliklinikker for voksne ønsker 47 prosent vesentlig eller noe mer tid til direkte pasientkontakt.

I sammenheng med dette spørsmålet har vi spurt lederne hvordan de vurderer produktiviteten i egen poliklinikk.

Tabell 12.37 Prosentandel ledere i poliklinikker etter hvordan de vurderer produktiviteten i egen poliklinikk. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
	2004	2004
<i>Produktivitet i egen poliklinikk</i>		
Alt for lav	-	-
Lav	12	11
Passe	47	47
Høy	42	39
Altfor høy	-	3
Antall	60	122

Tabellen viser at henholdsvis 42 prosent av lederne i poliklinikker for barn og unge og 39 prosent i poliklinikker for voksne mener at produktiviteten i egen poliklinikk er høy. Og nesten halvparten (47 prosent) av lederne både i poliklinikker for barn og unge og for voksne mener produktiviteten er passe. Å øke produktiviteten vil derfor sannsynligvis ikke være en ønsket målsetting for majoriteten av lederne.

Med det sterke fokuset på økt produktivitet kan det være grunn til å se nærmere på rutinene knyttet til registrering av aktiviteten. Vi har spurt om lederne har iverksatt rutiner for å bedre registreringen av aktivitet.

Tabell 12.38 Prosentandel ledere i poliklinikker etter om de har iverksatt tiltak for å bedre rutinene rundt registrering av aktivitet. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge	Ledere i poliklinikker for voksne
<i>Rutiner rundt registrering av aktivitet</i>		
<i>Tiltak er iverksatt</i>	2004	2004
Betydelige tiltak	12	22
Justeringer	64	49
Ingen tiltak	25	29
Antall	65	125

Svært mange har i følge tabellen enten gjennomført betydelige tiltak eller justeringer for å bedre registreringsrutinene.

12.5.4 Ledelsens involvering

For å undersøke i hvilken grad lederne av poliklinikkene på en tydelig måte går inn for å påvirke hvilke arbeidsoppgaver som bør prioriteres har vi spurt behandlerne om dette.

Tabell 12.39 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet « *Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse* » passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Utsagn	Behandlere i poliklinikker for	
<i>Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse</i>	Barn og unge 2004	Voksne 2004
Passer godt	5	7
Passer nokså godt	14	15
Passer både og	42	41
Passer dårlig	30	28
Passer ikke	8	10
Antall	917	1 585

Når det gjelder utsagnet « *Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse* » viser tabellen at behandlerne i overveiende grad er uenig i dette. De svarer i hovedsak at enten passer utsagnet kun både og eller så passer det dårlig. Behandlerne oppgir altså i stor grad å prioritere sine arbeidsoppgaver på egen hånd.

Videre spurte vi behandlerne om de synes det er vanskelig å prioritere sine egne arbeidsoppgaver.

Tabell 12.40 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «*Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver*» passer for sin arbeidssituasjon. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne, 2002 og 2004.

Utsagn	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver</i>				
Passer godt	8	11	6	9
Passer nokså godt	16	24	15	23
Passer både og	34	33	32	36
Passer dårlig	35	25	34	26
Passer ikke	7	7	12	6
Antall	854	919	1 346	1 601

Her ser vi at svarene fordeler seg jevnt i de ulike svarkategoriene (normalfordeling).

12.6 Poliklinikkledernes største utfordringer

I intervjuene spurte vi informantene: Hva er de tre største utfordringene du nå står overfor som leder? Skjematisk kan resultatene fremstilles slik:

	Poliklinikk for barn og unge A	Poliklinikk for barn og unge B	Poliklinikk for voksne a	Poliklinikk for voksne b
Utfordring 1	Rekruttere, utdanne og beholde fagfolk	Å gi et kvalitativt godt tilbud	Konflikten mellom kvantitet og kvalitet fordrer evaluering av arbeidet	Enhetlig ledelse blir i praksis todelt ledelse
Utfordring 2	Å foreta en vurdering raskt etter henvisning/ korte ventetida	Rekruttere og beholde fagfolk	Skaffe oversikt (ny i lederrollen)	Skape god flyt mellom 2. og 3. linjenivå (DPS og sykehusnivå)
Utfordring 3	Rutiner for avslutning	Kravet om effektivitet kontra ivaretagelse av medarbeidere	Øke samarbeidet mot eksterne partnere	Rekruttere og beholde fagfolk

De fire poliklinikklederne nevner i stor grad nokså ulike utfordringer de selv mener de står overfor som ledere. Som den største utfordringen oppgir de fire forskjellige utfordringer. Poliklinikk for barn og unge A har som sin største utfordring å rekruttere, utdanne og beholde fagfolk. Poliklinikk for barn og unge B har som sin største utfordring å tilby et kvalitativt godt tilbud til de som trenger det når behovet ser ut til å være økende. Poliklinikker for voksne a oppgir at i konflikten mellom på den ene siden kravet om effektivitet og på den andre siden kravet om kvalitet i tilbudet er den største utfordringen å få på plass et system for evaluering av arbeidet. Poliklinikk for voksne b fokuserer på ledelsesmodellen som er

valgt i egen poliklinikk og ser på enhetlig ledelse, som i praksis blir todelt ledelse, som den største utfordringen.

Selv om det er en sammenheng mellom disse fire utfordringene spenner de allikevel over et vidt felt. Hvis vi ser videre i tabellen over hva som nevnes som den andre og tredje største utfordringen de står overfor avtegnes det samme mønsteret – en forholdsvis stor spredning i svarene. Å rekruttere og beholde fagfolk er det eneste momentet som nevnes av flere. Tre forskjellige poliklinikkledere ser dette som en utfordring, men det varierer om de oppgir det som den største, nest største eller tredje største utfordringen.

Poliklinikk for barn og unge B oppgir rekruttering som sin nest største utfordring. Lederen for denne poliklinikken har erfart at helseforetaket, som etter håndbokas intensjon skal støtte poliklinikkene i arbeidet med ansettelser, heller har bidratt til å sinke ansettelsesprosessen. Når det er mange involverte i ansettelsene, og når de involverte representerer både poliklinikknivået og helseforetaksnivået tar det ekstra med tid. Konsekvensen er at de har opplevd å miste potensielle søkere underveis i prosessen.

13 Kompetanseutvikling

13.1 Tid brukt til kompetanseutvikling

Vi innleder dette kapitlet med å se på tid brukt til kurs/ studier og tid brukt til å gi og motta veiledning.

Tabell 13.1 Prosent tid av arbeidsdagen som brukes til kompetanseutvikling. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne, 2002 og 2004.

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
Pasientrelatert arbeid				
Kurs/ studier av faglitteratur	4	4	5	3
Faglig veiledning (gitt)	3	2	2	2
Faglig veiledning (mottatt)	3	2	2	2
Ikke pasientrelatert arbeid				
Kurs/ studier av faglitteratur	10	9	7	6
Faglig veiledning (gitt)	1	1	1	1
Faglig veiledning (mottatt)	1	1	1	1

Resultatene viser at tid brukt til kompetanseutvikling har gått ned med om lag tre prosentpoeng i begge sektorer fra 2002 til 2004. Kurs og studier av faglitteratur er den kompetanseutviklende aktiviteten det brukes mest tid på, men det har vært en svak nedgang siden 2002. Hvis vi slår sammen pasientrelatert og ikke pasientrelaterte kurs og studier bruker behandlerne i poliklinikker for barn og unge 13 prosent av arbeidsdagen til dette og tilsvarende ni prosent i poliklinikker for voksne. Pasientrelatert veiledning (både å gi og å motta) tar to prosent av arbeidsdagen i poliklinikker for både barn og unge og voksne. Ikke pasientrelatert veiledning (både å gi og å motta) tar en prosent av arbeidsdagen i poliklinikker for både barn og unge og voksne.

Videre ser vi på behandlernes vurdering av om de har nok kompetanse i pasientbehandling og om de ønsker mer eller mindre tid til egen kompetanseheving. I denne sammenheng spør vi også om de synes det er vanskelig å få satt av tid til faglig oppdatering. Til sist belyser vi hvorvidt de ønsker mer eller mindre tid til å veilede andre.

13.1.1 Håndbokas anbefaling

Håndboken påpeker følgende angående kompetanse:

"En poliklinikk er både en spesialisthelsetjeneste og en opplæringsinstitusjon for flere profesjoner. Det er derfor nødvendig å bruke tid på bygging av både formalkompetanse og realkompetanse. Samtidig er det en fare for at det brukes urimelig mye tid til dette, og for at kompetanseutviklingen primært skjer ut i fra den enkelte ansattes ønsker og interesser i stedet for å være styrt og koordinert ut i fra de oppgavene poliklinikkene er satt til å løse."

13.1.2 Vurdering av tid brukt til kompetanseheving

Fra å ha påpekt at tidsbruken til kompetanseheving har gått noe ned ser vi i påfølgende tabell på behandlernes vurdering av om de mener at de har tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen.

Tabell 13.2 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen» passer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Utsagn	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen</i>				
Passer godt	22	23	29	26
Passer nokså godt	51	50	49	50
Passer både og	25	26	21	22
Passer dårlig	1	0	1	1
Passer ikke	0	0	0	0
Antall	848	920	1 342	1 618

Ved å slå sammen kategoriene passer godt og passer nokså godt ser vi at 73 prosent i poliklinikker for barn og unge og 76 prosent i poliklinikker for voksne mener at de har tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen. Omtrent ¼ mener påstanden passer både og. Videre har behandlerne svart på om de ønsker mer eller mindre tid til egen kompetanseheving. Tabellen nedenfor gir oss resultatene.

Tabell 13.3 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på egen kompetanseheving. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	barn og unge 2004	voksne 2004
<i>Egen kompetanseheving</i>		
Vesentlig mer tid	15	21
Noe mer tid	53	57
Omtrent uendret	31	22
Noe mindre tid	1	0
Vesentlig mindre tid	0	0
Vet ikke	0	0
Antall	908	1 616

Spesielt innen poliklinikker for voksne er det ønske om mer tid til kompetanseheving (78 prosent svarer ønsker vesentlig mer tid eller noe mer tid), men også innen poliklinikker for barn og unge er dette et ønske (tilsvarende tall er 68 prosent).

Det kan se ut som behandlerne ønsker seg mer kompetanse enn de har behov for. På den annen side kan man hevde at kompetanse er noe man stadig trenger påfyll av og at det er positivt at behandlerne viser ønske om å tilegne seg mer kompetanse.

Vi har sett at en stor andel ønsker noe mer tid til kompetanseheving, og som en oppfølging av dette har vi spurt om behandlerne anser det som vanskelig å få satt av tid til faglig oppdatering. Svarene presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 13.4 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter hvor godt de mener utsagnet «Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering» passer. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Utsagn	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering</i>				
Passer godt	25	27	28	30
Passer nokså godt	28	27	26	27
Passer både og	31	31	32	30
Passer dårlig	11	11	11	10
Passer ikke	4	4	4	3
Antall	855	916	1 342	1 629

Som nevnt overfor ønsker omtrent 2/3 enten vesentlig mer tid eller noe mer tid til kompetanseheving. Denne tabellen forteller at det i overveiende grad er vanskelig å få tid til faglig oppdatering (54 prosent i poliklinikker for barn og unge svarer at utsagnet passer godt eller nokså godt og tilsvarende 57 prosent i poliklinikker for voksne).

Fra å ha belyst behandlernes synspunkter angående kompetanseheving ser vi videre på hvorvidt lederne har gjennomført tiltak for å øke kompetansen.

13.1.3 Gjennomførte tiltak for økt kompetanseutvikling

Tabell 13.5 Gjennomførte tiltak for økt kompetanseutvikling

Tema	Behandlere i poliklinikker for barn og unge		Behandlere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Gjennomført tiltak for kompetanseutvikling</i>				
Betydelige tiltak	29	29	24	30
Justeringer	-	55	-	56
Ingen tiltak	-	16	-	14
Antall	73	65	123	125

De fleste lederne har gjennomført tiltak for å styrke kompetanseutviklingen, enten betydelige tiltak eller justeringer.

13.2 Vurdering av tid brukt til veiledning

Tabell 13.1 viste at tre prosent av arbeidsdagen brukes til å veilede andre (både pasientrelatert og ikke pasientrelatert veiledning). Tabellene nedenfor indikerer om behandlerne ønsker å øke eller redusere tid brukt til veiledning av andre i hhv. poliklinikken og i første-linjen.

Tabell 13.6 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på veiledning/undervisning av andre i poliklinikken. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Veiledning/ undervisning av andre i poliklinikken</i>		
Vesentlig mer tid	4	7
Noe mer tid	25	29
Omtrent uendret	62	58
Noe mindre tid	3	2
Vesentlig mindre tid	0	1
Vet ikke	5	4
Antall	902	1 588

Over halvparten av de spurte i både poliklinikker for barn og unge og voksne synes dagens tidsbruk til veiledning av andre i poliklinikken er passende (dette er andelen som benytter svarkategorien omtrent uendret).

Tabell 13.7 Prosentandel behandlere i poliklinikker etter om de kunne ønsket å bruke mer eller mindre tid på veiledning til førstelinjetjenesten. Behandlere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2004

Tema	Behandlere i poliklinikker for	
	Barn og unge 2004	Voksne 2004
<i>Veiledning til førstelinjetjenesten</i>		
Vesentlig mer tid	5	5
Noe mer tid	40	35
Omtrent uendret	48	52
Noe mindre tid	2	1
Vesentlig mindre tid	0	0
Vet ikke	5	6
Antall	908	1 526

Tabellen viser at behandlerne kan tenke seg i noe større grad å veilede førstelinjen enn å bruke mer tid på veiledning av kolleger i poliklinikken, men også her ønsker omtrent halvparten av behandlere både i poliklinikker for barn og unge og voksne at tid til å veilede andre forblir uendret.

14 Organisasjonsutvikling

14.1 Evalueringer av poliklinikkens virksomhet

14.1.1 Håndbokas anbefaling

I håndboka blir det understreket at en av ledelsesfunksjonene er å kontinuerlig vurdere behovet for, ta initiativet til og gjennomføre nødvendige endringsprosesser. Det anbefales derfor å "systematisk evaluere poliklinikkens virksomhet for å identifisere forhold som bør endres og for å sikre gjennomføring og resultatet av slike endringer."

Vi starter med å vise i hvilken grad det er gjennomført evaluering av poliklinikkens virksomhet, for dernest å se i hvilken grad det er gjennomført organisasjonsutvikling.

14.1.2 Gjennomførte evalueringer av poliklinikkens virksomhet

Vi har spurt lederne for poliklinikkene om de har gjennomført evaluering av egen virksomhet. Tabellen nedenfor gir oss svarene.

Tabell 14.1 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført evaluering av poliklinikken. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Gjennomført evaluering av poliklinikken</i>				
Betydelige tiltak	32	9	17	24
Justeringer	-	67	-	53
Ingen tiltak	-	24	-	23
Antall	73	65	123	125

Tabellen viser at i poliklinikker for voksne har nær ¼ gjennomført betydelige tiltak med hensyn til å evaluere egen virksomhet. I poliklinikker for barn og unge har tilsvarende ni prosent gjort det samme.

I telefonintervjuene med lederne kom det fra flere av lederne klart til uttrykk at de hadde tenkt å gjøre en systematisk evaluering av arbeidsformene i egen poliklinikk, men at det så langt var blitt med tanken. Å løse de daglige oppgavene ble fremholdt som årsak til hvorfor de ikke hadde gjennomført evaluering. For konkrete forslag til hvordan jobbe med forbedringer i poliklinikken viser vi til håndboka side 44 – 45.

14.2 Andre tiltak for å utvikle organisasjonen

14.2.1 Håndbokas anbefaling

Hele håndboka består av en rekke anbefalinger for nettopp å utvikle og forbedre sentrale oppgaver og arbeidsprosesser i en poliklinikk. Å spørre om lederne har gjennomført organi-

sasjonsutviklingstiltak kan derfor forstås som et generelt spørsmål om lederne samlet sett har gjennomført tiltak for sin poliklinikk.

14.2.2 Gjennomførte organisasjonsutviklingstiltak

Tabell 14.2 Prosent ledere i poliklinikker som sier at man i løpet av de siste 12 måneder har gjennomført organisasjonsutviklingstiltak. Ledere i poliklinikker for barn og unge og voksne. 2002 og 2004.

Tema	Ledere i poliklinikker for barn og unge		Ledere i poliklinikker for voksne	
	2002	2004	2002	2004
<i>Gjennomført OU-tiltak</i>				
Betydelige tiltak	26	18	20	27
Justeringer	-	53	-	52
Ingen tiltak	-	29	-	21
Antall	73	65	123	125

Majoriteten av lederne svarer at deres poliklinikk enten har foretatt justeringer eller betydelige tiltak for å utvikle sin egen organisasjon.



Aktivitetskjema

Registrering av poliklinisk virksomhet for barn og unge 6. - 19. september 2004

Hver behandler fyller ut ett skjema for hele registreringsperioden. Se retledning på neste side.

På siste side er det lagt ved en kladd som kan brukes til summering av arbeidstiden for hver dag.

Poliklinikkens navn:

Opplysninger om den som fyller ut skjemaet

Yrkesbakgrunn

(seft ett kryss)

1 ☐ Psykiater2 ☐ Lege uten spesialitet i psykiatri3 ☐ Klinisk psykolog4 ☐ Annen psykolog5 ☐ Psykiatrisk sykepleier6 ☐ Annen sykepleier7 ☐ Klinisk sosionom8 ☐ Annen sosionom9 ☐ Klinisk pedagog10 ☐ Annen pedagog11 ☐ Annen helsefaglig høyskoleutdanning

med spesialutdanning i psykisk helsearbeid

12 ☐ Annen helsefaglig høyskoleutdanning

uten spesialutdanning i psykisk helsearbeid

Er du under spesialist-/videreutdanning?

1 ☐ Ja

Når ble du ansatt i denne poliklinikken?

1 ☐ 0 - 3 mndr siden2 ☐ 4 - 6 mndr siden3 ☐ 7 - 12 mndr siden4 ☐ over ett år siden

Er du for tiden i noen av følgende lederstillinger?

(flere kan avkrysses)

1 ☐ Leder av poliklinikk2 ☐ Teamleder3 ☐ Faglig leder 1)4 ☐ Annen leder, spesifiser:

Hvor mange år har du jobbet i poliklinikk?

..... år

Hvilket poliklinisk team er du for tiden tilknyttet?

(kryss av for det som passer best)

1 ☐ Allmennpsykiatrisk team for barn og unge2 ☐ Allmennpsykiatrisk team for barn3 ☐ Allmennpsykiatrisk team for ungdom

Spesialteam

4 ☐ Famileteam5 ☐ Nevroteam6 ☐ Annet spesialteam, spesifiser:

Direkte pasientarbeid 2)

Behandling

Individualbehandling

Familiebehandling

Gruppebehandling

Hjemmebesøk

Samarbeidsmøter 3)

Annen type behandling 4)

Utredning

Observasjon/undersøkelser

Tester

Pasienten ikke møtt 5)

(kun ventetid skal medregnes)

Totalt:

Antall timer

Pasienten ikke møtt 5)

(kun ventetid skal medregnes)

Totalt:

Faglig veiledning (gitt) 8)

Faglig veiledning (mottatt) 8)

Kurs/studier av faglitteratur

Reiser

Journalføring 9)

Konsultasjon/samarbeid førstelinen 10)

Konsultasjon/samarbeid andrelinjen

Annen konsulentvirksomhet 11)

Administrasjon 12)

Interne møter 13)

Annet 14)

Totalt:

Antall timer

Pasient- Ikke pasient-
relatert 6)

Antall timer

Noter: Se forklaring på neste side.

Hjelpeskjema for summering av arbeidstimer og antall refusjonsberettigede konsultasjoner i perioden

	6/9	7/9	8/9	9/9	10/9	11/9	12/9	13/9	14/9	15/9	16/9	17/9	18/9	19/9	Sum
Direkte pasientarbeid 2)															
Individualbehandling															
Familie-/parbehandling															
Gruppebehandling															
Hjemmebesøk															
Samarbeidsmøter 3)															
Annen type behandling 4)															
Observasjon/undersøkelser															
Tester															
Pasienten ikke møtt 5)															
Sum direkte pasientarbeid															
Pasientrelatert 6)															
Faglig veiledning (gitt) 8)															
Faglig veiledning (mottatt) 8)															
Kurs/studier av faglitteratur															
Reiser															
Journalføring 9)															
Konsultasjon/samarbeid med førstelinen 10)															
Konsultasjon/samarbeid med andrelinjen															
Annen konsulentvirksomhet 11)															
Administrasjon 12)															
Interne møter 13)															
Annet 14)															
Sum pasientrelatert arbeid															
Ikke pasientrelatert 7)															
Faglig veiledning (gitt) 8)															
Faglig veiledning (mottatt) 8)															
Kurs/studier av faglitteratur															
Reiser															
Journalføring 9)															
Konsultasjon/samarbeid med førstelinen 10)															
Konsultasjon/samarbeid med andrelinjen															
Annen konsulentvirksomhet 11)															
Administrasjon 12)															
Interne møter 13)															
Annet 14)															
Sum ikke pasientrelatert arbeid															
Refusjonsberettigede konsultasjoner alene															
Refusjonsberettigede konsultasjoner sammen med andre															
Refusjonsberettigede konsultasjoner totalt															

Instruksjon for utfylling av aktivitetsskjemaet

Utfyllingen

Hvem skal fylle ut skjema?

- Alle som driver poliklinisk klientundersøkelse/behandling i løpet av registreringsperioden 6. - 19. september.
- Registrer den tiden som er tilknyttet poliklinikken. Forskning skal for eksempel kun registreres hvis den er finansiert av poliklinikkens midler. Arbeid i tilknytning til slippend eller arbeid ved døgnavdelinger skal ikke registreres.
- Fraværstid skal ikke registreres, for eksempel sykdom eller permisjon.
- Ulike former for tilsynsarbeid skal inkluderes så lenge det er en del av poliklinikkens arbeid/ansvar.
- **Overtid**
Hvis du har arbeidet overtid, skal det fordeles ut som all annen tid.
- **Ubetalt overtid**
Hvis du har arbeidet ubetalt overtid, for eksempel med en høringsuttalelse, kan du skrive det som en note på skjemaet (og angi både hva arbeidet var og hvor mye tid du brukte). Denne tiden skal du ikke fordele ut på skjemaet (det gjør vi).

Forklaring til de enkelte poster (litt notene på side 1)

- 1) **Faglig leder**
Herunder medisinsk faglig rådgiver, psykologfaglig rådgiver og faglig ansvarlig for tiltak i henhold til psykisk helsevernloven.
- 2) **Direkte pasientarbeid**
Arbeid ansikt til ansikt med pasient eller pårørende (også telefonsamtale).
- 3) **Samarbeidsmøter**
Herunder nettmøter og ansvarsgruppemøter hvor pasienten er til stede.
- 4) **Annentype behandling**
Behandlingsformer som ikke inngår over, som miljøterapi, sosial trening o.l.
Inkluderer også telefonsamtaler med pasient.
- 5) **Pasienten ikke møtt**
Her angis den tiden du ventet på pasienten (uten at han/hun dukker opp). Når du går over til å gjøre annet arbeid, skal dette fordeles ut på de andre kategoriene i skjemaet.
- 6) **Pasientrelatert**
Alt arbeid som gjøres i forhold til konkrete enkeltpasienter/saker (uten at pasienten/pårørende er til stede).
- 7) **Ikke pasientrelatert**
Arbeid som er av generell karakter og ikke gjøres i forhold til en spesifikk pasientsak.
- 8) **Faglig veiledning**
Mottatt selv eller gitt til andre innen psykisk helsevern. Deles skjønnsmessig mellom pasientrelatert/ikke pasientrelatert virksomhet.
- 9) **Journalføring**
Inkluderer også epikrise, trygdeutredninger mm.
- 10) **Konsultasjon/ samarbeid førstelinjen**
Herunder sosialkontor, primærhelsejeneste, kommunal barnevernjeneste, PP- tjeneste, skole, trygdekontor, o.l.
- 11) **Annent konsulentvirksomhet**
Inkluderer også anonyme konsultasjoner, foredrag, undervisning og forskning finansiert med poliklinikkens midler.
- 12) **Administrasjon**
Inntaksvurdering og for- og etterarbeid til konsultasjoner føres som pasientrelatert administrasjon.
- 13) **Interne møter**
Kliniske møter som for eksempel diagnostiske møter og behandlingsmøter føres under pasientrelaterte interne møter.
- 14) **Annet**
Inkluderer også brevskrivning o.l. i forbindelse med pasientsaker samt pauser o.l.

Generelle kommentarer til utfyllingen

Veiledning/behandlingsmøter

Selv om det er mye veiledning i behandlingsmateriale kliniske møter, skal disse føres under **Interne møter**.

Prosjektarbeid

Sikt arbeid skal primært føres under kolonnen for **Annent konsulentvirksomhet**. Hvis du i dette arbeidet forholder deg til konkrete enkeltpasienter, uten å være sammen med pasienten, skal dette føres under kolonnen **Pasientrelatert**. Generelt prosjektarbeid skal føres under kolonnen **Ikke pasientrelatert**.

Spørsmål og kommentarer

Ta kontakt med cand. polit. Kjerstina Røhme, SINTEF Helse
Telefon 73 59 25 87
E-post: kjerstina.rohme@sintef.no

Spørsmål om den polikliniske virksomheten

Hvor mange refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner har du hatt i registreringsperioden?

Totalt antall konsultasjoner i registreringsperioden

Antall konsultasjoner alene

Antall konsultasjoner med flere behandlere

Hvis du tenker på din arbeidssituasjon per i dag, hvordan synes du påstandene under passer?

	passer godt	passer nok så godt	passer ikke	passer ikke
	1	2	3	4
- Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling.				
- Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient.				
- Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen.				
- Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering.				
- Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken.				
- Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver.				
- Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse.				

Alt i alt, hvordan opplever du at poliklinikken fungerer innen følgende områder?

	fungerer godt	fungerer nok så godt	fungerer ikke	fungerer ikke
	1	2	3	4
- Inntaksvurdering				
- Utredning				
- Innhold i journal				
- Innhold i epikrise				
- Avslutning av saker				
- Pasientinnflytelse i behandlingen				
- Pasientbehandlingen samlet sett				
- Internt samarbeid i poliklinikken				
- Avvikling av interne møter				
- Samarbeid med førstelinjetjenesten				
- Samarbeid med andre deler av det psykiske helsevernet				
- Faglig ledelse				
- Administrativ ledelse				
- Personalledelse				

Hvis du tenker på din arbeidssituasjon per i dag, kunne du ønsket å bruke mer eller mindre tid på følgende områder?

	essensiell mer tid	noe mer tid	noe mindre tid	noe mindre tid	noe mindre tid	noe mindre tid
	1	2	3	4	5	6
- Direkte pasientkontakt						
- Samarbeid med førstelinjen om enkeltpasienter						
- Generelt samarbeid med førstelinjen						
- Egen kompetanseheving						
- Veiledning/undervisning av andre i poliklinikken						
- Veiledning til førstelinjetjenesten						
- Annet, spesifiser:						

Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med din egen arbeidssituasjon ved poliklinikken?

	svært fornøyd	gjanske fornøyd	gjanske misfornøyd	svært misfornøyd
	1	2	3	4

Aktivitetskjema

Registrering av poliklinisk virksomhet for voksne 6. - 19. september 2004

Hver behandler fyller ut ett skjema for hele registreringsperioden. Se rettleiing på neste side.

På siste side er det lagt ved en kladd som kan brukes til summering av arbeidstiden for hver dag.

Poliklinikkens navn:

Opplysninger om den som fyller ut skjemaet

Yrkesbakgrunn

(sett ett kryss)

1 ☐ Psykiater

2 ☐ Lege uten spesialitet i psykiatri

3 ☐ Klinisk psykolog

4 ☐ Annen psykolog

5 ☐ Psykiatrisk sykepleier

6 ☐ Annen sykepleier

7 ☐ Klinisk sosionom

8 ☐ Annen sosionom

9 ☐ Klinisk pedagog

10 ☐ Annen pedagog

11 ☐ Annen helsefaglig høyskoleutdanning

med spesialutdanning i psykisk helsearbeid

12 ☐ Annen helsefaglig høyskoleutdanning

uten spesialutdanning i psykisk helsearbeid

Er du under spesialist-videreutdanning?

1 ☐ Ja

Direkte pasientarbeid ²⁾

Behandling

Individualbehandling

Familie-/parbehandling

Gruppebehandling

Hjemmebesøk

Samarbeidsmøter ³⁾

Annen type behandling ⁴⁾

Utredning

Observasjon/undersøkelser

Tester

Pasienten ikke møtt ⁵⁾

(kun ventetid skal medregnes)

Totalt:

Anfall timer

Faglig veiledning (gitt) ⁸⁾

Faglig veiledning (mottatt) ⁸⁾

Kurs/studier av faglitteratur

Reiser

Journalføring ⁹⁾

Konsultasjon/samarbeid førsteinen ¹⁰⁾

Konsultasjon/samarbeid andrelinjen

Annen konsulentvirksomhet ¹¹⁾

Administrasjon ¹²⁾

Interne møter ¹³⁾

Annet ¹⁴⁾

Totalt:

Noter: Se forklaring på neste side.

Hjelpeskjema for summering av arbeidstimer og antall refusjonsberettigede konsultasjoner i perioden

	6/9	7/9	8/9	9/9	10/9	11/9	12/9	13/9	14/9	15/9	16/9	17/9	18/9	19/9	Sum
Direkte pasientarbeid ²⁾	Individualbehandling														
	Familie-/parbehandling														
	Gruppebehandling														
	Hjemmebesøk														
	Samarbeidsmøter ³⁾														
Pasientrelatert ⁶⁾	Annen type behandling ⁴⁾														
	Observasjon/undersøkelser														
	Tester														
	Pasienten ikke møtt ⁵⁾														
	Sum direkte pasientarbeid														
Ikke pasientrelatert ⁷⁾	Faglig veiledning (gitt) ⁸⁾														
	Faglig veiledning (mottatt) ⁸⁾														
	Kurs/studier av faglitteratur														
	Reiser														
	Journalføring ⁹⁾														
Refusjonsberettigede konsultasjoner	Konsultasjon/samarbeid med førsteinen ¹⁰⁾														
	Konsultasjon/samarbeid med andrelinjen														
	Annen konsulentvirksomhet ¹¹⁾														
	Administrasjon ¹²⁾														
	Interne møter ¹³⁾														
Refusjonsberettigede konsultasjoner sammen med andre	Annet ¹⁴⁾														
	Sum ikke pasientrelatert arbeid														
	Refusjonsberettigede konsultasjoner alene														
	Refusjonsberettigede konsultasjoner sammen med andre														
	Refusjonsberettigede konsultasjoner totalt														

Instruksjon for utfylling av aktivitetsskjemaet

Utfyllingen

Hvem skal fylle ut skjema?

- Alle som driver poliklinisk klientundersøkelse/behandling i løpet av registreringsperioden 6. - 19. september.
- Registrer den tiden som er tilknyttet poliklinikkens. Forskning skal for eksempel kun registreres hvis den er finansiert av poliklinikkens midler. Arbeid i tilknytning til stipend eller arbeid ved døgnavdelinger skal ikke registreres.
- Fraværstid skal ikke registreres, for eksempel sykdom eller permisjon.
- Ulike former for tilsynsarbeid skal inkluderes så lenge det er en del av poliklinikkens arbeidsansvar.
- *Overtid*
Hvis du har arbeidet overtid, skal det fordeles ut som all annen tid.

Forklaring til de enkelte poster (iht notene på side 1)

- 1) *Faglig leder*
Herunder medisinsk faglig rådgiver, psykologfaglig rådgiver og faglig ansvarlig for tiltak i henhold til psykkisk helsevernloven.
- 2) *Direkte pasientarbeid*
Arbeid ansikt til ansikt med pasient eller pårørende (også telefonsamtale).
- 3) *Samarbeidsmøter*
Herunder nettverksmøter og ansvarsgruppemøter hvor pasienten er til stede.
- 4) *Annentype behandling*
Behandlingsformer som ikke inngår over, som miljøterapi, sosial trening o.l.
Inkluderer også telefonsamtaler med pasient.
- 5) *Pasienten ikke møtt*
Her angis den tiden du venter på pasienten (uten at han/hun dukker opp). Når du går over til å gjøre annet arbeid, skal dette fordeles ut på de andre kategoriene i skjemaet.
- 6) *Pasientrelatert*
Alt arbeid som gjøres i forhold til konkrete enkeltpasienter/saker (uten at pasienten er til stede).
- 7) *Ikke pasientrelatert*
Arbeid som er av generell karakter og ikke gjøres i forhold til en spesifikk pasient/sak.
- 8) *Faglig veiledning*
Mottatt selv eller gitt til andre innen psykkisk helsevern. Deles skjønnsmessig mellom pasientrelatert/ikke pasientrelatert virksomhet.
- 9) *Journalføring*
Inkluderer også epikrise, trykdeutredninger mm.
- 10) *Konsultasjon/ samarbeid førstelinjen*
Herunder sosialkontor, primærhelsejeneste, kommunal barnevernjeneste, PP-tjeneste, skole, trygdekonto, o.l.
- 11) *Annent konsulentvirksomhet*
Inkluderer også anonyme konsultasjoner, foredrag, undervisning og forskning finansiert med poliklinikkens midler.
- 12) *Administrasjon*
Inntaksvurdering og for- og etterarbeid til konsultasjoner føres som pasientrelatert administrasjon.
- 13) *Interne møter*
Kliniske møter som for eksempel diagnostiske møter og behandlingsmøter føres under pasientrelaterte interne møter.
- 14) *Annent*
Inkluderer også brevskrivning o.l. i forbindelse med pasientsaker samt pauser o.l.

Generelle kommentarer til utfyllingen

Veiledning/behandlingsmøter

Selv om det er mye veiledning i behandlingsmøter/kliniske møter, skal disse føres under Interne møter.

Projektarbeid

Slikt arbeid skal primært føres under kolonnen for **Annens konsulentvirksomhet**. Hvis du i dette arbeidet forholder deg til konkrete enkeltpasienter, uten å være sammen med pasienten, skal dette føres under kolonnen **Pasientrelatert**. Generelt prosjektarbeid skal føres under kolonnen **Ikke pasientrelatert**.

Spørgsmål og kommentarer

Ta kontakt med cand.polit Kjerstina Røhme, SINTEF Helse
Telefon 73 59 25 87
E-post: kjerstina.rohme@sintef.no

Spørsmål om den polikliniske virksomheten

Hvor mange refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner har du hatt i registreringsperioden?

Totalt antall konsultasjoner i registreringsperioden

Antall konsultasjoner alene

Antall konsultasjoner med flere behandlere

Hvis du tenker på din arbeidssituasjon per i dag, hvordan synes du påstandene under passer?

	passer godt	passer nokså godt	blåde og	passer dårlig	passer ikke
1	2	3	4	5	
- Jeg gir pasientene en faglig forsvarlig behandling	☐	☐	☐	☐	☐
- Jeg synes ikke jeg har nok tid til hver pasient	☐	☐	☐	☐	☐
- Jeg har som oftest tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen	☐	☐	☐	☐	☐
- Det er vanskelig å få tid til faglig oppdatering	☐	☐	☐	☐	☐
- Arbeidsmiljøet er godt i denne poliklinikken	☐	☐	☐	☐	☐
- Det er vanskelig å prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver	☐	☐	☐	☐	☐
- Prioriteringen av mine arbeidsoppgaver er i stor grad styrt av min ledelse	☐	☐	☐	☐	☐

Alt i alt, hvordan oplever du at poliklinikken fungerer innen følgende områder?

	fungerer godt	fungerer nok så godt	både og	fungerer dering	ikke	fungerer
	1	2	3	4	5	
- Intaktsvurdering.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Utredning.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Innhold i journal.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Innhold i epikrise.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avslutning av saker.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Pasientinnflytelse i behandlingen.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Pasientbehandlingens samlet sett.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Internt samarbeid i poliklinikken.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Avvikling av interne møter.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Samarbeid med førstelinjetjenesten.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Samarbeid med andre deler av det psykiske helsevernet.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Faglig ledelse.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Administrativ ledelse.....	☐	☐	☐	☐	☐	
- Personalleidelse.....	☐	☐	☐	☐	☐	

Hvis du tenker på din arbeidssituasjon per i dag, kunne du ønsket å bruke mer eller mindre tid på følgende områder?

pa følgende områder?	1	2	3	4	5	6
	essentlig mer lid	noe mer lid	uendret	noe mindre lid	essentlig mindre lid	ve- ikke
- Direkte pasientkontakt.....						
- Samarbejd med førstelinjen om enkeltpatienter.....						
- Generelt samarbejd med førstelinjen						
- Egen kompetanseheving.....						
- Vejledning/undervisning av andre i poliklinikk.....						
- Vejledning til førstelinjetjenesten						
- Annet, spesifiser:.....						

Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med din egen arbeidssituasjon ved poliklinikken?

svært forneyd	ganske forneyd	balde og	ganske misloneyd	svært misloneyd
1	2	3	4	5

Lederskjema

1. Poliklinikkens navn:

2. Er dette en allmennpsykiatrisk poliklinikk, eller virker den innen et spesialfelt?
(kryss av for det som passer best)

- 1 ☐ Allmennpsykiatrisk poliklinikk for barn og unge
 2 ☐ Allmennpsykiatrisk poliklinikk for barn
 3 ☐ Allmennpsykiatrisk poliklinikk for ungdom

Godkjent spesialpoliklinikk, spesifiser:

.....

3. Hvilke team er poliklinikken inndelt i ?

- 1
 2
 3
 4

4. Har du i løpet av det siste året brukt Statens helsetilsyns Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker i ditt arbeid som leder av poliklinikken?

- 1 ☐ Ja, i betydelig grad
 2 ☐ Ja, i noen grad
 3 ☐ Nei, men jeg har planer om det
 4 ☐ Nei, og jeg har heller ingen planer om det
 5 ☐ Jeg har ikke hørt om Håndboken

5. Har Helseforetaket i løpet av det siste året brukt Håndboken i sin kommunikasjon med deg som leder om driften av din poliklinikk?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mye
brukt | Brukt | Litt
brukt | Nesten ikke
brukt | Ikke
brukt |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

6. Personalsituasjonen ved poliklinikken i registreringsperioden 6.-19. september 2004

Hvor mange behandlere var ansatt:

Hvor mange behandlere var syke eller av andre grunner (for eksempel ferie) borte i hele registreringsperioden:

7. Har man i poliklinikken i løpet av det siste året gjennomført tiltak for å bedre noen av følgende områder?

	Tiltak er iverksatt			Tiltak er planlagt	
	Betydelige tiltak	Justeringer	Ingen tiltak	Ja	Nei
	1	2	3	1	2
- Inntaksvurdering.....	☐	☐	☐	☐	☐
- Utredning.....	☐	☐	☐	☐	☐
- Innhold i journal.....	☐	☐	☐	☐	☐
- Innhold i epikrise	☐	☐	☐	☐	☐
- Avslutning av saker	☐	☐	☐	☐	☐
- Pasientinnflytelse i behandlingen.....	☐	☐	☐	☐	☐
- Rutiner rundt registrering av aktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
- Produktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
- Internt samarbeid i poliklinikken	☐	☐	☐	☐	☐
- Avvikling av interne møter	☐	☐	☐	☐	☐
- Faglig ledelse	☐	☐	☐	☐	☐
- Administrativ ledelse	☐	☐	☐	☐	☐
- Personalledelse.....	☐	☐	☐	☐	☐
- Kompetanseutvikling	☐	☐	☐	☐	☐
- Organisasjonsutvikling	☐	☐	☐	☐	☐
- Samarbeid med andre instanser	☐	☐	☐	☐	☐
- Evaluering av poliklinikkens virksomhet	☐	☐	☐	☐	☐
- Andre områder, spesifiser:	☐	☐	☐	☐	☐

8. Etter ditt syn, har ledelsen i ditt helseforetak det siste året vært opptatt av:

	Svært opptatt av	Opptatt av	Delvis opptatt av	Nesten ikke opptatt av	Ikke opptatt av i det hele tatt
	1	2	3	4	5
- at poliklinikken skal øke antallet konsultasjoner per behandler?	☐	☐	☐	☐	☐
- at poliklinikken skal øke antallet pasienter per behandler?	☐	☐	☐	☐	☐
- at poliklinikken skal utvikle et godt arbeidsmiljø?	☐	☐	☐	☐	☐
- at poliklinikken skal sikre høy kvalitet på behandlingen?	☐	☐	☐	☐	☐
- at poliklinikken skal holde budsjettet?	☐	☐	☐	☐	☐

9. Har du det siste året deltatt i lederopplæring?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nei

- 3 ☐ Nei, og har heller ikke behov for det
4 ☐ Nei, men ønsker å delta

10. Har du i løpet av det siste året fått veiledning i din rolle som leder på noen av følgende måter?

(Flere alternativer kan avkrysses)

- 1 ☐ Gjennom formell veiledning
2 ☐ Gjennom ledermøter
3 ☐ Gjennom uformell kontakt med ledelsen over meg

- 4 ☐ Annet, spesifiser.....
5 ☐ Nei, ingen av alternativene

11. Hvor stor prosentandel av din stilling er i 2004 satt av til lederfunksjonen? (angi i nærmeste 5-prosent)

12. Er det etter din vurdering satt av nok tid i din stilling til lederfunksjonen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alt for lite | Kunne vært mer | Passe | I meste laget | Alt for mye |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

13. Hvor lenge har du vært leder av denne poliklinikken?

Antall år Antall måneder

14. Er innholdet i din stilling som leder definert i en egen stillingsinstruks?

- 1 ☐ Ja, med et klart innhold 2 ☐ Ja, med et uklart innhold 3 ☐ Nei

15. Hvis du tenker på din jobb som leder for poliklinikken per i dag, hvordan synes du påstandene under passer?

	Helt enig 1	Litt enig 2	Både enig og uenig 3	Litt uenig 4	Helt uenig 5
- Det er liten intern anerkjennelse for å bli ledet	☐	☐	☐	☐	☐
- Det er lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikken som fellesskap	☐	☐	☐	☐	☐
- Det er for få reelle maktmidler til lokal ledelse	☐	☐	☐	☐	☐
- For mye tid går med til organisasjonsprosesser på helseforetaks- og institusjonsnivå	☐	☐	☐	☐	☐
- Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder	☐	☐	☐	☐	☐
- Jeg får for lite hjelp av helseforetaket til å utvikle poliklinikken	☐	☐	☐	☐	☐
- Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet	☐	☐	☐	☐	☐
- Helseforetaket forholder seg ikke til hva som skal prioriteres ned ...	☐	☐	☐	☐	☐

16. I hvilken grad bruker du opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I høy grad | I noen grad | Både og | I liten grad | Ikke |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

17. Er det lett eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært lett | Lett | Både og | Vanskelig | Svært vanskelig |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

18. Hvordan vil du vurdere produktiviteten i din egen poliklinikk?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alt for lav | Lav | Passe | Høy | Altfor høy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

19. Hvordan vil du vurdere arbeidsmiljøet i din egen poliklinikk?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært godt | Godt | Både og | Dårlig | Svært dårlig |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

20. Hvordan vil du vurdere den faglige kvaliteten i din egen poliklinikk?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært god | God | Både og | Dårlig | Svært dårlig |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

21. Alt i alt, hvor tilfreds er du med din arbeidssituasjon som leder?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært fornøyd | Fornøyd | Både og | Misfornøyd | Svært misfornøyd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Lederskjema

1. Poliklinikkens navn:

2. Er dette en allmennpsykiatrisk poliklinikk, eller virker den innen et spesialfelt?
(kryss av for det som passer best)

1 ☐ Allmennpsykiatrisk poliklinikk

Godkjent spesialpoliklinikk:

2 ☐ Alderspsykiatrisk poliklinikk

3 ☐ Psykiatrisk ungdomsteam

4 ☐ Rus (dobbeltdiagnose)

5 ☐ Annen spesialpoliklinikk, spesifiser:

3. Hvilke team er poliklinikken inndelt i ?

1

2

3

4

6. Personalsituasjonen ved poliklinikken i registreringsperioden 6.-19. september 2004

Hvor mange behandlere var ansatt:

Hvor mange behandlere var syke eller av andre grunner (for eksempel ferie) borte i hele registreringsperioden:

4. Har du i løpet av det siste året brukt Statens helsetilsyns Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker i ditt arbeid som leder av poliklinikken?

1 ☐ Ja, i betydelig grad

2 ☐ Ja, i noen grad

3 ☐ Nei, men jeg har planer om det

4 ☐ Nei, og jeg har heller ingen planer om det

5 ☐ Jeg har ikke hørt om Håndboken

5. Har Helseforetaket i løpet av det siste året brukt Håndboken i sin kommunikasjon med deg som leder om driften av din poliklinikk?

Mye brukt	Brukt	Litt brukt	Nesten ikke brukt	Ikke brukt
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

7. Har man i poliklinikken i løpet av det siste året gjennomført tiltak for å bedre noen av følgende områder?

	Tiltak er iverksatt			Tiltak er planlagt	
	Betydelige tiltak	Justeringer	Ingen tiltak	Ja	Nei
	1	2	3	1	2
- Inntaksvurdering	☐	☐	☐	☐	☐
- Utredning	☐	☐	☐	☐	☐
- Innhold i journal	☐	☐	☐	☐	☐
- Innhold i epikrise	☐	☐	☐	☐	☐
- Avslutning av saker	☐	☐	☐	☐	☐
- Pasientinnflytelse i behandlingen	☐	☐	☐	☐	☐
- Rutiner rundt registrering av aktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
- Produktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
- Internt samarbeid i poliklinikken	☐	☐	☐	☐	☐
- Avvikling av interne møter	☐	☐	☐	☐	☐
- Faglig ledelse	☐	☐	☐	☐	☐
- Administrativ ledelse	☐	☐	☐	☐	☐
- Personalledelse	☐	☐	☐	☐	☐
- Kompetanseutvikling	☐	☐	☐	☐	☐
- Organisasjonsutvikling	☐	☐	☐	☐	☐
- Samarbeid med andre instanser	☐	☐	☐	☐	☐
- Evaluering av poliklinikkens virksomhet	☐	☐	☐	☐	☐
- Andre områder, spesifiser:	☐	☐	☐	☐	☐

8. Etter ditt syn, har ledelsen i ditt helseforetak det siste året vært opptatt av:

	Svært opptatt av	Opptatt av	Delvis opptatt av	Nesten ikke opptatt av	Ikke opptatt av i det hele tatt
	1	2	3	4	5
- at poliklinikken skal øke antallet konsultasjoner per behandler?	☐	☐	☐	☐	☐
- at poliklinikken skal øke antallet pasienter per behandler?	☐	☐	☐	☐	☐
- at poliklinikken skal utvikle et godt arbeidsmiljø?	☐	☐	☐	☐	☐
- at poliklinikken skal sikre høy kvalitet på behandlingen?	☐	☐	☐	☐	☐
- at poliklinikken skal holde budsjettet?	☐	☐	☐	☐	☐

9. Har du det siste året deltatt i lederopplæring?

- 1 ☐ Ja
2 ☐ Nei

- 3 ☐ Nei, og har heller ikke behov for det
4 ☐ Nei, men ønsker å delta

10. Har du i løpet av det siste året fått veiledning i din rolle som leder på noen av følgende måter ?

(Flere alternativer kan avkrysses)

- 1 ☐ Gjennom formell veiledning
2 ☐ Gjennom ledermøter
3 ☐ Gjennom uformell kontakt med ledelsen over meg

- 4 ☐ Annet, spesifiser.....
5 ☐ Nei, ingen av alternativene

11. Hvor stor prosentandel av din stilling er i 2004 satt av til lederfunksjonen? (angi i nærmeste 5-prosent)

12. Er det etter din vurdering satt av nok tid i din stilling til lederfunksjonen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alt for lite | Kunne vært mer | Passe | I meste laget | Alt for mye |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

13. Hvor lenge har du vært leder av denne poliklinikken?

- Antall år Antall måneder

14. Er innholdet i din stilling som leder definert i en egen stillingsinstruks?

- 1 ☐ Ja, med et klart innhold 2 ☐ Ja, med et uklart innhold 3 ☐ Nei

15. Hvis du tenker på din jobb som leder for poliklinikken per i dag, hvordan synes du påstandene under passer?

- | | Helt enig | Litt enig | Både enig og uenig | Litt uenig | Helt uenig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| - Det er liten intern anerkjennelse for å bli ledet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Det er lett å få behandlere til å ta på seg oppgaver på vegne av poliklinikken som fellesskap | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Det er for få reelle maktmidler til lokal ledelse | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - For mye tid går med til organisasjonsprosesser på helseforetaks- og institusjonsnivå | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Helseforetaket gir meg stort handlingsrom som leder | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Jeg får for lite hjelp av helseforetaket til å utvikle poliklinikken | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Helseforetaket er svært opptatt av faglig kvalitet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - Helseforetaket forholder seg ikke til hva som skal prioriteres ned ... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

16. I hvilken grad bruker du opplysninger fra det pasientadministrative systemet i den daglige driften av poliklinikken?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I høy grad | I noen grad | Både og | I liten grad | Ikke |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

17. Er det lett eller vanskelig å ta ut relevant styringsinformasjon fra det pasientadministrative systemet?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært lett | Lett | Både og | Vanskelig | Svært vanskelig |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

18. Hvordan vil du vurdere produktiviteten i din egen poliklinikk?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alt for lav | Lav | Passe | Høy | Altfor høy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

19. Hvordan vil du vurdere arbeidsmiljøet i din egen poliklinikk?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært godt | Godt | Både og | Dårlig | Svært dårlig |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

20. Hvordan vil du vurdere den faglige kvaliteten i din egen poliklinikk?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært god | God | Både og | Dårlig | Svært dårlig |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

21. Alt i alt, hvor tilfreds er du med din arbeidssituasjon som leder?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært fornøyd | Fornøyd | Både og | Misfornøyd | Svært misfornøyd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

