

**EN KVALITATIV STUDIE AV  
RESSURSUTNYTTELSE OG VENTETIDSGARANTI  
VED NLSH LOFOTEN BUP**

Fredrik Nygård

Hovedoppgave i psykologi

Psykologisk Institutt

Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

Trondheim, 2009

## **SAMMENDRAG**

Som et ledd i markedstenkningen i helsesektoren med fokus på pasientrettigheter og effektivisering, i dette tilfellet i psykisk helsevern for barn og unge, ble det innført en ventetidsgaranti for barn og unge og /eller rusmisbrukere under 23 år. Denne rettigheten til vurdering av rett tilhelsehjelp innen ti virkedager og oppstart av behandling/utredning innen 65 virkedager legger sterke føringer på poliklinikkens utnyttelse av polikliniske ressurser og effektivisering.

Datamaterialet ble innhentet gjennom semistrukturerte intervju og analysert ved bruk av analysemetoden ”systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003). Undersøkelsen ønsker å finne ut hvordan behandlere og inntaksansvarlige ved BUP Lofoten oppfattet egen ressursutnyttelse og overholdelse av ventetider ved deres poliklinikk. Resultatene fra undersøkelsen viste at BUP Lofoten gjennomgående hadde beskyttet behandlernes medbestemmelse og selvråderett innenfor de fleste arbeidsområder, noe som ble verdsatt både av inntaksteam og behandlerne selv. Denne individuelle autonomien var dessverre en medvirkende årsak til poliklinikkens vansker med å formalisere deler av arbeidet, og BUP Lofoten opplevde manglende struktur som en gjennomgående barriere for god ressursutnyttelse både ved inntak, utredning, behandling og avslutning. Undersøkelsen ga mange synspunkter på hvordan dette spenningsfeltet mellom medbestemmelse og formalisering kunne medføre både fordeler og ulemper for ressursutnyttelsen ved poliklinikken.

# FORORD

Rett til prioritert helsehjelp er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-1, § 2-1 syvende ledd og § 2-2 femte ledd. Dette skal sikre barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet tilbud gjennom en VENTETIDsgaranti, innført i 2008. En praksisveileder (Helsedirektoratet 2008) og en prioriteringsveileder (veileder for prioritering i psykisk helsevern- utkast, 2008) skal sikre enhetlig og faglig god utøvelse av i tjenestene. I revidert nasjonalbudsjett, St.prp. nr 69 (2006- 2007), bevilget Stortinget 7 millioner kroner fordelt på de regionale helseforetakene til å forberede innføringen av VENTETIDsgarantien i 2008. Konkrete prosjekter ble krevd innrapportert, med forventning om samordning mellom helseregionene.

Nordlandssykehuset Lofoten, Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP Lofoten) fikk innvilget midler fra Helse Nord til et kartleggingsprosjekt av arbeidsformer (metode) og produktivitet for å belyse ressursutnyttelse og faktorer relevant for VENTETIDER og fristoverskridelser ved inntak. Den ønsket å forberede sin polikliniske virksomhet på VENTETIDsgarantien som skulle innføres i september 2008. Prosjektbeskrivelsen var todelt:

- 1) Ressursutnyttelse ved inntak, utredning, behandling og avslutning.
- 2) En gjennomgang av samarbeidet mellom BUP Lofoten og aktuelle fastleger om hvilke forhold som kunne være med å påvirke VENTETID.

BUP Lofoten ansatte undertegnede som prosjektansvarlig i deltidsstilling, kombinert med at prosjektdata kunne anvendes i min hovedoppgave for profesjonsstudiet i psykologi.

*Hovedoppgaven* omhandler ressursutnyttelse ved BUP Lofoten, prosjektets første del.

Ledelsen ved BUP Lofoten ga meg stor grad av autonomi til å utforme hovedoppgaven medfølgende VENTETIDsgarantiprojektet. Friheten har vært en kilde til store utfordringer og rask læring, da det i liten grad foreligger lignende undersøkelser og forskning generelt.

Takk til Sveinung Skårset, avdelingsoverlege og fagansvarlig ved BUP Lofoten, for faglighet, tålmodighet og medmenneskelig. Takk til instituttansatte ved NTNU som av slo å veilede meg i oppgavens spede begynnelse. Dette medførte at jeg har vært nødt til å finne min egen vei.

Dessuten har jeg fått berikelsen av kyndig ekstern veiledning fra spesialist i

samfunnspsykologi / associate professor i organisasjons- og ledelsesfag Ole Meier Kjerkol.  
En siste takk til overlege og professor Inger Sandanger for og gode og nødvendige innspill.

Fredrik Nygård

# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>i</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>i</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>iii</b>
<b>FIGUROVERSIKT</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABELLOVERSIKT</b> .....	<b>vi</b>
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Aktuelle helsepolitiske mål for ventetidsgarantien</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2 Ventetidsgaranti</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Vurderingstid og ventetid på behandling</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4 Resultater fra andre studier om ventetid</b> .....	<b>4</b>
<b>1.5 Ressursutnyttelse og behandlingsaktivitet</b> .....	<b>5</b>
1.5.1 Måling av ressursutnyttelse og aktivitet.....	5
1.5.2 Ressursutnyttelse og behandlingsaktivitet i pasientforløp.....	7
<b>1.6 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge</b> .....	<b>9</b>
<b>1.7 Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>9</b>
1.7.1 New Public Management (NPM).....	10
1.7.2 Organisasjonsutforming.....	11
<b>1.8 Formål med studien</b> .....	<b>12</b>
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Design</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2 Begreper</b> .....	<b>14</b>
2.2.1 Ressursutnyttelse, produktivitet og effektivitet.....	14

2.2.2 Semistrukturert intervju av behandlere.....	15
2.2.3 Semistrukturert intervju av inntaksteam.....	16
<b>2.3 Materiale.....</b>	<b>16</b>
2.3.1 Ansatte ved NLSH Lofoten BUP.....	16
2.3.2 Opptaksområde og dekningsgrad.....	17
2.3.3 Studiepopulasjon og responsrate.....	18
<b>2.4 Datainnsamling.....</b>	<b>18</b>
2.4.1 Tidsrom.....	18
2.4.2 Protokoll og praktisk gjennomføring.....	18
<b>2.5 Analyser.....</b>	<b>19</b>
<b>3.0 RESULTATER.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Mottaksfasen.....</b>	<b>21</b>
3.1.1 Henvisningens innhold og kvalitet.....	21
3.1.2 Inntaksteamets form og ansvarsområde.....	22
3.1.3 Rettighetsvurdering/prioritering.....	23
3.1.4 Vurderingssamtaler.....	25
<b>3.2 Tiltaksoppfølging.....</b>	<b>26</b>
3.2.1 Fordelingsmodell – ”Vi biter oss selv i halen uansett”.....	26
3.2.2 Kapasitetsvurderinger ved inntak.....	28
3.2.3 Kompetansevurderinger ved inntak.....	29
<b>3.3 Hjelpemidler ved utredning.....</b>	<b>31</b>
3.3.1 Utredningsplan/mal.....	31
3.3.2 Utredningsverktøy – Kan vi bestemme oss snart?.....	32
<b>3.4 Diagnostisering.....</b>	<b>33</b>

<b>3.5 Samarbeid/tverrfaglighet ved utredning</b> .....	34
3.5.1 Internt samarbeid/tverrfaglighet ved utredning.....	34
3.5.2 Eksternt samarbeid/tverrfaglighet ved utredning.....	34
<b>3.6 Planmessighet i behandling</b> .....	35
<b>3.7 Avslutning av saker</b> .....	36
<b>4.0 DISKUSJON</b> .....	37
<b>4.1 Hvordan oppfattet behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved inntak?</b> .....	37
4.1.1 Ressursutnyttelse i mottaksfasen.....	37
4.1.2 Ressursutnyttelse ved tiltaksoppfølging.....	41
<b>4.2 Hvordan opplever behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved utredning?</b> .....	44
4.2.1 Hjelpemidler ved utredning.....	44
4.2.2 Diagnostisering.....	46
4.2.3 Samarbeid/tverrfaglighet ved utredning.....	48
<b>4.3 Hvordan opplever behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved behandling?</b> .....	52
<b>4.4 Hvordan opplever behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved avslutning?</b> .....	54
<b>4.5 Formalisering og autonomi</b> .....	56
<b>5.0 OPPSUMMERING OG METODEDISKUSJON</b> .....	60
<b>5.1 Hvordan oppfattet poliklinikken egen ressursutnyttelse og dens innvirkning på poliklinikkens ventetider</b> .....	60

<b>5.2 Metodediskusjon</b> .....	63
5.2.1 Valg av problemstilling.....	63
5.2.2 Utvalg.....	65
5.2.3 Gjennomføring.....	65
5.2.4 Studiens validitet/reliabilitet.....	66
<b>REFERANSELISTE</b> .....	68

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1: Figuroversikt over definisjoner på ventetid

Vedlegg 2: Ventetider til utredning/behandling i psykisk helsevern for barn og unge

Vedlegg 3: Produktivitetsindikatorer

Vedlegg 4: Intervjuguide behandlere

Vedlegg 5: Intervjuguide inntaksteam

Vedlegg 6: Organiseringsmodeller av inntak



## **FIGUROVERSIKT**

Figur 1.0 Flytdiagram for behandling i BUP.....	1
Figur 1.7 Leavitts systemmodell (1965).....	11

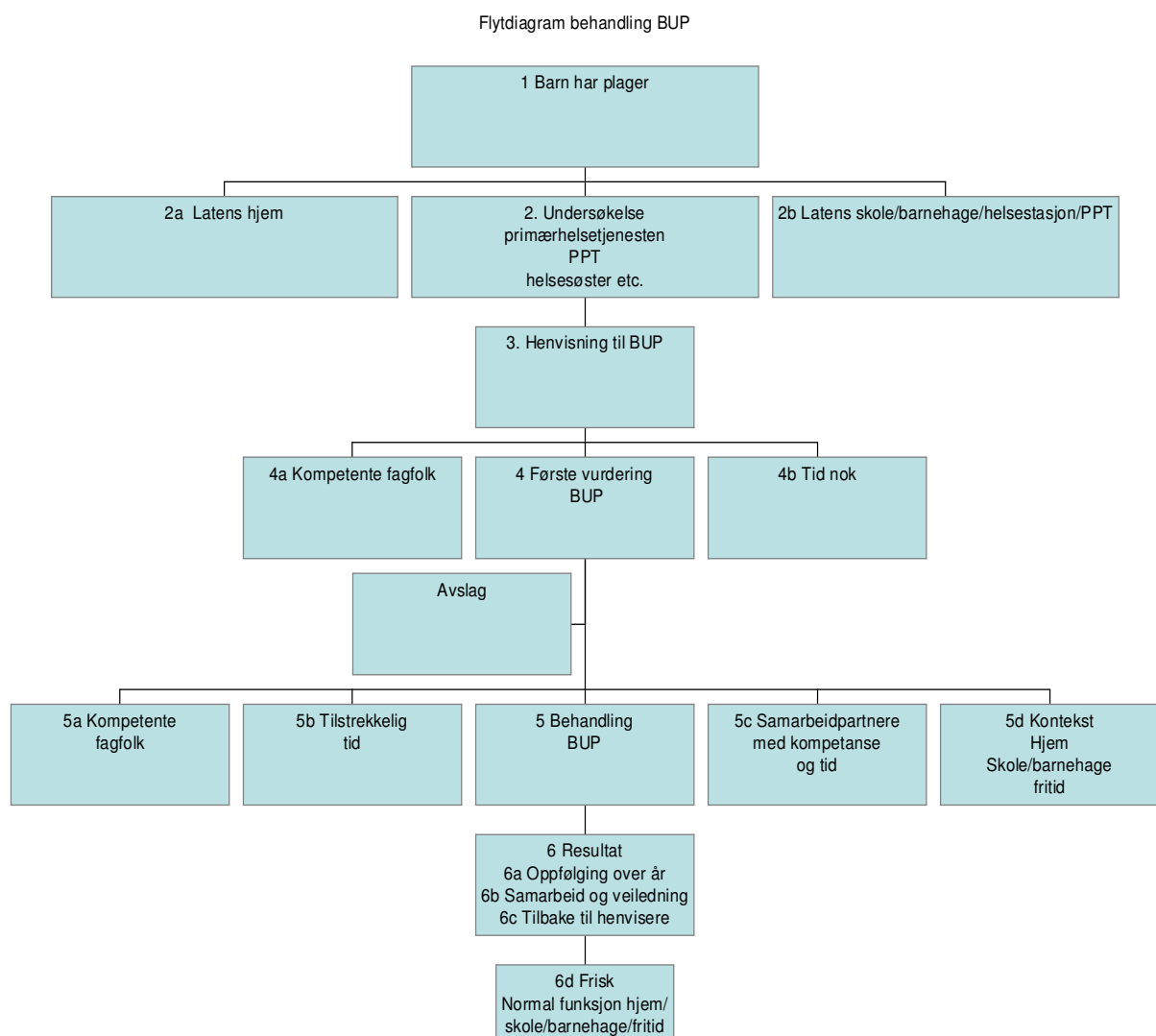
## **TABELLOVERSIKT**

Tabell 1.4 Fristbrudd.....	5
Tabell 2.3: Utvalgets stillingsoversikt.....	17
Tabell 3.0 Temaer, koder og undergrupper.....	21
Tabell 3.1 Mottaksfasen.....	25
Tabell 3.2 Tiltaks-oppfølging.....	30
Tabell 3.3 Hjelpemidler ved utredning.....	32
Tabell 3.4 Diagnostisering.....	33
Tabell 3.5 Samarbeid/tverrfaglighet ved utredning.....	34
Tabell 3.6 Planmessighet i behandling.....	36
Tabell 3.7 Avslutning av saker.....	36

# 1.0 Introduksjon

Den overordnede hensikt med studien var å undersøke forhold som kunne bidra til bedre ressursutnyttelse og en bedre overholdelse av ventetidsgarantien i psykisk helsevern for barn og unge. Ressursutnyttelse er forholdet mellom ressursbruk og målsetting (i denne studien nedkorting av ventetid). Ressurser kan være økonomi, behandlere, metode osv. (Agle dal, 2006). I hovedtrekk kan veiene gjennom behandlingsapparatet fremstilles som i flytdiagrammet i figur 1:

Figur 1.0 Flytdiagram for behandling i BUP



Inntaket kan deles opp i følgende komponenter (Hatling & Magnussen, 2000):

- vurdering av hvilken type problem pasienten representerer, og om pasienten bør gis rett til helsehjelp eller ikke.
- vurdering av og fristsetting i forhold til rett til helsehjelp
- Vurdering av hvordan man bør legge opp tilnærmingen på kort og lang sikt
- vurdering av hvilken behandler som bør følge opp saken videre

De to første punktene kan benevnes som *mottaksfasen*, mens de to siste omfatter *tiltaksoppfølging*. I psykisk helse for barn og unge er ikke skillene mellom utredning og behandling ikke alltid like tydelig. *Utredning* er i utgangspunktet en avklaring av helsehjelpbehov som skal ligge til grunn for diagnostisk vurdering og behandling (Helsedirektoratet, 2008), men overlapper ofte med behandlingstiltak.

## **1.1 Aktuelle helsepolitiske mål for ventetidsgarantien**

Problemstillingen står i en helsepolitisk sammenheng, da ventetidsgaranti er en av flere helsepolitiske strategier for å kvalitetssikre behandlingstilgjengelighet, ressursutnyttelse og effektivitet. Det foreligger riktignok lite helsetjenesteforskning som har forsøkt å finne svar på hvordan man konkret kan redusere ventetid innen gitte rammer.

Stortingsmelding nr. 25 (1996- 1997) ”Åpenhet og helhet - psykiske lidelser og tjenestetilbudene” bidro i stor grad til å sette ventetid og ressursutnyttelse på den politiske dagsordenen. Meldingen dokumenterte et stort behov for å utbedre tjenestene.

Stortingsmeldingen ble fulgt av opptrappingsplan for psykiske helse 1999 - 2006 (St. prp. nr. 63, 1997-1998) om forebygging og tidlig hjelp. Dette forutsatte en kraftig utbygging av psykisk helsevern med økt kapasitet og effektivisering. Regjeringen forsterket

opptrappingsplanen ytterligere i 2003 med 100 konkrete tiltak for barn og unge.

Strategiplanen vektla: a) bedre utnyttelse av ressursene for økt produktivitet i poliklinikkene<sup>1</sup>, b) nedsatt ventetid for barn og unge<sup>2</sup> og c) bruk av kvalitetsindikatorer for å ivareta forbedring ut fra målene i opptrappingsplanen<sup>3</sup>.

Den tallfestede målsetningen til opptrappingsplanen var å gi et behandlingstilbud til fem (5) prosent av befolkningen under 18 år<sup>4</sup>, mens antall direkte og indirekte tiltak per fagårsverk ved poliklinikkene skulle økes med 50%.

## 1.2 Ventetidsgaranti

Pasientrettighetsloven<sup>5</sup> slår fast at pasienten har *rett til nødvendig helsehjelp* fra spesialisthelsetjenesten dersom ”pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt” (prioriteringsveileder, 2009).

Ventetidsgarantien er en pasientrettighet og garanti for vurderingstid og ventetid på behandling for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet.

Forskriften ble innført i spesialisthelsetjenesten fra 01. september 2008. Bakgrunnen for garantien var Helse- og omsorgsdepartementets rapport *Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer* (Agleddal, 2006) og tilknyttede høringsuttalelser.

## 1.3 Vurderingstid og ventetid på behandling

I forskriften til ventetidsgarantien beskrives *vurderingstid* som tiden fra en henvisning registreres som mottatt ved poliklinikken til vurdering av rett til helsehjelp er registrert.

---

<sup>1</sup> Regjeringens strategiplan, tiltak 62

<sup>2</sup> Regjeringens strategiplan, tiltak 72

<sup>3</sup> Regjeringens strategiplan, tiltak 63

<sup>4</sup> Begrepet *dekningsgrad* benyttes videre for å beskrive andel av befolkningen under 18 år som til enhver tid blir behandlet i psykisk helsevern for barn og unge

<sup>5</sup> LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Vurderingstiden skal ikke overstige ti (10) virkedager (14 kalenderdager)<sup>6</sup>. Vurderingsfristen (10 dager) er overholdt hvis pasientens helseproblem og evt. behandlingsbehov er avklart innen fristen. I løpet av vurderingsperioden er spesialisthelsetjenesten forpliktet til å vurdere henvisningen for å avgjøre om a) pasienten har rett til ”nødvendig” helsehjelp, b) pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til ”nødvendig” helsehjelp og c) pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

*Ventetid på behandling* er tiden fra vurderingsdato til primærbehandling<sup>7</sup>, og skal ikke overstige 65 virkedager (90 kalenderdager)<sup>8</sup>. Gis det rett helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-2, er behandlingsfristen overholdt hvis behandlingen er startet innen fristen på 65 dager.

#### **1.4 Resultater fra andre studier om ventetid**

Norsk pasientregister (NPR) og SAMDATA står for det meste av beregninger av ventetider innen psykisk helsevern. Både NPR og SAMDATA benytter formuleringen ”ventetid til første konsultasjon (Primærbehandling)”. Dette ventetidsmålet definerer ventetid som *tiden fra institusjonen/poliklinikken registrerer søknaden i postmottak til primærbehandling finner sted, eller skulle funnet sted om pasienten ikke møter* (Nasjonalt indikatorsett psykisk helsevern, 2008: N-012).

*Ventetid til første konsultasjon* i ulike helseforetak basert på sammenligninger innenfor like tertial i perioden 2006-2008 (NPR-IS-1572/2008; NPR- IS-10/2008) viste at Helse Vest hadde de høyeste *ventetidene til første konsultasjon*. I samme periode hadde Helse Sør-Øst de

---

<sup>6</sup> Vurderingsgaranti

<sup>7</sup> Den første personlige kontakt mellom pasient/foresatte og den aktuelle psykiatriske institusjonen. Kontakten skjer ved et møte ansikt til ansikt, og utgjør vanligvis starten på behandling. (Vurderingssamtaler og innlegging som Ø-hjelp blir ikke medregnet som primærbehandling.)

<sup>8</sup> Se vedlegg 1: figuroversikt over definisjoner på ventetid

laveste ventetidene i perioden. Helse Nord, det regionale helseforetak BUP Lofoten er underlagt, hadde en relativt stabil *ventetid til første konsultasjon* med variasjoner fra 78 til 87 dager i den samme perioden. Sammenligningene viste store regionale forskjeller i ventetid i enkelte tertial mellom de regionale helseforetakene<sup>9</sup>. Det var totalt en reduksjon på 8 dager i gjennomsnittlig ventetid i alle helseregioner når man sammenlignet tall fra 2. tertial i perioden 2007-2008, mens tall fra 1.tertial holdt seg på det samme nivået.

En pasientregistrering utført av SINTEF over en 14-dagersperiode våren 2008 fant en gjennomsnittlig ventetid til første konsultasjon på 72,2 dager i psykisk helsevern for barn og unge, hvor rettighetspasienter hadde en gjennomsnittlig ventetid til primærbehandling på 71,7 dager (Andersson, 2009). Det er viktig å poengtere at SINTEFs ventetid til første konsultasjon ikke differensierer mellom vurderingstid og ventetid fra primærvurdering til primærbehandling, men oppgir tall for den samlede ventetiden.

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) fra 2. tertial 2008 viser at fristbrudd på vurderingstid (10 dager) i psykisk helsevern for barn og unge har blitt mindre de siste tre årene (tabell 1).

<b>Pasientrettighet</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Andel med rett til nødvendig helsehjelp	71%	78%	87%
Brudd på vurderingsgaranti (10 dager)	28%	22%	16%
Brudd på behandlingsgaranti (65 dager)			23%

**Tabell 1.4:** Prosentvis antall fristbrudd på vurdering og behandling i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2006-2008 hvis ventetidsgaranti hadde vært innført for perioden (Tall hentet fra NPR-IS-1572/2008; NPR- IS-10/2008)

<sup>9</sup> Se vedlegg 2: Ventetider til utredning/behandling i psykisk helsevern for barn og unge

## 1.5 Ressursutnyttelse og behandlingsaktivitet

### 1.5.1 Målinger av ressursutnyttelse og behandlingsaktivitet

Ulike indikatorer har vært sentrale når det gjelder måling av produktivitet i poliklinikker for barn og unge i helsetjenesteforskning:

**a) Antall tiltak per fagårsverk:** Økning i *antall tiltak*<sup>10</sup> per fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge med 80 prosent i perioden 1998-2007, fra i gjennomsnitt 249 tiltak per behandler per år i 1998 til 448 tiltak per behandler i 2007 (SAMDATA, 2007 s. 23)<sup>11</sup>.

**b) Antall tiltak per pasient:** Økning i utførte tiltak per pasient på 47 prosent i perioden 1998-2007 (SAMDATA sektorrapport, 2007 s. 23)<sup>12</sup>.

**c) Antall pasienter per fagårsverk:** Antall pasienter per behandler økte med 20 prosent i perioden 1998-2007 (SAMDATA sektorrapport, 2007 s. 23).

**d) Dekningsgrad:** Tall fra Norsk pasientregisters rapport om aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge i 2007 viste en økning nasjonalt på 44 % behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 2003-2007 (NPR, 2007). SINTEF Helse (2008a) rapporterte en økning av behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn og unge på omlag 140 prosent i løpet av perioden 1998-2007.

Behandlingstilbudet til befolkningen under 18 år var ved utgangen av 2007 på landsbasis 4,5 prosent (NPR, 2007). Bare Helse Nord nådde målsetningen om en dekningsgrad på 5%.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Tiltak kan være direkte eller indirekte. Direkte tiltak er enten utredning, behandling eller kontroll (terapi, samtale og annen behandling). Indirekte tiltak omfatter møter, konsultasjoner ift andre instanser, annet indirekte arbeid.

<sup>11</sup> Se vedlegg 3: produktivitetsindikatorer

<sup>12</sup> Se vedlegg 3: produktivitetsindikatorer

<sup>13</sup> Befolkningstall fra SSB, befolkning i Norge under 18 år, pr. 1. januar 2007.

Dekningsgradmålet har blitt kritisert av riksrevisjonen (Dokument 3:7, 2006-2007 i SAMDATA sektorrappport, 2008), fordi dekningsgraden kunne økes ved å redusere behandlingfrekvensen, og strekke behandlingen ut over i tid. Slik ville flere pasienter bli regnet som under behandling det enkelte år, og dekningsgraden øke.

En alternativ analyse av produktivitetsutviklingen for perioden 1998 til 2007, hvor det også ble tatt hensyn til endret pasientsammensetning, ga et anslag på mellom 21 og 31 prosent produktivitetsvekst (Halsteinli, 2008), noe som var betydelig lavere enn hva som fremkom av datamaterialet innhentet av NPR/SAMDATA når de målte produktivitet som antall tiltak per fagårsverk.

### **1.5.2 Ressursutnyttelse og behandlingsaktivitet i pasientforløp**

Ressursutnyttelse relevant for nedkorting av ventetid kan identifiseres gjennom hele behandlingsforløp som vist i figur 1. En undersøkelse utført av SINTEF Helse (Andersson og Norvoll, 2006) fant at mange av de henvisningene BUP mottok fra kommunale instanser ga for få opplysninger til at BUP kunne vurdere om barnet/ungdommen hadde rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og for å avgjøre prioritet og hastegrad, og at bedre utredninger i kommunehelsetjenesten ville medføre at BUP kunne utnytte sine ressurser bedre. Det er også funnet stor innbyrdes variasjon mellom poliklinikker i forhold til ressursbruk ved inntaksprosedyrer (Hatling & Magnussen, 2000 s. 48-49).

Agledal-utvalget (2006) vektlegger i sin rapport ”tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer” at samhandling mellom første- og andrelinje er god ressursutnyttelse. Andersson (2009) fant at ”for få møteplasser” og ”samarbeidende instans



mangler ressurser” var de to områdene som hyppigst var rapportert som generelle årsaksfaktorer for samarbeidsvansker mellom BUP og andre instanser. Øvrige aktuelle barrierer var ”ulik faglig forankring”, ”ansvarsforskyvning”, ”uenighet i forståelse/iverksetting av tiltak”, ”mangler koordinator” og ”BUP mangler ressurser”.

I en undersøkelse utført av SINTEF Helse (Andersson og Norvoll, 2006) ble det funnet at 34 prosent av saker som ble akseptert for inntak hadde vært til vurderingssamtale. I høringsuttalelser i forbindelse med innføring av ventetidsgarantien vektla flere instanser viktigheten av å benytte vurderingssamtaler for å sikre god kvalitet og effektivitet i inntaksvurderingen (Ot.prp. nr. 53, 2006–2007). Det foreligger riktignok ingen studier som sier noe om hvorvidt bruk av vurderingssamtaler bidrar til bedre utnyttelse av ressurser ved inntak.

Fordeling av saker på behandlere i en poliklinikk skal ivareta mange hensyn relatert til god ressursutnyttelse. En studie har vist at pasientbelastning hos den enkelte behandler var den mest utslagsgivende faktor ved fordeling i psykisk helsevern for barn og unge (Hatling & Magnussen, 2000). God bruk av de ansattes kompetanse innebærer å legge til rette for at den enkelte kan arbeide med det han eller hun er best til, at høyt utdannet og spesialisert arbeidskraft primært får oppgaver hvor denne spesialkompetansen kommer til nytte (NOU 2000: 21).

I gjennombruddsprosjekt ”Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser (KEPP), reduserte flere poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge utredningstid betydelig, blant annet gjennom bruk av mal/plan for å strukturere utredning (Den norske legeförening, 2004-2005). Nasjonalt indikatorsett i psykisk helsevern for barne-

og ungdomspsykiatri (Helsedirektoratet, 2008: N-013) benytter ”andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne-og ungdomspsykiatri” som et kvalitetsmål i psykisk helsevern for barn og unge. Indikatoren uttrykker at nøyaktig diagnostikk er en av flere forutsetning for god ressursutnyttelse.

Hatling & Magnussen (2000) konkluderte med at det ikke forlån en uttalt konsensus rundt hva som skulle være behandlingsmålsetting for den enkelte pasient, og når det faglig sett var riktig å avslutte en konsultasjonsserie. De fleste praktiserte en utstrakt behandlerautonomi til å utforme og evaluere behandlingsmålsettinger. Den samme undersøkelsen identifiserte også tre hovedformer for avslutningsrutiner blant poliklinikker med svært ulik utforming og ressursbruk.

Disse studiene viser hvordan ressursutnyttelse og behandlingsaktivitet påvirkes av blant annet innhold i henvisninger, samhandling med andre instanser, rutiner ved inntaksvurderinger, bruk av vurderingssamtaler, hvilke hensyn som tas ved fordeling av pasienter på behandlere og grad av struktur ved utredning og behandling.

## **1.6 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge**

Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) stiller ingen formelle krav til hvem som kan vurdere om en pasient har rett til prioritert helsehjelp. Spørsmålet reguleres i kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 og helsepersonellovens § 4. Helsedirektoratet anbefaler at slike vedtak fattes i samråd med psykologspesialist eller psykiater for å oppfylle kravet til forsvarlighet. Den/de inntaksansvarlige skal vurdere henvisningene i forhold til rett til prioritert helsehjelp, om

henvisninger må avklares nærmere, og hvilke som avslås/avvises. Inntaksvurdering bør skje i direkte kontakt med pasient/foreldre

Veilederen beskriver at veien går via diagnose og spesifikk behandlingsplan, i samarbeid med pårørende og evt. andre instanser, til måloppnåelse og planlagt avslutning, basert på systematisk evaluering i forløpet (Helsedirektoratet, 2008).

## **1.7 Teoretisk referanseramme**

Det har vært en ambisjon i arbeidet med undersøkelsen og opprettholde en mest mulig induktiv tilnærming både i datainnsamling og analyse, mest mulig upåvirket av teori.

Underveis i arbeidet har det riktignok blitt tydelig at jeg implisitt har hatt noen teoretiske forutsetninger både i forforståelsen og underveis i bearbeiding og sammenfatning av materialet. Undersøkelsen er påvirket og influert av teori rundt temaer som New Public Management, organisasjonsutforming, beslutningsprosesser, kompetanse og organisasjonskultur.

### **1.7.1 New Public Management (NPM)**

*”Hver måned går jeg gjennom folks bruk av ressurser, altså hvor mye har hver enkelt gjort, hvor mange timer har hver enkelt hatt” (Sitat fra avdelingsleder)*

Dette sitatet fra undersøkelsen demonstrerer et fokus på ressursutnyttelse, hvor kostnadseffektivitet i helsevesenet står sentralt i helsepolitiske mål og reformarbeid, med et mål om å bedre behandlingskvalitet og bremse utgiftsvekst. Helsesektoren har i økende grad blitt påvirket av bedriftsmodellen med etablering av helseforetak med egne styrever, fritt sykehusvalg og styringssystemer basert på prinsipper om mål- og resultatstyring og innføring

av modeller for enhetlig ledelse (Byrkjeflot, 2004). Denne styringsideologien er gradvis innført i helesektoren og innebærer 1) innføring av skille mellom helsepolitikk og driften av helestjenestene, 2) økt bruk av økonomiske virkemidler, 3) økt vekt på lederfunksjoner, 4) større vekt på måling av resultater samt 5) større vekt på kundeaspektet gjennom vektlegging av rettigheter og valgfrihet for pasienter og brukere (Mo, 2006). NPM kan identifiseres som det styringsideologiske grunnlaget for den såkalte sykehusreformen<sup>14</sup> som ble iverksatt 01.januar 2002 (Vareide, 2001). Ventetidsgarantien i psykisk helsevern kan betraktes som et reformelement innenfor NPM, hvor måling av resultater gjennom fristbrudd og vektlegging av pasientrettigheter benyttes for å skape en mer produktiv og tilgjengelig bruk av ressurser.

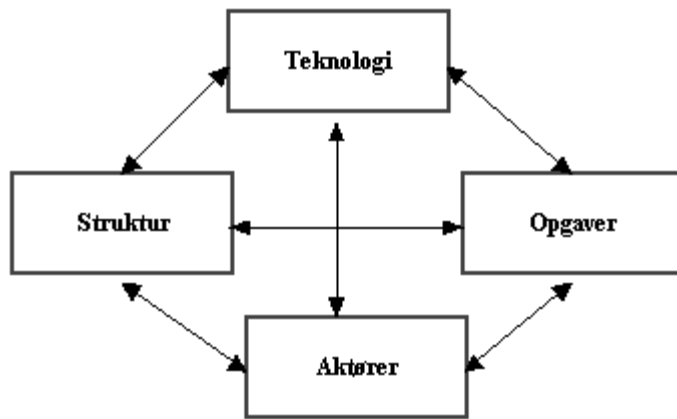
Evidensbasert helsepolitikk og medisin brukes som elementer innenfor NPM. Helsetilsynets veiledende anbefalinger og retningslinjer for evidensbasert praksis, utvikling av kvalitetsindikatorer og ikke minst innføringen av ventetidsgaranti er eksempler på dette. Kunnskapsmodell og styringsideologi legger føringer på behandlernes arbeid, og påvirker hvordan behandlere ved BUP Lofoten opplever egen og andres ressursutnyttelse i arbeidet.

### **1.7.2 Organisasjonsutforming**

Leavitts systemmodell (figur 2.2) er ofte benyttet som utgangspunkt for drøfting av hvordan ulike fenomener og problemer i organisasjoner henger sammen (gjengitt i Bakka, Fivelstad og Nordhaug, 2004).

---

<sup>14</sup> Lov om helseforetak



*Figur 1.7 Leavitts systemmodell (1965)*

Denne undersøkelsen tok utgangspunkt i det Leavitt betegner som aktører i sin systemmodell, gjennom å undersøke behandlernes forhold til oppgaver, struktur og teknologi.

En organisasjon kjennetegnes ved at den er bestående av en viss grad av formalisering gjennom skrevne regler og instruksjoner, organisasjonsplaner og juridiske føringer. I tillegg vil en organisasjon inneholde en viss grad av kompleksitet som forutsetter koordinering og samordning. Organisasjoner innebærer at aktivitetene er ordnet og innrettet mot å nå bestemte mål (Bakka, Fivelstad og Nordhaug, 2004, s. 18-19).

## **1.8 Formål med studien**

Spesifikt ønsket undersøkelsen å belyse hva behandlere ved NLSH Lofoten BUP oppfattet som god og/eller dårlig ressursutnyttelse for kortere ventetid i poliklinisk arbeid med barn og unge. I flytdiagrammet studerte denne undersøkelsen prosessene fra nivå 3 til 4, fra nivå 4 til 5 og fra nivå 5 til 6. Det presiseres at undersøkelsen var interessert i å belyse informantenes oppfatning av både barrierer for ressursutnyttelse og faktorer som kunne bidra til god ressursutnyttelse. Behandlernes opplevelser av ressursutnyttelse var hovedfokus i denne oppgaven for å kunne si noe om hvordan ventetidsgaranti som sentralinitiert styringssignal kunne imøtekommes ved BUP Lofoten.

Hovedspørsmål:

1. HVORDAN OPPFATTET POLIKLINIKKEN EGEN RESSURUTNYTTELSE OG  
DENS INNVIRKNING PÅ POLIKLINIKKENS VENTETIDER?

Hovedproblemstillingen ble spisset til følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan oppfattet behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved inntak?
2. Hvordan oppfattet behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved utredning?
3. Hvordan oppfattet behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved behandling?
4. Hvordan oppfattet behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved avslutning?

## 2.0 Metode

### 2.1 Design

Kvalitative, semistrukturerte intervju er brukt for å hente informasjon av den enkelte BUP-behandler. I tillegg ble det avholdt et semistrukturert intervju av poliklinikkens inntaksteam. Intervjuundersøkelsen ble gjennomført etter syv fastlagte stadier: tematisering; planlegging; intervju; transkribering; analyse; verifisering; rapportering (Kvale 2002).

### 2.2 Begreper

#### 2.2.1 Ressursutnyttelse, produktivitet og effektivitet

*Ressursutnyttelse* er allerede omtalt som forholdet mellom ressursbruk og målsetting (i denne studien nedkorting av ventetid), hvor *ressurser* kan være økonomi, behandlere, behandlingsmetode osv. (Agleddal, 2006). Helsedirektoratet definerer på sin nettside ressursutnyttelse i helsesektoren som ”..tjenestens evne til å utnytte ressursene effektivt i forhold til målsetting om reduksjon av symptombelastning, økt livskvalitet, deltakelse i samfunnet og mestring”.

Begrepet *produksjon* forstås her som fremstilling av helsetjenester, mens *produktivitet* forstås som forholdet mellom produksjon og ressursbruk (Halsteinli, 2008). Produktivitet viser altså til hvor mye fremstilling av helsetjenester virksomheten får ut av gitte ressurser.

*Effektivitet* defineres som i hvilken grad det er overensstemmelse mellom de målene man har, og de resultatene man faktisk oppnår (Mahoney, 1990). I mange sammenhenger benyttes begrepet *effektivitet* som forholdet mellom faktisk og best oppnåelige produktivitet (Bjørn, Iversen og Hagen, 2003: SAMDATA sektorrapport, 2003). I praksis betyr dette at produktivetsmålene normeres, slik at optimal produktivitet blir 100 og nivåer lavere enn

dette kan gis en tolking som prosent måloppnåelse. Dersom ressursbruken for å oppnå et mål måles som totale kostnader, er det vanlig å referere til dette som *kostnadseffektivitet*. Dersom ressursbruken måles som fysiske innsatsfaktorer<sup>15</sup>, benyttes begrepet *teknisk effektivitet*. Dette vil kunne støte mot den medisinske forståelse av begrepet effektivitet som er nært koblet til begrepet effekt. Undersøkelsen vil derfor avgrense effektivitetsbegrepet til å beskrive forholdet mellom ressursbruk og helse, mens produktivitetsbegrepet benyttes for å beskrive forholdet mellom ressursbruk og helsetjenester.<sup>16</sup>

Betegnelse "behandler" og "informant" brukes om hverandre i denne undersøkelsen med samme underliggende betydning, og referer til behandlere ved BUP Lofoten.

### **2.2.2 Semistrukturert intervju av behandlere**

Semistrukturert intervju er en metode som benyttes for å få tak i et detaljert bilde av tanker, persepsjoner og opplevelser av ulike tema, og som samtidig åpner opp for mer fleksibilitet for intervjuer og informanten til å følge opp interessante tema som oppstår i løpet av intervjuet (Smith, 1995). Det er dermed viktigere å fange opp bredden av tema enn å redusere responser til kvantitative kategorier.

Ved intervju av behandlerne ble det anvendt en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden var blant annet basert på avholdt idédugnad med BUP-ansatte behandlere i undersøkelsens innledende fase, hvor behandlernes assosiasjoner til inntak og ventetid ble skriftliggjort og gruppert i kategorier for å utlede tema til intervjuguide. I utforming av intervjuguiden ble det lagt vekt på åpne spørsmålsformuleringer. Intervjuguiden ble ikke endret underveis. De åpne spørsmålsformuleringer ble utdypet med flere stikkord for å kunne

---

<sup>15</sup> arbeidskraft, kapital etc.

<sup>16</sup> Se Kittelsen og Førstund (2001) for en nærmere gjennomgang av effektivitetsbegreper og empiriske analyser i norsk sammenheng.



følge opp og utdype ulike tema ytterligere. Åpne spørsmål ga respondenten mulighet til å utdype sine tanker og fortelle spontant om opplevelser relevant for temaet, utover spørsmålsstillingen. Gradvis gikk intervjuene mer inn på hvordan den enkelte behandler arbeidet, både i forhold til sine pasienter og interne/eksterne samarbeidspartnere. Slik gradvis utbygging av tematikken i intervjuet åpnet opp for både dybde og bredde.

Oppgaven har lagt vekt på å få sammenlignbare opplysninger, og derfor i stor grad fulgt intervjuguiden. Avdelingsoverlege ved poliklinikken bisto undertegnede i den tidlige utformingen av intervjuguide for dette intervju, og ble derfor utelatt fra dette utvalget.

### **2.2.3 Semistrukturert intervju av inntaksteam**

Dette intervjuet ble planlagt på grunn av inntaksteamets sentrale rolle i inntak, prioritering og fordeling av pasienter, for eventuelt å bidra med tilleggsinformasjon som kanskje ikke ville komme frem i de individuelle intervjuene. Det ble benyttet en tilpasset semistrukturert intervjuguide for dette intervjuet (vedlegg 5). Inntaksteamet bestod av én overlege og én klinisk sosionom, begge med lang erfaring med inntaksarbeid.

## **2.3 Materiale**

### **2.3.1 Ansatte ved NLSH Lofoten BUP**

Poliklinikken hadde på tidspunktet for undersøkelsen elleve (11) godkjente fagstillinger, hvorav 9,3 av fagstillingene var besatt (tabell 2.3).

Tabell 2.3: aktuelle stillinger, stillingsandel og hvem som ble intervjuet i undersøkelsen

Stillinger	Stillingsandel	Individuelle intervju	Intervju av inntaksteam
Psykiater/avd.overlege	100 %		x
Ass.lege	80 %	x	
Psykolog	100 %	x	
Nevropsykolog	50 %	x	
Pedagog	100 %	x	
Pedagog	100 %	x	
Familieterapeut	50 %		
Klinisk sosionom	100 %	x	x
Klinisk sosionom	100 %	x	
Vernepleier	100 %	x	
Miljøterapeut	50 %		
<b>SUM</b>	<b>930%</b>	<b>8</b>	<b>1</b>

Merkantil organisering ved poliklinikken var ivaretatt av to og en halv sekretærstillinger, med tilholdssted fordelt på poliklinikkens to hovedkontor<sup>17</sup>. Merkantil personell utgjør ikke en del av denne undersøkelsen.

### 2.3.2 Opptaksområde og dekningsgrad

Poliklinikkens dekningsområde var Lofoten-regionen, med kommunene Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan. Den samlede befolkningen i opptaksområdet for NLSH Lofoten BUP var per 01.01.08 på 22.212 i følge SSB. Av den samlede befolkningen utgjorde 5559 barn og ungdom i alderen 0-18. Med 9,3 behandlerstillinger er det 598 barn i opptaksområdet pr. besatt behandlerstilling. I følge opptrappingsplanens mål om dekningsgrad på 5% burde

<sup>17</sup> Svolvær og Gravdal

omlag 278 barn og unge ha et tilbud ved BUP Lofoten til enhver tid. Hver behandlerstilling burde etter denne beregningen ha i overkant av 30 pasienter i behandling til enhver tid.

### **2.3.3 Studiepopulasjon og responsrate**

Ingen av de forespurte behandlere svarte nei til å delta på intervjuundersøkelsen.

Undersøkelsen omfattet åtte (8) individuelle semistrukturerte intervju og ett (1) semistrukturert intervju av inntaksteam. Avdelingsoverlege ble utelatt fra undersøkelsen i de individuelle intervju på bakgrunn av hans deltakelse i utforming av prosjektbeskrivelse og intervjuguide. Klinisk sosionom i inntaksteam ble derimot intervjuet individuelt utenom sin rolle i inntaksteam. Én behandler ble utelatt fra undersøkelsen på grunn av sin rolle som familierapeut i 50% stilling uten pasientansvar for egne pasienter. I tillegg var hovedoppgavens forfatter akkurat ansatt i 50% stilling som miljøterapeut på tidspunkt for undersøkelsen, og ble av hensyn til reliabilitet og validitet utelatt fra undersøkelsen.

## **2.4 Datainnsamling**

### **2.4.1 Tidsrom**

Gjennomføring av intervju foregikk i perioden 01.06.08-01.08.09, fordelt etter når hver enkelt behandler hadde tid til å bli intervjuet.

### **2.4.2 Protokoll og praktisk gjennomføring**

Intervjuene ble foretatt på de ansattes arbeidsplasser. Alle individuelle intervju ble gjennomført først, deretter intervju av inntaksteam. Alle intervju ble administrert av oppgavens forfatter. Informantene fikk muntlig informasjon om prosjektet og om hva undersøkelsen gikk ut på. Det ble opplyst om at intervjuet ble tatt opp på bånd og at innhold ville anonymiseres i oppgaven slik at det ikke ville være mulig å gjenkjenne hverken ansatte

eller institusjoner. Intervjuene ble tatt opp på et digitalt lydopptaksprogram (Audacity 1.2.6). Både lydopptak og transkriberinger har vært oppbevart i verdiskap og kun vært tilgjengelig for oppgavens forfatter.

Intervjuene ble transkribert i Microsoft Word, alle i sin helhet av oppgavens forfatter.

Undersøkelsen var i hovedsak interessert i hva som foregikk på makronivå, og tok for gitt at det som ble sagt refererte til informantens opplevelse av virkeligheten. Det ble dermed ikke lagt vekt på faktorer som dialekt, pauser, gester og andre aspekter som kan være viktige i en dypere psykologisk tolkning som leter etter bakenforliggende meninger i det som blir sagt. Før analyse av de transkriberte intervjuene utgjorde råmaterialet 128 sider tekst.<sup>18</sup>

## 2.5 Analyser

Analysen har benyttet analysemetoden ”systematisk tekstkondensering”, en kvalitativ fenomenologisk analyse inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Giorgi, 1985), modifisert av Kirsti Malterud (Malterud, 2003). Metoden har likhetstrekk med analysemetode beskrevet i Grounded theory (Strauss & Corbin, 1990). Systematisk tekstkondensering er et velegnet redskap for tverrgående analyse, og er tilpasset sammenfatning av informasjon fra mange informanter (Malterud, 2003).

I første trinn av analysen ble det vektlagt å bli kjent med materialet for å få et helhetsinntrykk. En naturlig tematisk inndeling ble tidlig identifisert, som representerer innhold relevant i forhold til forskningsspørsmål: 1. ressursutnyttelse ved inntak, 2. ressursutnyttelse ved utredning/ behandling og 3. ressursutnyttelse ved avslutning. I andre trinn av analysen ble materialet gjennomgått linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Det ble da

---

<sup>18</sup> Times New Roman, halvannen linjeavstand, skriftstørrelse 12.

valgt ut tekst som inneholdt relevant informasjon fra første trinn som sa noe om ressursutnyttelse ved poliklinikken.

De meningsbærende enhetene ble videre dekontekstualisert i syv (7) *koder* – meningsbærende enheter som hadde noe til felles. Hver kode ble gitt en farge og etter hvert klippet ut av råmaterialet for å gi mer oversikt. Samtidig ble en lagret versjon av det originale materialet beholdt. I analysens tredje trinn ble de enkelte kodegruppene videre bearbeidet som egne enheter. På bakgrunn av et rikt og relevant materiale i kodegruppene ble det identifisert *undergrupper* som beskrev forskjellige meningsaspekter og nyanser innenfor flere av kodene. Tilslutt ble innholdet i kodene og undergruppene sammenfattet i resultatpresentasjoner, og vurdert opp mot deres forankring og lojalitet til råmaterialet.

## 3.0 Resultater

Dekontekstualisering ga følgende temaer, koder og undergrupper, fremstilt i tabell 3.0:

Tabell 3.0 Temaer, koder og undergrupper

Tema	Koder	Undergrupper
Inntak	3.1 Mottaksfasen	3.1.1 Henvisningens innhold og kvalitet
		3.1.2 Inntaksteamets form og innhold
		3.1.4 Rettighetsvurdering
		3.1.3 Bruk av vurderingssamtale
	3.2 Tiltaksoppfølging	3.2.1 Fordelingsmodell
		3.2.2 Kapasitet
		3.2.3 Kompetanse
Utredning/behandling	3.3 Hjelpemidler ved utredning	3.3.1 Utredningsplan/utredningsmal
		3.3.2 Utredningsverktøy
	3.4 Diagnostisering	
	3.5 Samarbeid/ tverrfaglighet ved utredning	3.5.1 Internt samarbeid/tverrfaglighet
		3.5.2 Eksternt samarbeid/tverrfaglighet
	3.6 Planmessighet i behandling	
Avslutning	3.7 Vi får ikke avsluttet raskt nok	

\*nummer på koder og undergrupper tilsvarer nummer i resultatdelen

Følgende begreper benyttes for å tydeliggjøre utsagn og ytringers styrke blant informantene:

*alle* = 8; *de fleste* = 5-7; *noen* = 2-4; *inntaksteam*: en eller begge representanter fra

inntaksteam. Fremstillingen av resultatene oppsummeres også i egne tabeller for hver kode

(3.1-3.7).

### 3.1 Mottaksfasen

#### 3.1.1 Henvisningens innhold og kvalitet

*”Det er ikke noe som systematisk mangler. Ofte er det gode henvisninger fra de fleste”*

*Sitat fra inntaksteam*

Inntaksteam beskrev at det forelå gode rutiner for håndtering av henvisninger med mangelfull informasjon, og at det sjelden var behov for å sende ufullstendige henvisninger i retur.

Inntaksteam beskrev en positiv utvikling vedrørende henvisningers relevans og innhold den seneste tiden før intervjuet, noe de forklarte ut i fra økende dialog og samarbeid med fastleger i dekningsområdet rundt behov ved henvisning og bruk av henvisningsskjema. Inntaksteam opplevde at det forelå få henvisninger hvor vurdering av rett til helsehjelp ikke ble tilfredsstillt, noe de tok som et bevis på at de henvisninger de fikk var relevante for det tjenestenivå de opererte på. Inntaksteam uttrykte at det forelå et potensial for forbedring på følgende områder vedrørende henvisningers innhold og kvalitet: a) utprøvede/nåværende tiltak i kommunehelsetjenesten; b) opplysninger om foreldreansvar/samtykke; og c) vurdering av alvorlighetsgrad for henvisningsårsak. Mangel på informasjon på disse områdene kunne oppleves som en barriere for god og effektiv vurdering av rett til helsehjelp

### **3.1.2 Inntaksteamets form og ansvarsområde – ”Vi blir ikke kvitt saken”**

Ved ufullstendige henvisninger innhentet merkantilt personell de nødvendige opplysningene, enten via telefon eller ved å sende beskjed om hvilke mangler som forelå. Når alle nødvendige opplysninger forelå kom henvisningene opp på en liste over registrerte saker som ble tatt opp i inntaksteamet en gang i uken. NLSH Lofoten BUP benyttet på tidspunktet for undersøkelsen et inntaksteam for å ivareta inntaksvurdering av rett til helsehjelp. Dette inntaksteamet hadde de siste årene hatt ulik sammensetning, men hadde i lengre perioder hovedsaklig bestått av avdelingsleder/overlege, en klinisk sosionom med lang erfaring på inntaksvurderinger og en sekretær. Sekretær registrerte henvisningen, og la opplysninger inn i journalsystemet. I noen tilfeller hvor problematikk og alvorlighetsgrad var uklart innkalte inntaksteamet til vurderingssamtale. Henvisninger ble ukentlig gjennomgått for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp i henhold til prioriteringsforskriftene med eventuell frist for

utredning/behandling, og henvisningene ble satt på en intern venteliste. Ved inneværende rutine var det inntaksteamet som gjorde hele inntaksvurderingen med prioritering og fastsettelse av frist, samt bidro med forslag til saksfordeling mellom behandlerne i et felles teammøte hvor behandlere kunne ta stilling til fordeling.

Alle behandlere som uttalte seg om inntaksteamets form og ansvarsområde var tilfreds med den gjeldende organiseringen. Enkelte behandlere mente at det var sårbart med bare to personer i inntaksteam, at en ansatt med lederansvar burde sitte i inntaksteam og at inntaksteamets arbeid var for lukket. Inntaksteam beskrev at det var vanskelig å få behandlere til å ta nye saker i perioder med stor pågang av henvisninger, noe som ifølge inntaksteam ofte resulterer i at de selv måtte påbegynne saker for å overholde frister. Dette ble opplevd som en stor påkjenning for representantene i inntaksteamet.

*”Det har vært vanskelig å få gehør for at det er nødvendig at folk tar nye saker, at det ikke blir vi i inntaksteamet som må ta de sakene på grunn av fristoverskridelser... at vi skal jobbe ræva av oss”*

*(Sitat fra inntaksteam)*

### **3.1.3 Rettighetsvurdering/prioritering**

Inntaksteamet hadde opplevd at ventetidsgarantier og fokus på fristbrudd hadde forenklet inntaksvurderinger, da kapasitetshensyn hadde kommet mer i bakgrunnen. Inntaksteamet opplevde at vurderingsfrist på ti (10) dager var vanskelig å overholde når det skulle avholdes vurderingssamtaler, men uttrykte ingen særlige vanskeligheter med å overholde vurderingsfrist når vurdering ble gjort på ukentlig inntaksteam møte.

Inntaksteamet uttrykte at det sjelden ble avvist henvisninger ved inntaksvurderingen, men at det kunne skje hvis alvorlighetsgraden ikke var særlig stor, hvis henvisningen bare beskrev



problematikk som falt utenfor det psykiatriske fagfeltet eller hvis henvisningen beskrev problematikk som kommunehelsetjenesten kunne ivareta. Inntaksteamet og noen behandlere stilte seg riktignok spørrende til om denne vurderingen var for lite kritisk og avgrensende jfr. prioriteringsforskriftene.

*”For vi tar inn stort sett alle, og jeg tror at det er mange poliklinikker i tilsvarende situasjoner som legger den listen for å få behandlingsgaranti et annet sted enn vi”*

*Sitat fra inntaksteam*

Både inntaksteamet og noen behandlere uttrykte bekymring for at denne åpenheten i inntaksvurderingen dekket over for arbeidsoppgaver som burde vært utført i kommunehelsetjenesten, og at dette opptok mye av poliklinikkens kapasitet. Noen behandlere og inntaksteam mente at en åpen inntaksvurdering hadde sammenheng med erfaringer om at kommunehelsetjenesten ikke hadde nødvendig kapasitet eller kompetanse til å ivareta saker som ble avvist av BUP. Både enkelte behandlere og inntaksteamet uttrykte bekymring for at avviste henvisninger kom i retur etter en periode, og da ofte med en vanskeligere livssituasjon og forverring i symptombelastning. Inntaksteamet poengterte riktignok en opplevelse av at få henvisninger kunne avvises da alvorlighetsgrad som regel ga rett til prioritert helsehjelp, og at henvisningene fra kommunehelsetjenesten i mindre grad var sammensatt av henvisninger som ikke hadde rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Inntaksteamet beskrev at det var vanskelig å vurdere punkt i prioriteringsforskriftene som presiserer at de forventede kostnadene skal stå i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Det kom også frem både i intervju med inntaksteam og med en behandler med erfaring fra inntaksvurderinger at inntaksteamets vurdering i større grad burde dokumenteres og

begrunnes som et enkelt notat i journalen, noe som ble opplevd som et positivt bidrag i forhold til fordeling og videre planlegging av inntaket.

### 3.1.4 Vurderingssamtaler

Inntaksteam anslo at vurderingssamtaler ble gjennomført på omtrent en av fem henvisninger (20%), og at gode henvisninger hadde ført til mindre behov for slike samtaler. Inntaksteamet benyttet vurderingssamtaler når de skulle avklare alvorlighetsgrad, når opplysninger var vage og for å avklare andre instansers engasjement.

Felles for de fleste informantene var en opplevelse av at vurderingssamtaler opptok mye klinisk kapasitet. Inntaksteamet uttrykte også at vurderingssamtaler var vanskelig å gjennomføre med vurderingsfrist på ti dager, hvor både klient, foreldre og aktuelle samarbeidende instanser kunne møte samtidig, og at man risikerte lange ventetider på vurderingssamtale med påfølgende fristbrudd på vurderingsgarantien.

*”Hvis vi skulle følge veilederen til punkt og prikke og fortrinnsvis ha vurderingssamtaler med alle, det har vi jo hatt tidligere, men da ser vi at det blir veldig lang ventetid på vurderingssamtaler, og vi binder opp mye klinisk kapasitet på det, på en liten klinikk”*

*(Sitat fra inntaksteam)*

Noen informanter uttrykte i tillegg at det i større grad burde settes en tentativ diagnose etter vurderingssamtaler.

<b>Tabell 3.1 Mottaksfasen</b>	
<b>Henvisningenes innhold og kvalitet</b>	Gode rutiner for håndtering av henvisninger med mangelfull informasjon, og forbedring av henvisninger etter samarbeid med fastleger (inntaksteam)
	Som oftest relevante og fullstendige henvisninger (inntaksteam)
	Forbedringspotensial på noen få områder ift henvisningers innhold/kvalitet (inntaksteam)
<b>Inntaksteamets form</b>	Tydelige arbeidsoppgaver og prosedyrer for inntaksteam (inntaksteam)

<b>og ansvarsområde</b>	Tilfredshet med inntakstemaets sammensetning og ansvarsområde (de fleste)
	Måtte selv ta mange saker ved stor pågang og vansker med tildeling av saker, stor påkjenning (inntaksteam)
<b>Rettighetsvurdering/ prioritet</b>	Økt fokus på ventetidsgaranti hadde gjort vurdering lettere (inntaksteam)
	Henvisninger ble sjelden avvist (inntaksteam)
	Lite restriktiv inntaksvurdering, brukte mye klinisk kapasitet på arbeidsoppgaver som tilhørte kommunehelsetjenesten (noen behandlere og inntaksteam)
	Manglende kapasitet/kompetanse i 1.linje til å ivareta saker som ble avvist ved inntaksvurderingen (noen behandlere og inntaksteam)
	Fryktet at avviste henvisninger kommer i retur fra 1.linje med verre symptombilde (noen behandlere og inntaksteam)
	Vanskelig å prioritere etter prinsipp om at forventede kostnader skal stå i rimelig forhold til tiltakets effekt (inntaksteam)
	Inntaksteamets vurdering av henvisninger burde journalføres (inntaksteam og én behandler)
<b>Vurderingssamtale</b>	Ble benyttet på en av fem henvisninger (inntaksteam)
	Ble benyttet ved avklaring av alvorlighetsgrad, vage opplysninger og andre instansers engasjement (inntaksteam)
	Opptok mye klinisk kapasitet (de fleste)
	Lite forenlig med vurderingsfrist på ti dager (inntaksteam)
	Burde settes tentativ diagnose etter vurderingssamtaler (noen)

## 3.2 Tiltaksoppfølging

### 3.2.1 Fordelingsmodell – ”Vi biter oss selv i halen uansett”

”Det er mange måter å tenke på i forhold til fordeling, men jeg har hele tiden inntrykk av at vi biter oss selv i halen uansett hvilken måte vi gjør det på.”

(Sitat fra inntaksteam)

Intervju av behandlere og inntaksteam ved BUP Lofoten viste at fordeling var et vanskelig område som utgjorde en kilde til frustrasjon, belastning og utfordringer i forhold til pasientflyt. Noen behandlere og inntaksteam beskrev at det hadde vært prøvd ut ulike måter å fordele pasienter på blant behandlerne, men at det foreløpig ikke hadde vært mulig å finne en form på fordelingen som de fleste var tilfreds med.

De fleste behandlerne mente at inntaksteamet satt med den overordnede oversikten over faktorer som kompetanse og kapasitet, og åpnet for at inntaksteamet kunne legge mer direkte

føringer på fordelingen av saker. Også inntaksteamet åpnet for at de kunne vært mer pågående ved fordeling av saker.

De fleste behandlerne var klar på at deres medbestemmelse var et gode. To informanter vektla at fordeling uten innflytelse fra behandlerne kunne medføre ventelister hos hver enkelt behandler og større utfordringer i forhold til å styre sin egen arbeidsdag. Inntaksteam beskrev også en holdning til fordeling som vektla behandlernes mulighet for medbestemmelse og autonomi, og mente at behandlerne ville yte bedre hvis de opplevde kontroll over egen arbeidssituasjon. En informant uttrykte også at det å involvere behandlergruppen i fordeling og informere om ventelister medførte at hver enkelt behandler ble ansvarliggjort fordelingsansvaret, noe informantene trodde ville legge press på økt pasientgjennomstrømming.

*”Du må jo se på pasientens behov, hastegrad og alvorlighetsgrad og slike ting, og så må du matche det opp mot kompetanse. Både kapasitet og kompetanse. Men jeg tenker også at du skal ta hensyn til nyere medarbeidere, du har et opplæringsperspektiv også, slik at folk skal få en viss variasjon på hvilke saker de jobber med”*

*(sitat fra en behandler)*

Intervjuene tydeliggjorde en rekke faktorer som ble opplevd som relevant ved fordeling av saker, og som fordeling må ta hensyn til: *Pasientens behov, hastegrad, alvorlighetsgrad, kapasitet, kompetanse, geografiske hensyn, opplæringsperspektiv og skape variasjon i arbeidsområder for behandlerne.* Inntaksteamet ønsket å benytte flere arenaer for å få fordelt saker, da fordeling på ukentlige inntaksmøter ofte medførte at behandlere ikke var forberedt på å ta nye saker. De fleste informantene opplevde fordeling av pasienter som tilfeldig, hvor

noen presiserte at det var lite tydelig hvilke føringer som ble lagt til grunn for inntaksteamets vurderinger ved fordeling. En behandler mente at formen på fordeling var utydelig, hvor saker ble fordelt både personlig, gjennom møter og gjennom bruk av internkommunikasjon.

De fleste informantene mente at fordeling i hovedsak var basert på hvem som hadde kapasitet og/eller lyst til å ta på seg de enkelte saker fra ventelisten. De fleste informantene vektla at fordeling i større grad burde fokusere på og diskutere kompetansegrunnlaget for arbeid i hver enkelt sak. Inntaksteamet uttrykte på sin side at de i økende grad vektla kompetanse ved fordeling, og beskrev også at de hadde opplevd at fordeling var lettere om det ble oppgitt faglige vurderinger for fordelingen. Noen behandlere opplevde at saker i for stor grad ble tildelt på en behandler alene, og at det var vanskelig å få til samarbeid når de først hadde fått en sak alene. Dette ble beskrevet som lite effektivt siden de brukte mer tid på en sak når de opplevde å ikke ha tilstrekkelig kompetanse eller muligheter for diskusjon i utrednings- og behandlingsforløpet. En behandler med lang erfaring i poliklinikken beskrev at det hadde skjedd et skifte i hennes pasientliste de siste årene, hvor hun i økende grad var alene om både utrednings- og behandlingsforløp. Noen behandlere uttrykte at fordeling av saker på to behandlere ville kunne ivareta et opplæringsperspektiv.

### **3.2.2 Kapasitetsvurderinger ved inntak – En fornemmelse av kapasitet**

Intervjuguiden inneholdt innledningsvis noen strukturerte spørsmål knyttet til behandlernes subjektive vurderinger av egne tiltak og ressursbruk. De fleste behandlerne oppga å ha et sted mellom 20-40 klienter på tiltak til enhver tid, noe de fleste opplevde som et hensiktsmessig antall. De fleste behandlerne hadde i følge egen rapportering tre eller fire konsultasjoner hver dag med direkte pasientkontakt, noe de også opplevde som hensiktsmessig. På spørsmål om hvordan behandlerne opplevde egen fordeling av tidsbruk mellom direkte pasientrelatert

arbeid, indirekte pasientrelatert arbeid og ikke-pasientrelatert arbeid oppga behandlerne et gjennomsnitt på henholdsvis 50 prosent, 30 prosent og 20 prosent.

Noen behandlere bemerket at pendling mellom hovedkontorene i Svolvær og Gravdal opptok mye tid. I tillegg opplevde noen behandlere at innføring av nye behandlingstilbud som EAP<sup>19</sup> og familieteam opptok mye ordinær poliklinisk kapasitet da behandlerne ble spredt på ulike felt og roller. Noen påpekte at internt samarbeid ble påvirket av at behandlergruppen generelt var veldig travel, og at det forelå få uformelle møtepunkter. Noen uttrykte også at lite formalisert og gjennomtenkt bruk av nevropsykolog og behandlere i familieteam medførte at poliklinikkens ressurser ikke ble utnyttet optimalt.

De fleste behandlerne beskrev egen vurdering av kapasitet ved fordeling som en prosess hvor de benyttet egen timebok i kombinasjon med en generell følelse av hvordan deres kapasitet ville utarte seg en viss tid fremover. De fleste behandlerne beskrev at deres utredninger og behandlingsavtaler i hovedsak ble satt opp fra time til time. Inntaksteam uttrykte at de ikke hadde en tydelig oversikt over behandlernes kapasitet, men at de hadde en fornemmelse av hvilken kapasitet hver enkelt behandler hadde til enhver tid. Inntaksteamet var også tydelig på at de ikke ønsket å overprøve behandlernes egenoppfatning av sin kapasitet.

### **3.2.3 Kompetansevurderinger ved inntak**

Inntaksteam opplevde å ha god oversikt over hver enkelts reelle og formelle kompetanse, noe de mente hadde blitt synliggjort gjennom fokus på dette området på ulike fagdager.

Inntaksteam uttrykte at de først og fremst vektla kompetanse ved fordeling. To behandlere mente at de som regel fikk tildelt saker innenfor deres formelle og uformelle kompetansefelt

---

<sup>19</sup> Equine Assisted Psychotherapy (hesteassistert psykoterapi)

og saker som de opplevde seg kompetent til å utføre. Tre behandlere uttrykte at de ofte fikk saker som de opplevde falt utenfor deres kompetanseområde, hvor de opplevde at deres arbeid var dårlig utnyttelse av ressurser. Noen opplevde at det i liten grad ble gjort et skille i arbeidsoppgaver på bakgrunn av de ulike faggruppernes kompetansegrunnlag, og at faglig samarbeid var kompetanseutviklende og effektiviserende for deres arbeid.

”... man utnytter ikke de menneskene her som har spesialkompetanse på bestemte områder”

(sitat fra en behandler)

Inntaksteam beskrev at de fikk informasjon om hver enkelts kompetanse etter hvert som den enkelte hadde vært i arbeid en stund. De presiserte riktignok at de ikke hadde noen god rutine på å innhente nødvendige opplysninger om nytilsattes kompetanse, noe de uttrykte at de burde bli mer tydelige på. To relativt nytilsatte behandlere uttrykte at det ble utført lite kartlegging av kompetansegrunnlaget til nyansatte, og beskrev i tillegg manglende opplæring og veiledning ved oppstart av arbeidsforholdet ved poliklinikken.

<b>Tabell 3.2 Tiltaks- oppfølging</b>	
<b>3.2.1 Fordelings- modell</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vanskelig å finne tilfredsstillende fordelingsmodell (noen behandlere og inntaksteam)</li> <li>- Åpnet for mer direkte føringer fra inntaksteam (de fleste behandlere og inntaksteam)</li> <li>- Ønsket medbestemmelse og autonomi for behandlerne ved fordeling (de fleste behandlerne og inntaksteam)</li> <li>- Opplevde fordeling som tilfeldig (de fleste)</li> <li>- Mange hensyn; <i>Pasientens behov, hastegrad, alvorlighetsgrad, kapasitet, kompetanse, kompetanseutvikling, geografi og variasjon</i></li> <li>- Lite tydelig hvilke føringer som ble lagt til grunn for inntaksteamets vurderinger av fordeling (noen)</li> <li>- Kapasitet/lyst var det mest utslagsgivende hensynet (de fleste)</li> <li>- Savnet fokus på kompetansehensyn (de fleste), vektla kompetansehensyn i økende grad (inntaksteam)</li> <li>- Mer effektivt og kompetanseutviklende at saker tildeles to behandlere (noen)</li> </ul>
<b>3.2.2 Kapasitet v/ fordeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passende med 20-40 klienter på tiltak (alle)</li> <li>- Passende med tre-fire direkte tiltak daglig (alle)</li> <li>- Behandlerne anslo gjennomsnittlig eget tidsbruk til direkte pasientrelatert arbeid (50%), indirekte pasientrelatert arbeid (30%) og ikke-pasientrelatert arbeid (20%)</li> <li>- Nye roller/arbeidsoppgaver og pendling mellom hovedkontor opptok mye ordinær</li> </ul>

	poliklinisk kapasitet (noen)
	- Få uformelle møtepunkter på grunn av tidspress (noen)
	- Fagstillingen nevropsykolog og representanter i familieteam var ikke godt nok utnyttet (noen)
	- Vurderinger av egen kapasitet for nye inntak var basert på kortsiktighet og subjektive vurderinger (de fleste)
	- Lite oversikt over behandlernes kapasitet, overprøvde ikke behandlernes egenoppfatning av kapasitet (inntaksteam)
<b>3.2.3 Kompetanse v/ fordeling</b>	- God oversikt over hver enkelt behandleres kompetanse (inntaksteam)
	- Vektla kompetanse ved tildeling (inntaksteam)
	- Ble tildelt saker som falt utenfor deres kompetanseområde (3)
	- Ble tildelt saker som falt innenfor deres kompetanseområde (2)
	- Faglig samarbeid var kompetanseutviklende og effektiviserende for deres arbeid (noen)
	- Lite skille i arbeidsoppgaver basert på fagbakgrunn (noen)
	- Lite kartlegging av kompetansegrunnlag til nyansatte, manglende opplæring/veiledning ved oppstart av arbeidsforholdet (2 nytilsatte)
	- Kunne bedre innhenting av nødvendige opplysninger om nytilsattes kompetanse (inntaksteam)

### 3.3 Hjelpemidler ved utredning

#### 3.3.1 Utredningsplan/mal

Bruk av utredningsplan var avgrenset til få behandlere og til konkrete problemstillinger som AD/HD. Alle behandlere beskrev bruk av behandlingsplan som noe positivt, og noen mente at dette var et bidrag til bedre ressursutnyttelse blant annet gjennom å legge til rette for samarbeid og kompetanseutvikling.

*”Jeg synes det kan være greit med en utredningsplan ved utredninger, for det er en måte å kvalitetssikre ting på. Vi har jo dette skjemaet på ADHD som vi har adoptert fra ett eller annet sted, og jeg synes det var en lettelse når vi fikk det, også for å beregne tid, planlegge. Det er noe med det å hjelpe seg selv å ha det ryddig i hodet”*

*(Sitat fra en behandler)*

De fleste behandlere beskrev positive erfaringer med skriftlig utredningsplan som hadde vært benyttet ved utredninger av AD/HD, hvor de ga beskrivelser om at plan kvalitetssikret utredning, var til nytte for klient og pårørende og at den bidro til samarbeid, ryddighet, god planlegging og bedre tidsberegning. Noen behandlere var mindre kjent med utredningsplan



for AD/HD, og noen uttrykte at denne utredningsplanen ikke var tilpasset et bredere spekter av problemstillinger. De fleste behandlerne uttrykte et ønske om en mer felles struktur på utredninger, noe flere begrunnet med at det ikke var hensiktsmessig med forskjellige individuelle tilnærminger til utredninger av samme problematikk. I tillegg uttrykte noen at utredningsplan kunne bidra til å forenkle saksfremlegg/diagnostisering.

To behandlere med lang erfaring i poliklinikken uttrykte bekymring for at det ble for mye planer/maler, da høy arbeidsbelastning ofte medførte mer lettvinde løsninger. Én behandler var også bekymret for at for mye fokus på rutiner og utredningsplaner kunne ta bort noe av den kliniske fagutøvelsen.

### **3.3.2 Utredningsverktøy – Kan vi bestemme oss snart?**

De fleste behandlerne var lite tilfreds med de utredningsverktøy som forelå, og savnet en felles enighet rundt bruk av utredningsverktøy.

*”Jeg synes det er noen som hele tiden spør om hva er det vi skal bruke, hva er det vi ikke skal bruke. Kan vi bestemme oss snart? Dette er noe vi strever veldig med.”*

*(Sitat fra en behandler)*

De fleste behandlerne beskrev bruk av utredningsverktøy som et rotete og lite effektivt, med lite oppdaterte verktøy på de fleste områder. Noen mente også at det var en ”treghet i systemet” i forhold til oppdateringer av utredningsverktøy. Noen uttrykte at utredningsverktøy ofte ble anvendt ukritisk, uten at formål var gjennomtenkt, og at det var manglende oppdatering/opplæring på bruk av utredningsverktøy.

<b>Tabell 3.3 Hjelpemidler ved utredning</b>	
<b>3.3.1 Utredningsplan/ mal</b>	- Lite og avgrenset bruk av skriftlig utredningsplan
	- Positive erfaringer ved bruk av utredningsplan for AD/HD (de fleste)
	- Ønsket mer standardisert struktur ved utredninger for flere problemstillinger (de fleste)
	- Ville bidratt til bedre ressursutnyttelse gjennom å tilrettelegge for samarbeid, kompetanseutvikling og forenkling av diagnostisering (noen)
	- Vanskelig å bruke ved høyt arbeidspress (noen)
	- Økt fokus på rutiner og planer kunne ta bort noe av den kliniske fagutøvelsen (1)
<b>3.3.2 Utredningsverktøy</b>	- Lite tilfreds med de utredningsverktøy som forelå, og savn av konsensus ift hvilke verktøy som skulle benyttes (de fleste)
	- Oppdateringer av utredningsverktøy var vanskelig å gjennomføre (de fleste)
	- Lite gjennomtenkt bruk av verktøy og manglende opplæring i bruk av verktøy (noen)

### 3.4 Diagnostisering

Å få satt diagnose ble beskrevet av de fleste behandlere som en flaskehals i deres arbeid.

Noen beskrev at det var vanskelig å sette diagnoser på diffuse symptombilder, noen hadde motforestillinger mot å bruke diagnoser, mens noen beskrev at de benyttet diagnoser som retningsgivende for behandling.

De fleste behandlere beskrev trygghet ved at det ble lagt til rette for tverrfaglig drøfting før diagnostisering, selv om dette ble kunne være ressurskrevende. Noen ønsket at tverrfaglighet ble ivaretatt underveis i utredning i stedet for ved diagnostisering, og at dette ville forenklet deres utredning/diagnostisering. Én behandler mente at poliklinikken var for avhengig av faggruppene psykolog og psykiater for å få satt en diagnose.

Halvparten av behandlerne mente at det var vanskelig å finne tid og anledning til diagnostisering. Fremlegg av utredning, som verken ble for lang og uinteressant eller for kort og utilstrekkelig for å sette diagnose i fellesskap, var vanskelig. Én behandler savnet at diagnostiske retningslinjer i form av ICD-10 ble benyttet ved diagnostisering, da det ble opplevd at diskusjonene rundt diagnostisering ofte ble lite relevant og usammenhengende.

<b>Tabell 3.4 Diagnostisering</b>	
	- Diagnostisering var en flaskehals i arbeidet
	- Store forskjeller i hvordan behandlere forholdt seg til og benyttet diagnoser i sitt arbeid
	- Trygt, men ressurskrevende med tverrfaglig gjennomgang ved diagnostisering (de fleste)
	- Tverrfaglighet burde ivaretas i utredning i stedet for i et diagnostiseringsmøte (noen)
	- Vanskelig å finne tid til og riktig form på saksfremlegg av utredning (noen)
	- ICD-10 kriterier burde benyttes i større grad (1)

### **3.5 Samarbeid/tverrfaglighet ved utredning**

#### **3.5.1 Internt samarbeid/tverrfaglighet ved utredning**

De fleste behandlerne opplevde hovedsakelig å jobbe alene med utredninger. Noen beskrev at det forelå velvilje for uformelle møtepunkter og drøftinger, men at det i liten grad var tid og rom for mer formalisert samarbeid. Noen behandlere opplevde mangel på formelt samarbeid som lite effektivt og lite kompetanseutviklende.

Noen mente at forskjeller i kompetanse mellom hver enkelt behandler i for liten grad ble tematisert ved poliklinikken. Noen mente at (u)likheter i fagfelt og kompetanse ikke gjorde utslag på hvilke arbeidsoppgaver enhver hadde, og at dette kunne begrense nytteverdien av samarbeid. Noen mente at bruk av utredningsplaner forenklet og effektiviserte internt samarbeid.

#### **3.5.2 Eksternt samarbeid/tverrfaglighet ved utredning**

Noen behandlere opplevde samarbeid med andre instanser ved utredninger som mangelfullt og lite formalisert, og forsøk på bedring av samarbeidsrutiner hadde mislyktes. Noen mente at BUP Lofoten hadde hatt en tendens til å tilpasse seg andre instansers mangelfulle tjenester i stedet for å samarbeide om felles løsninger, og at det forelå for lite kjennskap til hva andre

instanser gjorde og hvilke forespørsler som kunne gis til hver enkelt instans. To behandlere med lang erfaring i poliklinikken mente at økt personlig kjennskapen til dem som jobbet i samarbeidende instanser vill kunne effektivisere samarbeidet.

<b>Tabell 3.5 Samarbeid/tverrfaglighet ved utredning</b>	
<u>Internt</u> samarbeid/tverrfaglighet ved utredning	- Opplevde hovedsakelig å jobbe alene rundt utredninger (de fleste)
	- Velvilje for uformelle drøftinger, men savnet tid og rom for mer formelt samarbeid (noen)
	- Mangel på formelt samarbeid begrenset effektivitet og kompetanseutvikling (noen)
	- Forskjeller i kompetanse mellom hver enkelt behandler ble i for liten grad tematisert ved poliklinikken (noen)
	- Manglende skille i arbeidsoppgaver basert på fagbakgrunn kunne begrense nytteverdi av samarbeid (noen)
	- Bruk av utredningsplan forenklet og effektiviserte gjennomføring av samarbeid (noen)
<u>Eksternt</u> samarbeid/tverrfaglighet ved utredning og behandling	- Mangelfullt og lite formalisert samarbeid med andre instanser (noen)
	- BUP Lofoten tilpasset seg andre instansers mangelfulle tjenester (noen)
	- For lite kjennskap til hva andre instanser gjorde og hvilke forespørsler man kunne gi (noen)
	- Kjennskap til personer i andre instanser kunne effektivisere samarbeid (noen)

### 3.6 Planmessighet i behandling

De fleste behandlere beskrev et utydelig og overlappende skille mellom utredning og behandling i sine pasientforløp. Dette gjaldt særlig i saker hvor det ikke var et konkret utredningsbehov formulert i henvisningen. De fleste behandlerne opplevde å ha betydelig forbedringspotensial når det gjaldt planmessighet og evaluering av behandlingen, og noen beskrev at deres behandlingstilbud ofte kunne være lite fokuserte og lite effektive. Noen behandlere opplevde at de hadde forbedringspotensial når det gjaldt å ha tydelige målsetninger for behandlingen. Ingen behandlere benyttet gjennomgående en skriftlig utarbeidet behandlingsplan i sitt arbeid. De fleste behandlerne opplevde å planlegge behandlingstilnærming fra time til time, og mål for behandling ble diskutert fortløpende med pasient.

Én behandler mente at poliklinikken ikke hadde lykkes i å øke fokus på plan/mål for behandling på grunn av for lite systematisert gjennomføring og for lite avsatt tid. Noen mente at poliklinikken burde være nøktern i forhold til hvor mye tid som skulle benyttes på struktur og prosedyrer i behandling, på bekostning av direkte pasientkontakt. Én behandler mente at det ofte dukket opp nye problemstillinger som vanskeliggjorde bruk av behandlingsplan, mens en annen behandler opplevde bruk av behandlingsplan som vanskelig når klient ikke var innstilt på å motta behandlingstilbud.

<b>Tabell 3.6 Planmessighet i behandling</b>	
	Utydelig og overlappende skille mellom utredning og behandling (de fleste)
	Betydelig forbedringspotensial når det gjaldt planmessighet og evaluering av behandlingen (de fleste)
	Benyttet sjelden skriftlig behandlingsplan i arbeidet (alle)
	Planla behandlingstilnærming og mål for behandling fra time til time (de fleste)
	Utfordringer når: klient ikke opplevde behov for behandling; det dukket opp nye problemstillinger underveis; ikke avsatt tid til å utarbeide behandlingsplan; prosedyrer gikk på bekostning av mer pasientrettet arbeid

### 3.7 Avslutning av saker

De fleste uttrykte at det ble brukt for lang tid på å avslutte saker. Det forelå stor variasjon i forståelse av når saker skulle avsluttes, noe følgende svar på samme spørsmål viser: *når vi er i mål med "bestillingen"; når det ikke er noe ugjort i saken; når henvisningsgrunnen er reparert; når jeg ikke har noe mer å bidra med/tilføre; når klienten har fått et rimelig godt fungeringsnivå under" klinisk grense"*.

Én behandler mente at manglede behandlingsmål var årsaken til vansker med å få avsluttet saker. Én behandler mente at tidsbruk på avslutning ble påvirket av at det ikke ble satt av tilstrekkelig tid til utarbeidelse av epikrise. Én behandler ønsket mulighet for å få drøftet eller evaluert behandlingsforløp med en medarbeider da dette ble opplevd å forenkle og fremskynde avslutning.

**Tabell 3.7**  
**Avslutning av saker**

	- Avslutning tar for lang tid (de fleste)
	- Stor variasjon i hva den enkelte behandler la til grunn for avslutning av saker
	- Manglede behandlingsmål var en årsak til vansker med å avslutte saker (1)
	- Ikke avsatt tid til utarbeidelse av epikrise (1)
	- Drøfting med medarbeider forenklet avslutning (1)

## 4.0 DISKUSJON

Undersøkelsen ønsket å belyse hva behandlere ved NLSH BUP Lofoten oppfattet som god ressursutnyttelse og barrierer for ressursutnyttelse for kortere VENTETID i poliklinisk arbeid med barn og unge. Flyttdiagrammet i figur 1.0 (s. 1) viste hvordan undersøkelsen vektla ressursutnyttelse fra nivå 3 til 4, fra nivå 4 til 5 og fra nivå 5 til 6, altså både inntak, utredning, behandling og avslutning av saker. Dette reflekterte også de forskningsspørsmål som lå til grunn for undersøkelsen. Informantene hadde en betydelig overvekt av ytringer relatert til temaet ”ressursutnyttelse ved inntak”, og diskusjonen rundt dette området er derfor gitt mer plass sammenlignet med de andre temaene.

Først diskuteres resultatene opp mot forskningsspørsmål ut i fra foreliggende empiri rundt ressursutnyttelse og retningslinjer for poliklinisk arbeid med barn og unge (4.1 - 4.4). Deretter relateres noen gjennomgående funn til sentral organisasjonsteori (4.5).

### 4.1 Hvordan oppfattet behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved inntak?

#### 4.1.1 Ressursutnyttelse i mottaksfasen

Agledal- utvalget (2006) konkluderte i sin rapport at ventetiden i psykisk helsevern for barn og unge kunne reduseres gjennom bedre samordning mellom 1. og 2. linjetjenesten, blant annet ved å bedre henvisningsrutiner. Resultatene i denne undersøkelsen viste at henvisningers innhold og kvalitet tilrettela for god ressursutnyttelse ved BUP Lofoten, i motsetning til hva som har blitt funnet ved andre poliklinikker (Andersson og Norvoll, 2006). Gode rutiner for håndtering av henvisninger med mangelfull informasjon og samarbeid med

fastleger i dekningsområdet rundt henvisninger kan ha bidratt til at henvisninger ble opplevd som relevante og fullstendige. Det var riktignok noen få områder hvor inntaksteam savnet mer utfyllende opplysninger. Bruk av sjekklister som vedlegg til henvisningen og ulike samarbeidsforum mellom 1. og 2. linjen har vist seg å være et mulig tiltak for å bedre henvisningers kvalitet (Andersson og Norvoll, 2006). Sjekklister kan tydeliggjøre poliklinikkens ønske om informasjon på områder som henvisningsskjema ikke dekker, og hvor det ofte er mangelfulle opplysninger for å vurdere rett til nødvendig helsehjelp. Sjekklister bør med bakgrunn i opplysninger fra denne undersøkelsen omfatte opplysninger om utprøvede/nåværende tiltak i kommunehelsetjenesten og vurdering av henvisningens alvorlighetsgrad.

BUP Lofoten var tilfreds med organisering av inntaksteam som ansvarlig for inntaksvurderinger, hvor både faglig ledelse, bruk av prioriteringsforskrifter og kompetansegrunnlag for rettighetsvurdering var i overensstemmelse med helsedirektoratets retningslinjer, (Helsedirektoratet 2008, s. 26).

De aller fleste henvisningene til BUP Lofoten ble gitt rett til helsehjelp ved rettighetsvurderinger. Dette virket å sammenheng med inntaksteamets vurdering av og erfaring med manglende kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten, i tillegg til inntaksteamets opplevelse av at de aller fleste henvisninger hadde behov for helsehjelp av spesialisthelsetjenesten ut i fra nasjonale prioriteringsforskrifter. Inntaksteamets tilfredshet med henvisningers innhold og vurdering av henvisningers alvorlighetsgrad står i kontrast til behandlernes opplevelse av at inntak var lite restriktivt og at mye klinisk kapasitet ble brukt på arbeidsoppgaver som kunne vært utført i kommunehelsetjenesten. Dette kan tyde på at den aktuelle form og gjennomføring av rettighetsvurderinger i mange tilfeller ikke greier å forutsi hvilke behov for helsehjelp en henvist pasient har. Vansker med å vurdere behov for



helsehjelp kan skyldes at informasjonsgrunnet ved rettighetsvurderinger ikke er tilstrekkelig, eller at inntaksansvarlige ved BUP Lofoten har en for åpen anvendelse av prioriteringsforskriftene. Inntaksteam ved BUP Lofoten skilte heller ikke mellom avklarte og uavklarte helsehjelpsforløp, noe som kan legge ekstra stort press på ventetider for oppstart av primærbehandling, da alle som gis rett til helsehjelp gis rett til behandling. Dermed kan poliklinikken risikere at det påbegynnes behandling av tidligere uavklarte tilstander som i seg selv ikke oppfyller prioriteringskriteriene. Dette vil igjen kunne påvirke ventetider og overholdelse av ventetidsgarantier. Ved å ikke skille mellom avklarte og uavklarte tilstander signaliserer BUP Lofoten at alle helsetilstander de vurderer er avklart i forhold til hvilken helsehjelp det er behov for.

Vurderingssamtaler er et hjelpemiddel for å innhente tilstrekkelig informasjon for vurdering av rett til helsehjelp og avklaring av helsehjelpbehov. Vurderingssamtaler ble i følge inntaksteam benyttet på om lag en av fem henvisninger, noe sjeldnere enn hva som fremkommer i undersøkelser av andre poliklinikker (Andersson og Norvoll, 2006). Ved BUP Lofoten ble bruk av vurderingssamtaler opplevd av behandlerne som dårlig ressursutnyttelse både i forhold til tidsbruk og nytteverdi. Det foreligger riktignok ingen studier som sier noe om hvorvidt bruk av vurderingssamtaler bidrar til bedre kvalitet og/eller effektivitet i mottaksfasen. Vurderingssamtaler kan tenkes å være god ressursutnyttelse i forhold til målsetting om nedkorting av ventetid gjennom å bidra med ytterligere opplysninger som kan utfylle henvisning og nyansere rettighetsvurderinger og prioriteringsarbeid. I tillegg vil vurderingssamtaler kunne avklare hjelpebehov fra andre instanser. Dekningsområdet for BUP Lofoten går over fire kommuner med geografisk avstander som kan utgjøre en utfordring i forhold til en hensiktsmessig vurderingssamtale med frist på ti dager. I tillegg uttrykker inntaksteam at de aller fleste henvisningene gis rett til helsehjelp uansett, og dermed virker det ikke som bruk av vurderingssamtaler begrenser antall rettighetspasienter og påfølgende

ventetid for inntak. Alternativet til bruk av vurderingssamtaler vil være at vurdering gjøres utelukkende på bakgrunn av henvisningen, noe som kan medføre at en blir avhengig av god kvalitet på henvisninger for å kunne gjøre en god inntaksvurdering.

En undersøkelse av poliklinikkens arbeidsformer og produktivitet (Hatling & Magnussen, 2000 s. 48-49) fant stor innbyrdes variasjon mellom poliklinikker i forhold til ressursbruk ved inntak avhengig av hvor mange som var involvert i mottaksfase/tiltaksoppfølging, ressurser anvendt på vurderingssamtaler for vurdering i mottaksfasen og hvor mye tid som anvendes til beslutningsprosesser (vedlegg 6). Inntaksprosedyren ved BUP Lofoten var mest sammenlignbar med det som SINTEF i overnevnte undersøkelse betegner som en lite ressurskrevende inntaksprosedyre (Hatling & Magnussen, 2000 s. 48). En slik inntaksprosedyre er lite ressurskrevende både når det gjelder innledende stadier, grad av problemutredning av henvisning og selve beslutningsprosessen av rett til helsehjelp. Her beregnes ressursutnyttelse ut i fra hvor mye tid og ressurser som anvendes på selve inntaksvurderingen, og det fremkommer ikke i hvilken grad en slik organisering kan medføre utfordringer for senere ressursutnyttelse. Inntaksteam opplevde blant annet det som en påkjenning å jobbe med inntak ved stor pågang av henvisninger, og det var vanskelig å få fordelt saker blant behandlerne. Et vesentlig dilemma som tydeliggjøres gjennom resultatene vedrørende mottaksfasen er altså hvor mye ressurser som burde anvendes for å gi en mest mulig ressursbesparende avklaring av helsehjelpforløp. BUP Lofoten bruker lite ressurser i mottaksfasen, noe som kan ha vært en årsak til at det i mange tilfeller blir brukt mye kliniske ressurser på oppgaver som ikke hører hjemme i spesialisthelsetjenesten. For å motvirke en slik tendens må inntaksvurderingen med større grad av treffsikkerhet kunne forutsi og avklare helsehjelpforløp. Dette forutsetter enten: a) bedre kvalitet og innhold i henvisninger/bredere utredning i kommunehelsetjenesten før henvisning, b) økt bruk av vurderingssamtaler eller c)

økt bruk rett til helsehjelp i form av utredning. Resultatene i denne undersøkelsen kan tyde på at BUP Lofoten har mest å hente på det siste alternativet. Her vil behandlere påbegynne utredningsforløp uten at det er gitt rett til helsehjelp i form av behandling, noe som vil gi mer utfyllende vurderingsgrunnlag for avklaring av helsehjelpbehov.

Ved å ta høyde for manglende kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten kan det tenkes at BUP Lofoten selv bidrar til at behov i kommunehelsetjenesten ikke blir tilstrekkelig synliggjort. BUP Lofoten kan dermed selv bidra til bedring av henvisningers innhold gjennom å tydeligere kommunisere behov i kommunehelsetjenesten. I tillegg er sjekklister og samarbeidsforum nevnt som aktuelle tiltak i forhold til å bedre henvisningers innhold og kvalitet. Vurderingssamtaler ble ikke opplevd som god ressursutnyttelse, og virket å utgjøre en praktisk utfordring for avklaring av helsehjelpforløp. Dette er riktignok ikke i tråd med veilederens anbefaling om inntaksvurdering i mest mulig direkte kontakt med pasient/foreldre (Helsedirektoratet, 2008), en anbefaling som kanskje har større nytteverdi for poliklinikker med mer populasjonstetthet og mer vansker med henvisningers innhold og kvalitet. Bruk av rett til helsehjelp i form av utredning vil kunne gi BUP Lofoten mer tid til å avklare rettighet til helsehjelp i større grad, og vil kunne avlaste bruk av vurderingssamtaler.

#### **4.1.2 Ressursutnyttelse ved tiltaksoppfølging**

Tiltaksoppfølging gjennom fordeling av pasient på behandler skal ivareta mange hensyn, som indirekte vil kunne påvirke ressursutnyttelse: *henvisningsgrunnlag/pasientrettighet; kompetanse; kompetanseutvikling; samarbeid; behandleres interesseområder; geografi; og behandlernes kapasitet*. Det er lite litteratur, forskning eller retningslinjer som direkte omhandler hvordan saker fordeles, eller bør fordeles i behandlingsgruppen etter inntaksvurderingen i psykisk helsevern. Dette på tross av at området kan ha stor innvirkning

på oppstart av helsehjelp og ventetid i poliklinisk virksomhet. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge omtaler heller ikke hvilke hensyn som bør tas ved fordeling av saker, annet enn å anbefale at inntakene bør fordeles til medarbeidere med den særskilte kompetanse (profesjonsbetinget, metodisk eller personlig) man forventer at god pasientbehandling i en konkret sak vil kreve (Helsedirektoratet, 2008).

Resultatene i denne undersøkelsen viste at tiltaksoppfølging ble opplevd som en flaskehals ved BUP Lofoten, og at organisering og gjennomføring av fordeling fremsto som utydelig og tilfeldig. Dette virket å være et resultat av et motstridende forhold mellom inntaksteamets autoritet ved fordeling på den ene siden og behandlernes medbestemmelse og selvråderett ved fordeling på den andre siden. Dette omhandler hvem som har myndighet og påvirkning ved fordeling. Både behandlerne og inntaksteam åpnet for å styrke inntaksteamets autoritet til å fordele saker direkte på behandlerne, men begge var samtidig opptatt av å ivareta behandlernes individuelle medbestemmelse ved fordeling. Inntaksteam uttrykte på den ene siden at de ikke gikk på akkord med kompetanse ved fordeling av saker. Kompetanse gikk først, uansett. På den andre siden uttrykte inntaksteam at de uansett ikke overprøvde behandlernes egenvurdering av kapasitet, da dette var en relativ størrelse. I dette spenningsfeltet oppstår trolig en utydelighet i forhold til:

- a) hvem som avgjør fordeling, og
- b) hvilke hensyn som skal tas ved fordeling.

Behandlernes medbestemmelse og selvråderett ved fordeling er nært knyttet til begrepet autonomi. Autonomi forstås her som muligheten til å ta selvstendige handlingsvalg, eller som muligheten til å bestemme over ulike hensyn i sin egen arbeidssituasjon (Jensen & Wærsted 2004). Autonomi kan tenkes å være viktig for behandlerne for å tilpasse arbeidsbelastning og

arbeidsinnhold etter individuell kapasitet og interesse. Det er også funnet at autonomi i arbeidet bidrar til økt jobbtilfredshet (Karasek 1979; Holm 2007). Høy grad av autonomi hos behandlerne ved fordeling kan tenkes å medføre at behandlerne i en presset arbeidshverdag vektlegger kapasitetshensyn sterkest når de skal vurdere mulighet for å ta på seg nye saker, og på denne måten påvirker hvilke hensyn som legges til grunn ved fordelingen. De fleste behandlerne ved BUP Lofoten opplevde at kapasitetshensyn og lyst var de mest førende hensyn ved fordeling, noe også andre undersøkelser har funnet i gjennomgang av andre poliklinikker i psykisk helsevern (Hatling & Magnussen, 1999). Dette viser en tendens hvor poliklinikker prioriterer at pasientene skal få et tilbud raskt, av den behandleren som har minst pasientbelastning, framfor å vente på en mer hensiktsmessig kombinasjon basert på andre hensyn. Under presset fra ventetidsgarantien, pasientrettigheter og resultatmål med henhold til behandling, virker det som om behandlerne ved BUP Lofoten benytter sin autonomi ved fordeling til å regulere egen kapasitet, hvorpå kapasitetshensyn får en dominerende rolle ved fordeling av saker. Det samme presset virker å ligge til grunn for behandlernes oppfatninger av at det i liten grad eksisterer et skille i arbeidsoppgaver mellom de ulike yrkesprofesjonene og at fordeling ikke legger opp til formalisert samarbeid og tverrfaglighet. På denne måten blir kompetansehensyn underkommunisert ved fordeling, med de effekter dette vil kunne få for ressursutnyttelse<sup>20</sup>.

En fordelingsrutine på to behandlere i hver sak ville ivaretatt behandlernes opplevelse av vansker med å få til møtepunkter med andre behandlere. Dette ville også bidratt til at kompetansen i hver enkelt sak ble ivaretatt i større grad, både i saken og i forhold til kompetanseutvikling. Behandlerne ved BUP Lofoten opplevde å jobbe mer effektivt når de hadde møtepunkter og samarbeid med andre behandlere. Det kan også tenkes at det å fordele

---

<sup>20</sup> Oppgaven diskuterer autonomi og formalisering mer utfyllende i del 4.5

en sak forenkles gjennom at hver behandler ikke opplever å måtte påta seg alle elementer i pasientforløpet. Fordeling på to behandlere vil også kunne være et bidrag i forhold til mer konkret utnyttelse av de ressurser som foreligger for stillingene ”nevropsykolog” og ”familieterapeut”.

Ressursutnyttelse kan med dette som utgangspunkt forbedres ved at inntaksteam legger mer direkte føringer, samtidig som at behandlernes behov for kontroll på arbeidsbelastning og ønskede arbeidsoppgaver blir ivaretatt. Om inntaksteam hadde tilegnet seg tilstrekkelig oversikt over forhold som arbeidsbelastning, kapasitet og ønskede arbeidsoppgaver for hver behandler, kunne inntaksteamet hatt muligheten for å imøtekomme noe av behovet for behandlernes autonomi. Dette ville gitt inntaksteam en bedre mulighet og forutsetning til å ivareta både tydelighet, kompetansehensyn og autonomi ved fordeling. En slik forutsetning og oversikt bør forsikre at gruppens kapasitet og arbeidsbelastning før saker fordeles formidles til inntaksteam. Dette virker ikke å bli ivaretatt gjennom fellesdiskusjoner i inntaksmøtet med alle behandlerne til stede, og behandlernes egenvurderinger av kapasitet i fellesmøter fremstår som lite basert på objektive kriterier.

## **4.2 Hvordan opplever behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved utredning?**

### **4.2.1 Hjelpemidler ved utredning**

Behandlerne ved BUP Lofoten ønsket mer struktur ved utredninger for et bredere spekter av problemstillinger, og mente at bruk av utredningsplaner/maler ville vært god ressursutnyttelse og bidratt til forenkling av saksfremlegg og diagnostisering. Med unntak av utredninger av ADHD anvendte de i liten grad formalisert struktur ved utredninger. Dette virket å ha sammenheng med at struktur ved utredninger ikke var enkelt å gjennomføre ved høyt

arbeidspress, og at økt struktur kunne ta bort noe av den kliniske fagutøvelsen. Behandlerne ved BUP Lofoten uttalte en usikkerhet rundt følgende områder relatert til bruk av hjelpemidler i utredningsarbeid: a) hvilke utredninger gjøres av hvem, b) graden av kompletthet (detaljnivå og bredde), og c) hvilke rutiner man skal ha rundt utredninger (standardoppsett eller individuell tilpasning).

Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge anbefaler at det umiddelbart etter at en sak er igangsatt lages en utredningsplan sammen med barnet/ungdommen/foreldre, der hvor utredning er aktuelt (Helsedirektoratet, 2008). Flere poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge reduserte utredningstid betydelig blant annet gjennom bruk av utredningsplan for å strukturere utredning (Den norske legeföreningen, 2004-2005).

Strukturering av utredningsforløp viste vist seg her som god ressursutnyttelse.

De fleste behandlerne ved BUP Lofoten opplevde liten grad av samarbeid og tverrfaglig drøfting ved utredninger. Det anbefales i veileder at utredningsplan inneholder planlagte utredninger, fagpersoner som deltar og tidspunkt for ferdigstillelse (Helsedirektoratet, 2008).

Det vektlegges at utredningsplan bør drøftes tverrfaglig hvis det er hensiktsmessig, og deretter sendes klient/pårørende og eventuelt henviser.

Utredningsverktøy som forelå ved BUP Lofoten ble av behandlerne opplevd som lite tilfredsstillende og vanskelig å få oppdatert, og det ble beskrevet liten grad av enighet rundt hvilke verktøy som skulle benyttes til enhver tid. Veilederen (Helsedirektoratet, 2008) vektlegger at det bør foreligge en felles plan og skriftlige retningslinjer for hvilke utredningsinstrumenter som bør benyttes, når de skal brukes og av hvem. Det ble også beskrevet manglende opplæring på bruk av utredningsverktøy. Resultatene tyder på at BUP

Lofoten vil kunne dra nytte av en felles plan og retningslinjer for hvilke utredningsverktøy som benyttes innenfor ulike utredningsområder, hvilken basisutredning som bør foreligge for alle utredninger, hvem som besitter kompetansen til å administrere/vurdere for hvert enkelt utredningsinstrument og hvordan ivareta tilstrekkelig opplæring på bruk av instrumenter. Denne utydeligheten beskrevet av behandlerne i forhold til hjelpemidler ved utredning virket å begrense deres effektivitet ved utredninger.

Informantenes ytringer angående hjelpemidler tar igjen opp graden av formalisering ved poliklinikken. Dette diskuteres ytterligere i oppgavens del 4.5.

#### **4.2.2 Diagnostisering**

Behandlernes hadde anledning til å få stilt diagnose på sine pasienter i ukentlig fagmøte med alle behandlerne tilstede. Det var viktig for behandlerne å få drøftet utredningen med andre behandlere, men felles gjennomgang av utredninger med hele behandlergruppen ble av flere opplevd som dårlig ressursutnyttelse.

Nasjonalt indikatorsett i psykisk helsevern for barne- og ungdomspsykiatri (Nasjonalt indikatorsett, 2008) benytter ”andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne-og ungdomspsykiatri” som et kvalitetsmål i psykisk helsevern for barn og unge, hvor det presiseres at nøyaktig diagnostikk er en av flere forutsetning for effektiv og riktig behandling. Behandlerne ved BUP Lofoten var todelte i deres forhold til bruk av diagnoser, hvor noen uttrykte at diagnoser var retningsgivende for behandling, mens andre opplevde det som lite relevant for behandling. Behandlernes holdninger til diagnostisering kan ha bidratt til at dette området ble opplevd som en barriere for god ressursutnyttelse.



Diagnostisk vurdering bør utgjøre overgangen fra utredningsfase til behandlingsfase i pasientforløp (Helsedirektoratet, 2008). Skillet mellom utredning og behandling ved BUP Lofoten virket å være utydelig og overlappende, noe som ikke er uvanlig i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008 s. 31). Det er forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4 som legger føringer på hvem som kan foreta diagnostiske vurderinger, og det anbefales at psykologspesialist og/eller psykiater setter diagnoser på grunnlag av en tverrfaglig drøfting av utredning (Helsedirektoratet, 2008). Ved BUP Lofoten hadde bare to fagpersoner det kompetansegrunnlaget helsedirektoratet anbefaler for å sette diagnoser, og BUP Lofoten fulgte denne anbefalingen. Dette forklarer behandlernes opplevelse av vansker med å finne tid til å få satt diagnose, da alt diagnostiseringsarbeid måtte koordineres med tilstedeværelse av to fagpersoner som hadde det anbefalte kompetansegrunnlaget. Veilederen åpner for at ulike fagstillinger kan sette diagnoser innenfor sine fagområder, og at diagnoser kan settes på bakgrunn av forsvarlighetskravet. Når BUP Lofoten har lagt opp til at all diagnostisering skal skje i fellesmøter med alle behandlere og psykiater/psykologspesialist tilstede, kan dette ha medført praktiske vansker som kan ha bidratt til å forsinke progresjon i pasientforløp. Med liten dekning av psykologspesialister og psykiatere vil en alternativ løsning være å vurdere muligheten for at andre fagstillinger kan avlaste diagnostiseringsarbeidet innenfor forsvarlighetskravet. Flere arenaer for å få satt en diagnose ville også kunne ivaretatt det behandlerne opplevde som vansker med å finne plass til saksfremlegg av utredning. Noe diagnostiseringsarbeid kunne på denne måten blitt utført utenom fellesmøter, ved at noen fagstillinger har avsatt tid til diagnostisering. Diagnostisering ble av flere opplevd som enklere dersom samarbeid og tverrfaglighet ble ivaretatt underveis i utredningsforløpet i stedet for ved diagnostisering.

Det ble beskrevet usikkerhet rundt hvordan utredningsresultater skulle presenteres for diagnostisering i ukentlig fellesmøte, noe som tyder på at BUP Lofoten ville profitert på en samkjøring av hva som forventes av saksfremlegg for diagnostisering. Saksfremlegg varierte fra detaljerte saksfremlegg av hele utredningsforløp basert på omfattende samlenotat fra utredning til muntlige fremstillinger uten særlig grad av systematikk. Dette omhandler igjen forholdet mellom behandlernes autonomi på den ene siden, og grad av formalisering på den andre siden.

#### **4.2.3 Samarbeid/tverrfaglighet ved utredning**

Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) anbefaler tverrfaglig samarbeid og kjennskap til de andre profesjonenes kjerneområder i klinikken for å sikre god utnyttelse av ulike spisskompetanse (profesjonsbasert, metodebasert og personlig), og at det er et lederansvar å legge opp til dette. BUP Lofoten beskrev liten grad av formalisert samarbeid og tverrfaglighet i utredninger ved deres poliklinikk. Tverrfaglighet var hovedsakelig ivaretatt når behandlere la frem utredningsresultater i fellesmøter med formål om diagnostisering, noe flere mente ikke var god utnyttelse av de ressurser som forelå.

Behandlerne ved BUP Lofoten opplevde internt samarbeid rundt utredninger som kompetanseutviklende og ønsket et tydeligere skille i arbeidsoppgaver basert på yrkesbakgrunn og kompetanse. Innen barne- og ungdomspsykiatrien kan en tenke seg en (over)forenklet fremstilling av de ulike yrkesgruppens spisskompetanse og arbeidsområde ved tverrfaglighet (Hatling & Magnussen, 2000):

1) Det første området er knyttet til *barns kognitive utvikling*, og er sammen med læringsbetingelser og skolerelaterte forhold særlig knyttet til *pedagogenes hovedfokus*.

2) Det andre området er knyttet til *familie og sosial kontekst*, og er sammen med områder som ressurs- og rettighetsorientering særlig knyttet til *sosionomenes hovedfokus*.

3) Det tredje området er knyttet til *psykologisk endring/økt selvinnsikt*, og er særlig knyttet til *psykologenes hovedfokus*.

4) Det fjerde området er knyttet til *biologi/symptomlindring*, og er sammen med endring og økt mestring særlig knyttet til *psykiaternes hovedfokus*.

Dette er en arbeidsinndeling som ikke gir en korrekt fremstilling av hvordan arbeidsoppgaver fordeles mellom yrkesgrupper i psykisk helsevern for barn og unge. Inndelingen kan derimot tydeliggjøre det behandlerne etterspør; at tverrfaglighet blir ivaretatt gjennom å fremheve forskjellene i kompetansegrunnlag. Dette virker i liten grad å være ivaretatt ved BUP Lofoten, og kan utgjøre et potensial for bedring av ressursutnyttelse ved utredning. Ved BUP Lofoten kan det virke som om forskjeller i fagkompetanse underkommuniseres, og at poliklinikken kan ha nytte av å rette mer fokus på kompetanseforskjellene i behandlergruppen. Bruk av utredningsplaner ble opplevd som et bidrag til mer samarbeid mellom behandlerne, noe som viser at samarbeid kan reguleres gjennom struktur og organisering. Det fremkom også av resultatene at fordeling av saker ikke la forholdene til rette for formalisert samarbeid og tverrfaglighet, noe som viser hvilke føringer fordelig hadde for påfølgende stadier i pasientforløpene.

Behandlerne ved BUP Lofoten ønsket mer formalisert samarbeid og tverrfaglighet i utredninger av hensyn til effektivitet og kompetanseutvikling. Noen team har en generell vei for alle klienter, hvor alle stadiene er regulert av en generell prosedyre og beslutningsprosess. Andre team kan ha forskjellige prosedyrer og beslutningsprosesser for ulike pasientgrupper. Klientens vei gjennom behandlergruppen (teamet) kan deles i følgende stadier;

henvisningskilde, teamets mottaksrespons, vurdering, allokering (tildeling), intervensjon, evaluering, avslutning og noen ganger oppfølging. Organisering av tverrfaglig samhandling har vist seg som en betydelig faktor for hvordan disse stadiene blir behandlet (Øvretveit, 1996). Samhandling krever i utgangspunktet kompetanse på eget område, kunnskap om andres kompetanse og samhandlingskompetanse (Øvretveit, 1996), men ikke minst må det være en organisering som ivaretar mulighet for samhandling. Det tverrfaglige arbeidet kan organiseres på flere måter i følge Hatling & Magnussen (2000):

- 1. Ved at man hele tiden eller i perioder arbeider sammen rundt en klient eller familie, hvor flere profesjoner tilbyr den samme pasienten tjenester innen hvert sitt spesialområde.*
- 2. Ved at man bidrar med tverrfaglige drøftinger og fagspesifikke innspill i kliniske møter til den som utfører utredningen/behandlingen.*
- 3. Ved mer ad hoc-pregede former, hvor man har behov for hjelp eller vurderinger fra en kollega.*

Tverrfaglig samarbeid ved utredninger ved BUP Lofoten virket i mindre grad å ivareta den første modellen. Fordelen med den første modellen kan være at hver profesjon kan konsentrere seg om å utøve og utvikle kompetanse innen sitt kjerneområde, noe som i større grad kan bidra til utnyttelse av ulike spisskompetanser. Ulempen kan være at pasienten må opparbeide en fortrolighet i forhold til flere behandlere og behandle en fortrolighet som inkluderer kunnskap om pasientens historie og virkelighetsoppfatning. Innen barne- og ungdomspsykiatrien er det å la flere profesjoner tilby den samme pasient tjenester en langt mer vanlig arbeidsform enn i voksenpsykiatrien (Hatling & Magnussen, 2000), mens det ved BUP Lofoten ble beskrevet liten grad av formalisert samarbeid ved utredninger. Flere intervjuer ga uttrykk for at høy arbeidsbelastning hadde medført at de jobbet mer alene nå enn tidligere.

De ytringer som angikk eksternt samarbeid og oppgavefordeling mellom BUP Lofoten og andre instanser beskrev et mangelfullt og lite formalisert samarbeid. Det ble også omtalt manglende kjennskap til andre instansers arbeidsområde. Andersson (2009) belyser generelle årsaksfaktorer for samarbeidsvansker mellom BUP og andre instanser. Denne undersøkelsen viste at årsaksforholdene ”for få møteplasser” og ”samarbeidende instans mangler ressurser” var de to områdene som hyppigst var rapportert. Øvrige aktuelle barrierer var ”ulik faglig forankring”, ”ansvarsforskyvning”, ”uenighet i forståelse/iverksetting av tiltak”, ”mangler koordinator” og ”BUP mangler ressurser”. Her vektlegges altså både ressursmessige hensyn, fagmessige hensyn og organisatoriske hensyn ved samarbeid, noe også BUP Lofoten opplevde som barrierer for ressursutnyttelse i samarbeidet med kommunale tjenester.

Agledal-utvalget (2006) vektlegger i sin rapport ”tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer” at samhandling mellom første- og andrelinje kan styrkes gjennom utarbeidelse av rutiner for å:

- *Bedre henvisningsprosess*
- *Sørge for bedre oppfølging i ventetiden*
- *Styrke arbeidet med individuell plan*

Kommuner og foretak har ikke plikt til å inngå avtaler med hverandre om samhandling, verken i forhold til enkeltpasienter eller om forhold på systemnivå. I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene er det imidlertid for 2005 lagt inn krav om at DPSene skal inngå avtaler med kommuner med hensyn til oppfølging og utskriving av enkeltpasienter og veiledning av 1. linjen (kommunehelsetjenesten). Avtaler blir i stadig økende grad brukt for å regulere et mer formalisert samarbeid mellom tjenestenivåene. Særlig har samarbeidsavtaler blitt ett av virkemidlene for å ivareta pasientens behov for en sammenhengende

behandlingskjede. Dette fremsto ikke som videre utviklet for BUP Lofotens samhandling med kommunale tjenester.

### **4.3 Hvordan opplever behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved behandling?**

De fleste behandlere beskrev et utydelig og overlappende skille mellom utredning og behandling i sine pasientforløp. Dette gjaldt særlig i saker hvor det ikke var et konkret utredningsbehov formulert i henvisningen. De fleste behandlerne opplevde å ha betydelig forbedringspotensial når det gjaldt planmessighet og evaluering av behandlingen, og noen beskrev at deres behandlingstilbud ofte kunne være lite fokuserte og lite effektive. Noen behandlere opplevde at de hadde forbedringspotensial når det gjaldt å ha tydelige målsetninger for behandlingen. Ingen behandlere benyttet gjennomgående en skriftlig utarbeidet behandlingsplan i sitt arbeid. De fleste behandlerne opplevde å planlegge behandlingstilnærming fra time til time, og mål for behandling ble diskutert fortløpende med pasient.

Planmessighet i behandling gjennom målutforming og evaluering blir ofte diskutert når det gjelder effektivitet og ressursutnyttelse i poliklinisk arbeid. Behandlerne ved BUP Lofoten opplevde skillet mellom utredning og behandling som utydelig og overlappende. Denne utydelighet og overlapping kan forklare noe av årsaken til at de fleste behandlerne opplevde å ha et betydelig forbedringspotensial når det gjaldt planmessighet og evaluering av behandlingen. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) anbefaler at behandlingsresultat bør måles systematisk, hvor ledere og ansatte må kunne samle inn, analysere og tolke informasjon om behandlingsresultat og brukertilfredshet. I tillegg vektlegges det at måleinstrumenter og systemer burde være

tilgjengelige for rutinemessig klinisk bruk. Eksempelvis er det etablert slike rutiner i prosjektet ”BUP Nord” (BUP Tromsø, RBUP Nord). En undersøkelse av arbeidsformer og produktivitet i psykisk helsevern (Hatling & Magnussen, 2000) konkluderte med det sjelden forelå en uttalt tydelige behandlingsmålsettinger for behandlingsforløp i psykisk helsevern for barn og unge, og dermed heller ikke når det faglig sett var riktig å avslutte en behandling. De fleste poliklinikkene praktiserte i denne undersøkelsen en utstrakt autonomi for den enkelte behandler til å utforme og evaluere behandlingsmålsettinger, noe som også virket å være tilfelle ved BUP Lofoten. Behandlerne ved BUP nedtegnet i liten grad behandlingsmålsettinger sammen med klient, og det forelå lite eller ingen evaluering av behandling og brukertilfredshet. Som på flere andre områder i BUP Lofotens organisering og oppfølging var behandlerne gitt stor grad av autonomi i utforming av eget arbeid, og det forelå ingen uttalte føringer på hvordan behandling skulle ivaretas og evalueres. Behandlerne selv opplevde dette som lite effektivt og lite fokusert.

Det kan være mange årsaker til at BUP Lofoten ikke har utviklet mer planmessige behandlingsforløp, i tråd med det som anbefales av veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Tre utsagn uttalte at gjennomføring og form på bruk av behandlingsplan kunne oppleves som vanskelig å gjennomføre, mens et annet utsagn opplevde planmessighet som et mulig hinder for klinisk skjønnsutøvelse. Planmessighet i behandling kan tenkes å ta tid, krefter og ressurser i en travel arbeidsdag, noe som kan medføre at det blir nedprioritert. I tillegg kan det tenkes at behandlingsplan utfordrer behandlerne i forhold til å konkretisere innhold i behandlingsforløp, noe som kan utgjøre en faglig utfordring. Det kan også tenkes at det vil være vanskelig å være evaluerende, stille seg kritisk og reflektere rundt noe en selv er en direkte del av.

Behandlernes vurdering av planløshet og manglende fokus i behandling tilsier en mulig gevinst på å øke planmessighet i behandling, for eksempel gjennom bruk av skriftlig behandlingsplan (Helsedirektoratet, 2008 s. 32).

#### **4.4 Hvordan opplever behandlerne ved BUP Lofoten ressursutnyttelsen ved avslutning?**

BUP Lofoten opplevde selv å ha et betydelig forbedringspotensial på ressursutnyttelse i forhold til avslutningsrutiner. Det forelå ingen klar formening rundt når saker skulle avsluttes ved poliklinikken, og det forelå lite eksplisitte behandlingsmål som avslutning kunne vurderes opp mot. Det var heller ikke lagt opp til jevnlige evalueringsrutiner av behandlingsforløp.

Behovet for polikliniske tjenester har lenge vært større enn tilbudet (Hatling & Magnussen, 2000). For at det skal være mulig å ta inn nye klienter må derfor noen eksisterende klientforhold avsluttes, da avslutning av saker er tenkt å frigjøre kapasitet til nye inntak.

Veileder for poliklinikker i psykisk helse for barn og unge vektlegger at det er nødvendig å ha rutiner som sikrer at saker avsluttes i samråd med pasient når forventet nytte av ytterligere tiltak ikke står i forhold til ressursinnsatsen for å sikre god ressursutnyttelse ved poliklinikken (Helsedirektoratet, 2008). Hatling & Magnussen (2000) identifiserte tre hovedformer for avslutningsrutiner for poliklinikker i en undersøkelse av arbeidsformer og produktivitet i barne- og ungdomspsykiatrien:

*a) Ingen etablerte rutiner*

*b) Rutiner basert på konsultasjonsseriens lengde*

*c) Saker vurderes med regelmessige mellomrom*



Regelmessige og strukturerte avslutningsrutiner har i en studie vist seg å benyttes av høyproduktive poliklinikker<sup>21</sup> (Hatling & Magnussen, 2000). BUP Lofoten avslutningsrutiner er mest forenlig med ”ingen etablerte rutiner”, hvor det i stor grad var opp til hver enkelt behandler å avgjøre avslutning i samråd med pasient og/eller pårørende. BUP Lofotens gjennomgående anvendelse av autonomi for behandler var altså også tydelig innenfor deres avslutningsrutiner.

Et dilemma som henger nøye sammen med avslutningsprosedyrer er hvilke kriterier en skal legge til grunn for avslutning. Dette er et meget komplekst spørsmål i psykisk helsevern, hvor svaret vil være hvorvidt man spør pasienten, pårørende, behandler (behandlerkollektivet) eller samarbeidende instanser. For BUP Lofoten var det stor spredning blant behandlerne hvilke kriterier de la til grunn for avslutning.

Det kan tenkes at økt grad av strukturering rundt avslutning fører til høyere pasientgjennomstrømning som en konsekvens av at det ytre etterspørselspresset lettere nedfeller seg i kollektivets vurderinger enn i den enkelte behandlers vurdering. En behandler ved BUP Lofoten uttalte i denne sammenheng at mulighet for drøfting med medarbeidere forenklet avslutning av saker. Samarbeid vedrørende avslutning ville trolig skapt en mer felles oppfatning og ytre press på avslutning av saker. Sinclair (1992) har drøftet problemer forbundet med å definere teamets resultat. Hun viser til at et team har mange oppgaver, og at en lang rekke av de er vanskelig å operasjonalisere i målbare kriterier. Et av problemene forbundet med dette er hvem som skal definere når en oppgave er fullført. Hun hevder derfor: *In many work groups there is a considerable scope for the group to define its own task, and there is evidence that definitions are never permanently resolved – while it*

---

<sup>21</sup> Målt gjennom antall polikliniske konsultasjoner per behandler

*suits one individual to view the task as completed, another will see it differently.* (s.

613)

Det er sannsynlig at BUP Lofoten vil kunne dra nytte av at det utarbeides lokale retningslinjer og kriterier for gjennomgang og evaluering av behandlingsforløp som legges til grunn ved videreføring eller avslutning av behandlingen. Dette, sammen med bruk av behandlingsplan, er anbefalt i veileder i psykisk helsevern for barn og unge for å gjøre evaluering og avslutning av behandlingen mer forutsigbar (Helsedirektoratet, 2008).

#### **4.5 Formalisering Vs. Autonomi**

New Public Management (NPM) som styringsideologi indikerer økt bruk av økonomiske virkemidler, større vekt på resultatmål, innføring av skille mellom helsepolitikk og driften av helsetjenestene, økt vekt på lederfunksjoner, samt større vekt på kundeaspektet gjennom vektlegging av rettigheter og valgfrihet for pasienter og brukere (Mo, 2006). Denne markedstenkningen gjør seg også gjeldende i psykisk helsevern, og vektlegger produktivitetskrav og pasientrettigheter, blant annet i form av ventetidsgaranti. Behandlerne ved BUP Lofoten virker også gjennomgående å være opptatt av produktivitet og pasientrettigheter. Særlig var de opptatt av hvordan de kunne oppnå bedre ressursutnyttelse gjennom å regulere graden struktureringen av ulike arbeidsoppgaver ved poliklinikken jfr. Leavitts systemmodell (gjengitt i Bakka et al., 2004).

Resultatene og den påfølgende diskusjonen belyste dermed noen sentrale organisasjonsteoretiske problemstillinger, begge med betydning for hvordan en organisasjon utnytter sine ressurser:

- a) grad av formalisering i en organisasjon
- b) grad av individuell autonomi i en organisasjon

Organisasjonsteori differensierer mellom formell og uformell struktur (Bakka, Fivelstad & Nordhaug, 2004), hvor *formell struktur* forstås som de hovedregler som søkes opprettholdt i en organisasjon for å styre arbeidsprosessene.

I organisasjonsteori er det innført begrepet *formalisering* for å beskrive i hvor stor grad en legger vekt på regler, instruksjoner og andre formelle strukturer (Bakka, Fivelstad & Nordhaug, 2004). I sin ytterste konsekvens snakker en i det dagligdagse språket om ”skjemavelde” og ”byråkrati”.

Ved BUP Lofoten var det mange behandlere som ønsket økt grad av formalisering i deres arbeid, på samme tid som det rådet en organisasjonskultur ved poliklinikken som vekta behandlernes medbestemmelse og autonomi. Dette gjorde seg særlig gjeldende ved fordeling og avslutning av saker, men også ved utrednings- og behandlingsforløp. Behandlerne etterspurte mer formelle strukturer på mange områder: mer direkte føringer fra inntaksteam ved fordeling av saker, mer strukturering av utredningsforløp og bruk av utredningsverktøy, strukturering av utredningsfremlegg og diagnostisering, økning av formelle samarbeidsarenaer, mer planmessighet og evaluering av behandling og til slutt mer strukturering av avslutningsrutiner. Dette ønsket om formalisering fremstår som et resultat av at behandlerne har hatt positive erfaringer med å strukturere eget arbeid.

På den andre siden kan det tenkes at behandlerne har blitt ”skolert” inn i den dominerende styringslogikk og kunnskapsmodell som NPM og evidensbasert praksis representerer.

Behandlernes motforestillinger til økt grad av formelle strukturer var blant annet ivaretagelse av behandlernes autonomi, at formaliserte prosesser var vanskelige å gjennomføre ved høy arbeidsbelastning, at formaliserte prosesser ofte ikke passet inn i et uforutsigbart fagfelt og at formalisering av prosesser kunne gå på bekostning av klinisk fagutøvelse.

Uformell struktur ivaretar et fokus på menneskelige og sosiale behov som det formelle systemet ikke tilgodeser, og kan påvirke en organisasjon gjennom å dekke sosiale behov, utfylle det formelle systemet, utvanne/fordreie det formelle systemet og kunne bidra til utvikling av fiendtlige holdninger mot organisasjonen og ledelsen (Bakka, Fivelstad & Nordhaug, 2004, s. 71-72). BUP Lofoten har vanskeligheter med å finne en fordelingsmodell som er ressursbesparende og kompetanseutviklende på samme tid som den ivaretar behandlernes autonomi. Dette er et eksempel på hvordan en poliklinikk står i spenningsfeltet mellom formelle og uformelle strukturhensyn med behov for henholdsvis formalisering på den ene siden og autonomi/tillit på den andre siden. Autonomi har blitt fremhevet som bidrag til bedre og mer effektiv beslutningstaking, økt delegering av arbeidsoppgaver og økt kompetanseutvikling hos medarbeidere (Berg, 1997 s 217). Begrepet frihet innenfor ledelsesteoriene brukes ofte i betydning demokratisk ledelse, deltakende ledelse, desentralisering, medarbeiderorientering, delegering og "empowerment". Johannessen og Olaisen (2002) har i en teoretisk gjennomgang av trender i kunnskapsledelse funnet at desto mer kompetansebasert en virksomhet er, desto viktigere var det å gi enkeltindivider autonomi og fleksibilitet. I en undersøkelse av fellestrekk hos "fremragende" bedrifter ble det funnet at utvikling av disiplin og selvledelse blant medarbeidere erstattet behov for hierarki og byråkrati. Var det disiplin i tenkemåte, væremåte og læremåte, trengte man ikke regler og mye kontroll. (Berg, 2002: 114). En annen teoretisk undersøkelse av jobbtilfredshet hos sosialarbeidere konkluderte med at økning i selvopplevd kontroll gir økning i generell jobbtilfredshet, jobbengasjement og organisasjonstilknytning, og lavere andel som søker ny jobb (Mo, 2006). I tillegg var moderat formalisering og krav gunstig for jobbtilfredshet (Mo, 2006).

Graden av formalisering hos BUP Lofoten handler i hovedsak om hvordan det legges til rette for at gode beslutninger underveis i pasientforløp. Gode beslutninger er avgjørende for god kvalitet og god ressursutnyttelse, og den samlede beslutningsevnen i en poliklinikk vil kunne innvirke på pasientgjennomstrømming og ventetider. Teorier om beslutningsprosesser har utspring i normative teorier om rasjonell atferd, og bygger på psykologisk teori og økonomisk teori. *Normativ beslutningsteori* sier noe om hvordan beslutninger ideelt sett bør fattes. Normativ beslutningsteori forutsetter fullstendig informasjon og tilgang til alle alternativer med konsekvenser, og deretter valg av den beste løsningen. *Deskriptiv beslutningsteori* sier noe om hvordan beslutninger reelt fattes, og bygger på at informasjon og andre ressurser er begrenset og fullstendig rasjonalitet sjelden er mulig verken for individ eller organisasjon. Formalisering er tenkt å bidra i retning av normativ beslutningsstøtte.

## 5.0 OPPSUMMERING OG METODEDISKUSJON

Dette kapitlet vil først oppsummere undersøkelsens viktigste funn som belyser problemstillingen og påfølgende implikasjoner for praksis (5.1). Deretter vil datainnsamling, metodevalg og utvalg diskuteres (5.2).

### 5.1 Hvordan oppfattet poliklinikken egen ressursutnyttelse og dens innvirkning på poliklinikkens ventetider

Formålet med undersøkelsen var å belyse hva behandlere ved NLSH Lofoten BUP oppfattet som god og/eller dårlig ressursutnyttelse for kortere ventetid i poliklinisk arbeid med barn og unge. Undersøkelsen var interessert i å belyse både barrierer og faktorer som kunne bidra til god ressursutnyttelse for å kunne si noe om hvordan ventetidsgaranti som sentralinitiert styringssignal kunne møtes ved BUP Lofoten.

Undersøkelsen identifiserte følgende områder som poliklinikken oppfattet som bidrag til god ressursutnyttelse:

- *Henvisningers innhold, kvalitet og relevans*
- *Organisering av inntaksvurderingen*
- *Inntaksteamets form og ansvarsområde*
- *En lite ressurskrevende inntaksprosedyre*
- *Behandlernes mulighet til medbestemmelse og innflytelse*

Resultatene fra undersøkelsen viste at BUP Lofoten gjennomgående hadde beskyttet behandlernes autonomi innenfor de fleste arbeidsområder, noe som ble verdsatt både av

inntaksteam og behandlerne selv. Denne autonomien var dessverre en medvirkende årsak til poliklinikkens vansker med å formalisere deler av arbeidet. Presset fra en markedsorientert helsesektor, med økende fokus på økt aktivitetsregistrering og ventetidsgarantier, virket å ha påvirket behandlerne ved BUP Lofoten til å etterspørre økt grad av struktur. BUP Lofoten opplevde manglende struktur som en gjennomgående barriere for god ressursutnyttelse både ved inntak, utredning, behandling og avslutning.

Følgende områder utmerket seg som barrierer for god ressursutnyttelse ved poliklinikken:

### INNTAK

- *Bruk av vurderingssamtaler i mottaksfasen*
- *Lite restriktive rettighetsvurderinger*
- *Manglende distinksjon mellom avklarte og uavklarte helsehjelpsforløp*
- *Vansker med å finne fordelingsmodell som gir inntaksteam autoritet ved fordeling og samtidig ivaretar behandlernes autonomi*
- *For stor vektlegging av kapasitetshensyn ved fordeling av saker til behandlerne*
- *Mangel på kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten og manglende kjennskap til kommunehelsetjenesten.*

I mottaksfaen ble det anbefalt økt kontaktflate med kommunehelsetjeneste og bruk av sjekklister ved henvisninger for å utfylle ellers gode henvisninger. Vurderingssamtaler ble oppfattet som lite overførbare og lite hensiktsmessige ved poliklinikken.

Rettighetsvurderinger virket å kunne profitere på å ikke ta hensyn til eventuelle mangler i kommunehelsetjenesten, samt profitere på differensiering mellom avklarte og uavklarte tilstander. I tiltaksoppfølgingen var det et ønske om tydeligere fordeling fra inntaksteam, på to behandlere, med større vektlegging og tydeliggjøring av kompetansehensyn. Samtidig ble det vektlagt at inntaksteam gis mulighet til ivaretagelse av behandlernes autonomi gjennom å tilegne seg tilstrekkelig informasjon til å vurdere de hensyn som må tas ved fordeling.

### UTREDNING

- *Manglende struktur/planmessighet i utredning*
- *Utydelig og lite oppdatert bruk av utredningsverktøy*
- *Vanskelig å finne tid/sted for saksfremlegg/diagnostisering*
- *Ikke tilstrekkelig bruk av forskjeller i kompetanse blant de ansatte*
- *Mangel på formelle drøftingspunkter/samarbeid*

Resultatene indikerte at BUP Lofoten kunne nyttiggjort seg en felles plan og retningslinjer for hvilke utredningsverktøy som benyttes innenfor ulike utredningsområder, hvilken basisutredning som skal foreligge for alle utredninger, hvem som besitter kompetansen til å administrere/vurdere for hvert enkelt utredningsinstrument og hvordan ivareta tilstrekkelig opplæring på bruk av instrumenter. Vansker med å diagnostisere kunne vært bedret gjennom å tilrettelegge for flere arenaer for diagnostisering, økt tverrfaglighet og samarbeid underveis i utredningen og mer samkjøring av hva som forventes av saksfremlegg. BUP Lofoten kunne rettet mer fokus på kompetanseforskjellene i behandlergruppen, blant annet gjennom mer kompetansehensyn ved fordeling og bruk av tverrfaglighet i utredningsplaner.

### BEHANDLING/AVSLUTNING

- *Mangel på fokus/målsettinger av behandling*
- *Mangel på evaluering av behandling*
- *Mangel på felles avslutningsrutiner*
- *Lite samarbeid og felles drøftinger rundt avslutninger*

Behandlernes vurdering av planløshet og manglende evaluering av behandling tilsier en mulig gevinst på å øke planmessighet i behandling, for eksempel gjennom bruk av skriftlig behandlingsplan. BUP Lofoten kunne dratt nytte av at det ble utarbeidet lokale retningslinjer for evaluering av behandlingsforløp og strukturerte avslutningsrutiner, noe som bruk av behandlingsplan kunne medvirket til.



## 5.2 Metodediskusjon

### 5.2.1 Valg av problemstilling

Tema for problemstilling var forhåndsdefinert av poliklinikkens ledelse, noe som bidro til å begrense de eventuelle utfordringer egen forforståelse kunne hatt i utforming av problemstilling. Likevel hadde undertegnede frihet til å utforme problemstillingens ordlyd og videre metodevalg og gjennomføring. Undertegnede var også interessert i temaet ressursutnyttelse i poliklinisk arbeid, da jeg i min hovedpraksis registrerte at det gjennomgående var vanskelig å utnytte mine ressurser som behandler på en god måte. Denne forforståelsen av barrierer for god utnyttelse av den totale ressurstilgangen ved poliklinikken medførte at jeg søkte mot litteratur som omhandlet produktivitet og effektivitet. Dette har igjen medført at oppgaven nok har blitt influert av organisasjonspsykologi og ledelsesteori, blant annet gjennom et fokus på hvilke konsekvenser markedstenkningen kan få i det polikliniske arbeidet.

I arbeidet med datagrunnlaget ble det tydelig at ressursutnyttelse og ventetid var relatert til hele behandlingsforløp, fra inntak til avslutning. Underveis i oppgaven ble det derfor tydelig at problemstillingen var lite avgrenset, og åpnet for en svært generell og bred undersøkelse av ressursutnyttelse ved poliklinikken. Det ble dermed gjennomgående en utfordring i analysen og diskusjonen og forstå de grove linjene i det behandlerne formidlet gjennom mer detaljerte og konkrete beskrivelser. Undersøkelsen har dermed fått en bredde i fremstillingen som har gått på bekostning av et mer detaljert fokus. Resultatene bærer preg av den bredde som problemstillingen har lagt opp til, noe som har resultert i at det er identifisert barrierer og bidrag til ressursutnyttelse på et mer overordnet nivå enn hva som kunne vært tilfelle ved en mer avgrenset problemstilling.

Ordlyden i problemstillingen vektla "ressursutnyttelse" som begrep. Dette viste seg etter hvert å være et vanskelig begrep å operasjonalisere, og som omfattet det meste i det polikliniske arbeidet. Produktivitet anvendes som begrep for å måle utnyttelse av ressurser. Mål på produktivitet er nyttig og nødvendig, men nytten vil avhenge både av hvor presise målene er og av hvordan de blir tolket. Ved empiriske analyser av produktivitet møter man betydelige utfordringer knyttet til kvalitet på aktivitetsinformasjon (data), kunnskap og forutsetninger om forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet (teknologi) og beregning av produktivetsmålene (metode). Måling av produktivitet er en vanskelig øvelse, og mål på produktivitet vil være beheftet med usikkerhet. Dersom nasjonale statistikk benyttes som førende på et for lavt nivå, kan dette gi grunnlag for feilslutninger. Samtidig er mål på produktivitet omfattet med stor og berettiget interesse fra allmennhet, medier og beslutningstakere. Det synes dermed lite fruktbart å «holde» tilbake de målinger som faktisk utføres på det datagrunnlaget som i dag er til stede, blant annet gjennom norsk pasientregister (NPR) og SAMDATA. Det er derimot sjelden at det foreligger kvalitative studier som forsøker å identifisere årsaker til produktivitet, slik som denne undersøkelsen har forsøkt. Et annet mulig problem ved kvantitative målinger av produktivitet er forholdet mellom (lav) produktivitet og (høy) kvalitet. Sammenlikninger av produktivitet forutsetter at det ikke er uobserverbare forskjeller i kvalitet. Dersom kvaliteten er vanskelig observerbar, kan kvalitetsforskjeller feiltolkes som forskjeller i produktivitet.

Det har gjennomgående vært en utfordring å få relatert problemstillingen til relevant psykologisk teori. Dette på tross av at problemstillingen omhandler hvordan det polikliniske tilbudet kan anvende sine psykologiske ressurser på en best mulig måte. Temaene autonomi og formalisering er riktignok en sentral del av organisasjonspsykologien, og utgjør en vesentlig del i denne undersøkelsen.

### **5.2.2 Utvalg**

Utvalget var strategisk, sammensatt ut fra den målsettingen at utvalget hadde potensial til å belyse problemstillingen som lå til grunn. For å få utdypet kjennskap til barrierer og bidrag til ressursutnyttelse ved en poliklinikk, var det behandlerne som kunne bidra med ny kunnskap relatert til problemstillingen. Utvalgets mange ytringer og meninger rundt temaet ressursutnyttelse viser hvor nærliggende dette er i deres arbeidshverdag. Behandlernes forskjellige yrkesbakgrunn og forskjellige ansiennitet ved poliklinikken har nok bidratt til å få frem mange nyanser og mangfold. Utvalgets omgang begrenset seg selv på en liten poliklinikk. Det ble i tillegg ekskludert noen personer fra utvalget, hvor deres deltakelse ville kunne begrenset undersøkelsens validitet.

Hele utvalget hadde noe yrkesfaglig kjennskap til undertegnede før gjennomføring av intervju, da undertegnede samtidig som intervjuene ble gjennomført var ansatt i deltidsstilling ved poliklinikken. Dette kan ha medført at informantene ble mer forsiktige med sine uttalelser, men det kan også ha medført at de opplevde seg mer trygg og åpen i intervjusituasjonen. For å forhindre at kjennskapen til informantene skulle påvirke analysefasen, ble intervjuene tildelt nye navn og nummer før analysefasen ble påbegynt, slik at undertegnede ikke skulle påvirkes av den foreliggende kjennskapen.

### **5.2.3 Gjennomføring**

Valg av kvalitativ metode ble gjort med den hensikt å få en dypere kunnskap om hva behandlerne og inntaksteam ved BUP Lofoten opplevde som barrierer og bidrag til god ressursutnyttelse ved poliklinikken. Styrken ved denne undersøkelsen var nettopp at den hadde muligheten til å gå i dybden på hva behandlere ved en bestemt poliklinikk mente var relevant for

god ressursutnyttelse, altså gi informasjon som kunne si noe om forhold utover den registrerte ressursutnyttelsen som publiseres gjennom NPR og SAMDATA. .

Kvalitativ forskningsmetode er velegnet tilnærming til helsetjenesteforskning når formålet er evaluering av helsevesenets funksjon og spesifikke intervensjoner (Koch & Vallgård, 2003; Malterud, 2002). Anvendelse av en kvalitativ studie fører med seg både fordeler og ulemper. Utvalget var et lite utvalg i forhold til hva som er kunne være ønskelig, men utvalget begrenset seg selv. Datamaterialet var riktignok tilstrekkelig for en grundig kvalitativ analyse, da hver enkelt behandler fikk mye rom til å utdype sine ytringer. Valg av metode ble gjort med den hensikt å få en dypere kunnskap om hvordan behandlerne og inntaksteam ved BUP Lofoten opplevde ressursutnyttelse i forhold til ventetidsgaranti. Like stor dybde av problemstillingen hadde vært vanskelig å fange opp med et rent strukturert spørreskjema tiltenkt en kvantitativ undersøkelse.

#### **5.2.4 Studiens validitet/reliabilitet**

Etter undersøkelsen ble gjennomført har det skjedd en rekke endringer i poliklinikkens personalsammensetning. I tillegg har poliklinikkens regionale helseforetak gjennomført en rekke organisatoriske endringer. Resultatene inneholder i så måte bare opplevde barrierer og bidrag til ressursutnyttelse på et gitt tidspunkt for en gitt poliklinikk.

En frykt for ikke å fylle forventningene etter at ventetidsgarantien ble innført, og å skulle vurderes i denne studien, kan ha fått respondentene til å svare i favør av det nye NMP-paradigmet som influerer helsesektoren. Ønsket om å tilfredsstille de krav som blir stilt av mangfoldige veiledere og nye lover kan ha forledet informantene til å tilpasse sin tenkning og modell av sitt arbeid til NMP-paradigmet. Dette ville i så fall medført til at resultatene viser

færre problemer enn i realiteten. Undertegnedes kjennskap til informantene og poliklinikken kan også ha bidratt til å utfordre undersøkelsens validitet. Denne kjennskapen har det vært forsøkt å begrense de negative innvirkningene av gjennom å være svært lite tolkende i analysefasen. Informantene har også blitt godt informert om taushetsplikt og anonymisering av datamaterialet, og det virket i liten grad som om informantene var forhindret i å uttrykke sine meninger.

# REFERANSER

Agledal-utvalget (2006) Tidlig hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsministeren. 2006. Oslo.

Andersson, H.W. og Norvoll, R. (2006) Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet i henvisningen i epikrisen. SINTEF A595.

Andersson, H.W. (2009) Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge, SINTEF, A9714

Bakka J. F., Fivelstad E., Nordhaug O. (2004) Organisasjon og ledelse. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Berg, M.E. (1997) Organisasjonsutvikling – metoder og teknikker, Cappelen Akademisk Forlag, 2. utgave, Oslo

Biørn, E., Iversen, T. og Hagen, T. (2003) The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992–2000. *Health Care Manage Sci* 2003; 6: 271–83.

Byrkjeflot, H. (2004) *The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway*. I Andresen, A (red.) (2004) m.fl: Hospitals, pasients and medicine 1800-2000. Bergen: Rokkan Rapport 6

Den norske legeforening (2004-2005) Rapport om gjennombruddsprosjektet. Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser (KEPP). Skriftserie for leger: utdanning og kvalitetsutvikling

Folgerø Johannesen, B. (2004) Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering. Bergen: Rokkan Notat 22-2004

Giorgi, A. (1985) Sketch of a psychological phenomenological method. I Giorgi, A. (1985) Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Duquesne Univ Press, s. 8-22.

Halsteinli, V. (2008) Produktivitetsutvikling i BUP poliklinikker 1998-2006: Betydningen av endret pasientsammensetning. SINTEF A6587. SINTEF Helse.

Hatling, T. og Magnussen, J. (2000) Evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. SFT78. A-99540. Trondheim: Sintef Unimed.

Helsedirektoratet (2008) Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, IS-1570. Oslo Forlagstrykkeri.

Holm, S. (2007) Jobbtilfredshet og motivasjon blant sosialarbeidere. En kvantitativ undersøkelse av betydningen av arbeidsmiljøforhold for jobbtilfredshet og motivasjon. Masteroppgave, Universitetet i Oslo

Jensen, J. og Wærsted, M. (2004) Arbeidsforhold av betydning for helse: Rapport om internasjonal forskning på området arbeid og helse. Oslo: STAMI.

Johannessen, J.A. og Olaisen, J. (2002) Kompetansebasert verdiskaping: strategier og lederatferd, *Magma* – årgang 5, nr. 4 – 2002

Karasek, R. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-306.

Kvale, S. (2002) Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Mahoney, T. A. (1990). Productivity defined: The relativity of efficiency, effectiveness, and change. I J. P. Campbell & R. J. Campbell (Eds.), *Productivity in organizations* (pp. 13-39). San Fransisco: Jossey-Bass.

Malterud, K. (2003) Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget.

Mo, T. O. (2006) Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus. Doktorgradsavhandling, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU

Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern for voksne og BUP (2008)



Norsk pasientregister (IS-1553/2007) Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2007, Helsedirektoratet

Norsk pasientregister (IS-1572/2008) Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2008. Oslo, Helsedirektoratet

Norsk pasientregister (IS-10/2008) Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2008. Oslo, Helsedirektoratet

NOU (2000: 21) En strategi for sysselsetting og verdiskaping

Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m.

Ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen

Prioriteringsveileder for spesialisthelsetjenesten (2008) Generell del; utkast. Oslo, Helsedirektoratet

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse .....”sammen om psykisk helse”, [http://www.shdir.no/psykisk/opptrappingsplanen/strategiplanbarn\\_og\\_unge/](http://www.shdir.no/psykisk/opptrappingsplanen/strategiplanbarn_og_unge/) (09.12.08)

Riksrevisjonen (2007) Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dokument nr. 3:7.

SAMDATA somatikk (2004) Sektorrapport 2003. Rapport 1/04. Trondheim: SINTEF Helse.

Sinclair, A. (1992) The tyranny of a team ideology. *Organization Studies*. 13, 4, 611-626.

SINTEF Helse (2008a) SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007.

Helsedirektoratet, SINTEF A7840

SINTEF HELSE (2008b) Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA. Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet

Smith, J. A. (1995) Semi-Structured Interviewing and Qualitative Analysis. I J. A. Smith, R. Harré & L. V. Langenhove (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology*. London: SAGE Publications.

Stortingsmelding nr 25 (1996- 1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

St. prp. nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

Strauss, A. og Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage

Vareide, P. K. (2001) *Sykehusreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene*, Sintef Unimed

Prioriteringsveileder (2009:IS-1570) Psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet

Øvretveit, J. (1996) Five ways to describe a multidisciplinary team, *Journal of interprofessional care*, Vol. 10, No. 2:163-171.

## **Vedlegg 1:**

### **Intervjuguide behandlere**

#### **Kort presentasjon av prosjektet**

#### **Taushetsplikt/anonymitet**

#### **Lydopptak**

#### **Formelle opplysninger:**

Alder:

Formell utdanning:

Stilling:

#### **1. Ressursutnyttelse/produktivitet**

- Omtrent hvor mange klienter har du til enhver tid på tiltak?
- Omtrent hvor mange konsultasjoner har du i løpet av en dag?
- Hvis du skulle velge, hvor mange klienter skulle du til enhver tid hatt på tiltak?
- Hvis du skulle velge, hvor mange konsultasjoner ville du hatt i løpet av en dag?

- Anslå prosentvis hvor mye tid du benytter i løpet av en dag på hver av disse tre kategoriene:

- a) Direkte pasientrelatert arbeid
- b) Indirekte pasientrelatert arbeid
- c) Ikke pasientrelatert arbeid

- I hvilken grad oppfatter du at tiden brukes hensiktsmessig av de ansatte på avdelingen (BUP)? Begrunn.

- a) *Svært lite hensiktsmessig tidsbruk,*
- b) *Lite hensiktsmessig tidsbruk,*
- c) *Normalt hensiktsmessig tidsbruk,*
- d) *Over normalt hensiktsmessig tidsbruk,*
- e) *Svært hensiktsmessig tidsbruk.*

- I hvilken grad opplever du at din egen tid brukes hensiktsmessig på avdelingen? Begrunn.

- a) *Svært lite hensiktsmessig tidsbruk,*
- b) *Lite hensiktsmessig tidsbruk,*

- c) *Normalt hensiktsmessig tidsbruk,*
- d) *Over normalt hensiktsmessig tidsbruk,*
- e) *Svært hensiktsmessig tidsbruk.*

## 2. Inntak

- Hvordan opplever du den praktiske gjennomføringen av inntak som benyttes i dag (inntaksteam, inntaksmøte, fordeling)?
- Hvordan går du frem for å vurdere hvorvidt du har ledig kapasitet til nye inntak?

## 3. Utredning

- Assosier fritt rundt følgende punkter med utgangspunkt i hvordan du jobber med utredninger på BUP:
  - *utredningsmal/standardisert prosedyre*
  - *utredningsplan*
  - *tverrfaglig samarbeid*
  - *utredningsverktøy*
  - *Diagnostisering*
- Hva kunne hjulpet deg med å effektivisere utredningsprosessen?
- Hva kunne hjulpet deg med å kvalitetssikre utredningsprosessen?

## 4. Behandling

- Hvor langt i tid er et ”vanlig” klientforløp med deg som behandler (fra inntak til avslutning)?
- Hvor mange konsultasjoner vil du anta utgjør et gjennomsnitt for det du tilbyr dine klienter fra oppstart til avslutning?
- *For- og etterarbeid*
  - Hvor mye tid bruker du vanligvis på forarbeid før en konsultasjon (i min.)?
  - Hvor mye tid bruker du vanligvis på etterarbeid (inkl. journalføring) etter en konsultasjon?
- Hvordan er utredningstiltak og behandlingstiltak atskilt i dine klientforløp?
- I hvilken grad jobber du ut i fra en spesifikk behandlingsplan?
- På hvilken måte er andre behandlere internt i BUP en del av dine behandlingsforløp?

## 5. Utskriving/avslutning

- Når avsluttes saker? (opp til behandler?, standardisert?/prosedyre?)
- Hvordan avsluttes saker? (opp til behandler?, standardisert?/prosedyre?)
- Hvilke rutiner følges ved avslutning av en sak?

## **6. Journalføring**

- I hvilken grad eksisterer det retningslinjer for hvordan journalføring skal gjennomføres? Forklar.
- Er det noe du opplever som en utfordring ift journalføring?
- Kan noe gjøres for å redusere anvendt tid på journalskriving– i så fall hva?

## **7. Forslag til forbedring**

- Er det avslutningsvis særlige forhold du vil påpeke som kan være med å forhindre optimal ressursutnyttelse på noen av følgende områder: 1) Samarbeid internt 2) Samarbeid eksternt 3) Administrativt arbeid

## Vedlegg 2:

### Intervjuguide inntaksteam

#### Mottaksfasen

- **Generelt**
  - o Gjeldende inntaksprosedyre/rutine slik som den fungerer i dag? (aktører, tidsbruk, hvem er involvert)
  - o På hvilken måte kan inntaksteamet være med å påvirke ventetid?

#### 1. vurdering av hvorvidt pasienten bør mottas/avvises

- **Kvalitet på henvisning**
  - o Hvem henviser?
  - o Hva mangler oftest
  - o Hva behøves for å kunne gjøre en god vurdering
  - o Hvor ofte kontaktes henvisende instans for oppklaring?
  - o På hvilken måte er henvisende instanser informert om hva som forventes i en henvisning?
  - o På hvilke områder oppstår det vanskeligheter
  - o Hva er gjort for å forbedre henvisninger
  - o Hvilke rutiner eksisterer ved mangler
  - o Avtaler med 1.linje i ventetiden
- **Tilbakemelding til henviser/pasient**
- Hva inneholder tilbakemelding til henviser?
- Begrunnelse for avgjørelse/vurdering?
- Forslag til tiltak/anbefalinger til tiltak i ventetiden?
- **Merkantilt arbeid ved inntak**
  - o Hvordan vurderer dere den merkantile utformingen ved inntaksfasen?

#### 2. vurdering av hvorvidt pasienten har krav på behandlingsgaranti

- **Prioritering:**
- På hvilken måte ivaretas de nasjonale prioriteringsforskriftene?
- **Vurderingssamtale**
  - o *Inntaksvurderingen bør, så langt det er mulig, skje i direkte kontakt med pasient/foreldre (veileder for drift av dps)*
- Når bør vurderingssamtale gjennomføres? Fordeler/ulempes?
- Hvilke ordninger har tidligere fungert her ved poliklinikken ift dette temaet?
- Foreligger det noen rutine/mal for hva som skal bli gjennomgått i en vurderingssamtale?

#### Tiltaksoppfølging

#### 3. Vurdering av hvilken type problem pasienten representerer, og hvordan man bør legge opp tilnærmingen på kort og lang sikt

- Hvordan fungerer dagens ordning med både direkte inntak og vurderingssamtaler?
- Hvilke forventninger settes ift tilbakemeldingsfrist?
  - Diagnose
  - Utredningstid (hvor lang?)
  - Behandlingslutt
  - vurdering av om pasient har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester – IP
  - Utredningsrapport? Benyttes det? Bør det benyttes?
  - Brukerfornøydhetsskjema

- **Inntaksteamets rolle i:**

- Utarbeidelse av utredningsplan
  - Hvem som gjør det
  - Hvilken type utredning
  - Tilbakemelding
  - Skal alle nye klienter gjennom et standardoppsett av utredninger/tester, eller skal det vurderes ut fra hver enkelt klient (her er det et kontinuum)?
- Utarbeidelse av behandlingsplan
- Diagnostisk vurdering
- Organisering av tverrfaglighet

**4. Vurdering av hvilken behandler som bør følge opp saken videre**

- inntaksmøtets autoritet til å fordele pasienter på enkeltbehandlere
- kontinuerlig lederoppfølging av pasientbelastning på den enkelte behandler

- **Fordeling av saker**

- Hvordan avgjøres fordeling
  - Inntaksteamets rolle i fordelingen
  - Retningslinjer for utredning/behandling
  - Medarbeidere
  - På hvilken måte kan dette best organiseres
  - Føringer på hvem som bør innkalles til 1. samtale
  - Når bør symptomkartlegging gjennomføres?
- Kompetanseprofil for poliklinikken? Hvordan ivaretar inntaksteam poliklinikkens tverrfaglighet?
- Kompetanseplan for poliklinikken
- Geografisk inndeling (Svolvær-gravdal)
- Kapasitetshensyn?
- Profesjonsspesifikk kompetanse
- Spesialkompetanse/individuell kompetanse.

- **Samarbeidsråd for inntak**



## Vedlegg 3

### Ventetider til utredning/behandling i psykisk helsevern for barn og unge

Fig. 2 Gjennomsnittlig ventetid til utredning eller behandling innen psykisk helsevern for barn og unge. 1. tertial 2006-08 (tall fra NPR-IS 1572)

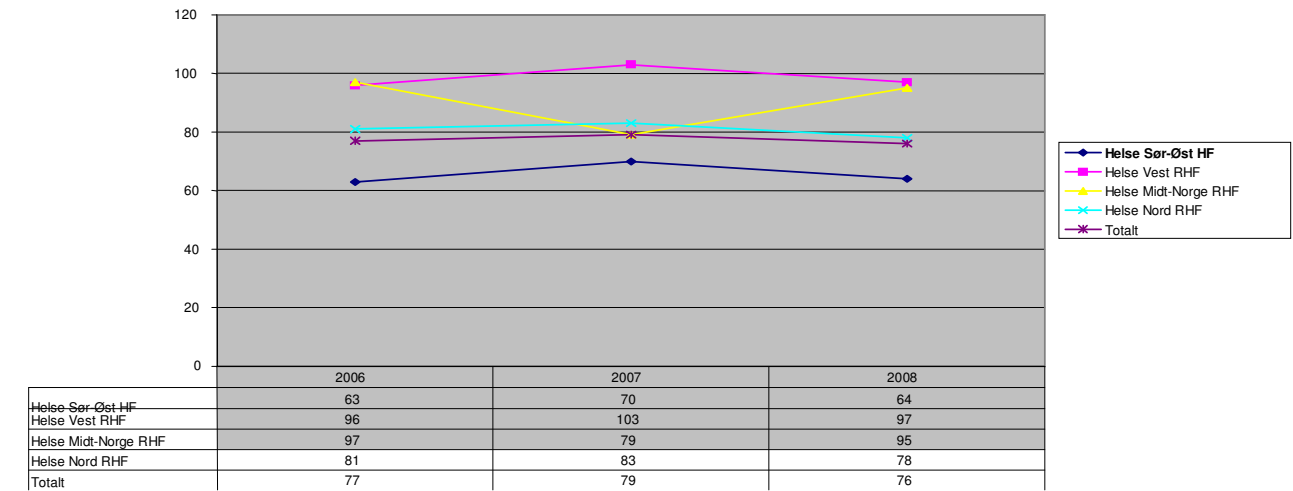
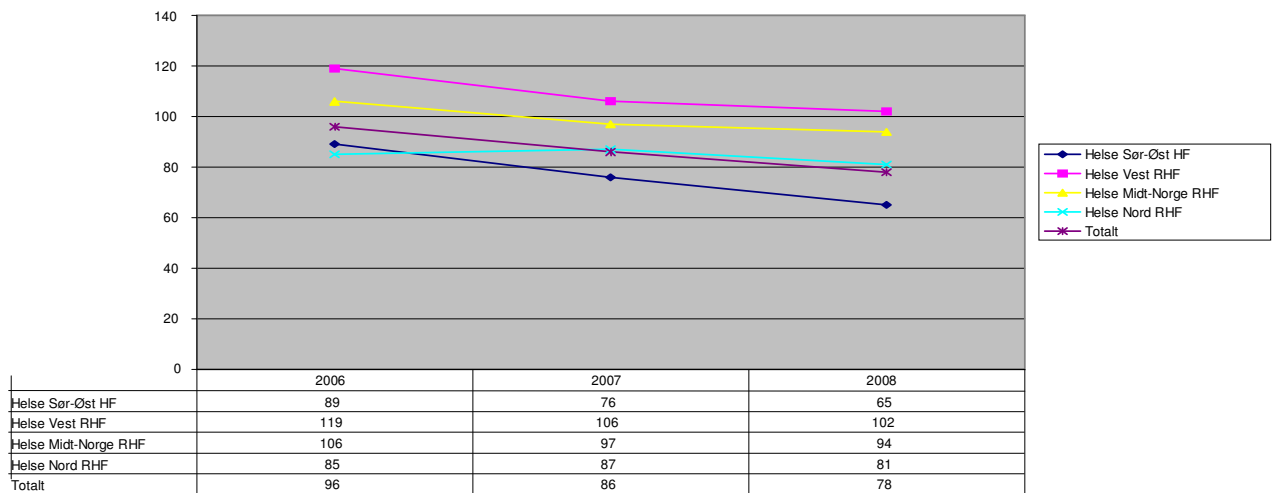
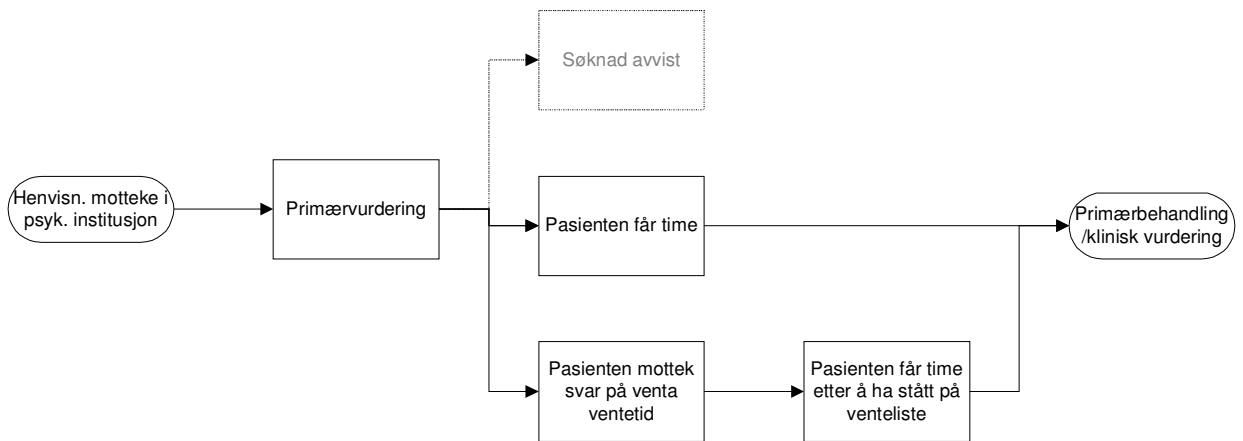


Fig. 3 Gjennomsnittlig ventetid til utredning eller behandling innen psykisk helsevern for barn og unge, fordelt per regionale helseforetak. 2. tertial 2006-08 (data fra NPR- IS-10/2008)

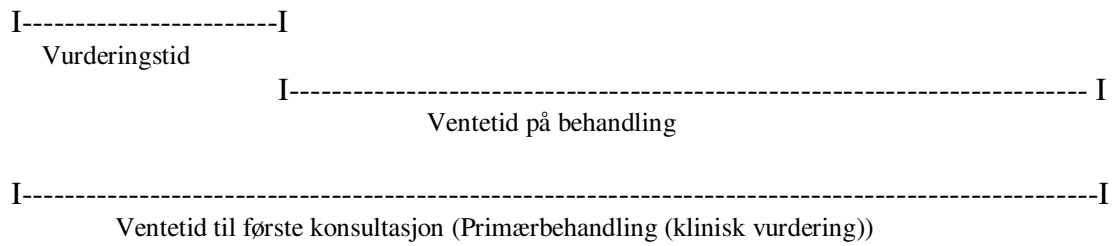


## Vedlegg 4:

### Figuroversikt over definisjoner på ventetid



**Figur 4 Ventetid**



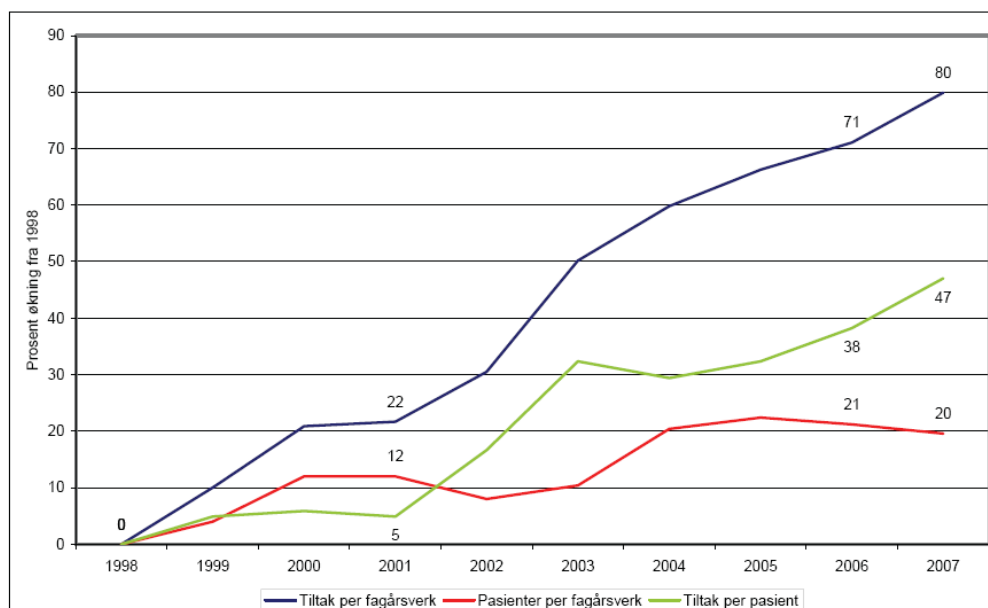
## Vedlegg 5:

**Produktivitetsindikatorer:** Tabell viser en oversikt over produktivitetsindikatorer innenfor de fire regionale helseforetakene for året 2007, i tillegg til prosentvis endring fra 2006 til 2007.

RHF	Sum tiltak per fagårsverk 2007	Prosent endring 2006-2007	Sum tiltak per pasient 2007	Prosent endring 2006-2007	Antall pasienter per fagårsverk 2007	Prosent endring 2006-2007
Helse Sør-Øst	505	6,4	15,7	6,8	32	-0,4
Helse Vest	386	1,6	15,0	7,2	26	-5,2
Helse Midt-Norge	360	6,2	13,2	9,2	27	-2,7
Helse Nord	413	3,5	13,7	2,6	30	0,9
<b>Totalt</b>	<b>448</b>	<b>5,1</b>	<b>15,0</b>	<b>6,6</b>	<b>30</b>	<b>-1,4</b>

Tiltak per fagårsverk og per pasient, pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Tall for regionale helseforetak- 2007 og endring fra 2006 (SINTEF Helse, 2008b)

Figur viser samtidig de prosentvise endringene på produktivitetsindikatorerne på nasjonalt plan for perioden 1998-2007.



Prosentvis endring i produktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge målt ved antall tiltak, pasienter per fagårsverk og tiltak per pasient. 1998-2007 (Figur hentet fra SINTEF Helse, 2008a)

## Vedlegg 6: Organiseringsmodeller av inntak

