



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

Dokument nr. 3:7 (2006–2007)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 785

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige etater kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefaks: 22 24 98 60
E-post: publikasjoner@dss.dep.no
www.publikasjoner.no

Andre kan bestille fra Akademika
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 8134 Dep
0033 Oslo
Telefon: 22 18 81 23
Telefaks: 22 18 81 01
E-post: offpubl@akademika.no

ISBN 978-82-90811-56-8

Forsidefoto: Robert Bråthen/Samfoto



Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

Dokument nr. 3:7 (2006–2007)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:7 (2006–2007)
Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

Riksrevisjonen, 10. mai 2007

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	7
2	Oppsummering av undersøkelsen	7
2.1	Kvaliteten på offentlig helsestatistikk innen psykisk helsevern for barn og unge er for dårlig	8
2.2	Behandlingstilbudet er ikke likeverdig, og mange poliklinikker har langt igjen før måltallet for dekningsgrad nås	11
2.3	Det er mangler ved tjenestenes kvalitet på både system- og individnivå	12
2.4	Oppgavefordelingen mellom tjenestene er uklar, og samarbeidsavtaler og samarbeidsverktøy benyttes ikke som forutsatt	13
3	Riksrevisjonens bemerkninger	14
4	Helse- og omsorgsdepartementets svar	15
5	Riksrevisjonens uttalelse	18
	Vedlegg: Rapport	21

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

1 Innledning

Fra 1999 og fram til og med 2008 pågår det en satsing for å forbedre tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dette er en del av en generell satsing på psykiatrien, vedtatt av Stortinget 17. juni 1998 ved opptrappingsplanen for psykisk helse.¹ Planen gjaldt opprinnelig for perioden 1999–2006, men ble ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004), jf. B.innst. S. nr. 11 (2003–2004), vedtatt utvidet med to år til 2008. Årsaken var at det fortsatt var svak måloppnåelse på enkelte områder, slik at flere av målsettingene ikke ville nås i 2006. Samtidig har data fra Samdata vist svært lav produktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse i hvilken grad barn og unge med psykiske problemer får et tilfredsstillende tilbud fra kommunene og poliklinikkene. Undersøkelsen behandler følgende problemstillinger:

- 1 Hvor gyldige og pålitelige er indikatorene som brukes i produktivitetsanalyser for poliklinikkene innen psykisk helsevern for barn og unge?
- 2 Hvordan er kapasiteten i de kommunale tjenestetilbudene og i poliklinikkene?
- 3 I hvilken grad retter det kommunale tjenestetilbudet og poliklinikkene nok oppmerksomhet mot kvaliteten i tjenestene?
- 4 I hvilken grad er det et velfungerende samarbeid mellom de kommunale tjenesteyterne, og mellom disse og poliklinikkene?

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet 16. februar 2007. Departementet har i brev av 16. mars 2007 avgitt uttalelse til forholdene som er tatt opp i rapporten. Departementets merknader til rapportens faktadel og vurderingene er gjennomgått og i hovedsak tatt hensyn til og innarbeidet i rapporten.

Departementets øvrige kommentarer til rapporten er innarbeidet under punkt 2 nedenfor. Riksrevisjonens rapport om undersøkelsen følger som trykt vedlegg.

2 Oppsummering av undersøkelsen

Undersøkelsens problemstillinger er belyst ved hjelp av allment tilgjengelige data fra Samdata, Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå, og ved egne undersøkelser i en journalgjennomgang, en spørreundersøkelse og en dokumentanalyse.

I journalgjennomgangen ble det valgt ut 12 poliklinikker og 220 journaler for pasienter fra 20 forskjellige bostedskommuner. I de tilfellene der pasientene også var brukere av de kommunale tjenestene, ble journalen deres i tillegg gjennomgått hos helsestasjon/skolehelsetjeneste, PP-tjeneste og barnevern. Pasientene er henvist etter 31. desember 2002, og behandlingsperioden ble avsluttet senest 30. juni 2005. I journalgjennomgangen i poliklinikkene ble det registrert opplysninger om blant annet hyppighet, lengde og type konsultasjon, individuell plan, henvisninger og epikriser. Det er undersøkt om pasienten har fått utarbeidet behandlingsplan, er blitt utredet og diagnostisert, og eventuelt hvor lang tid dette har tatt. I poliklinikkene og PP-tjenesten gjelder dette også alle tester og kartlegginger som er utført. Hos alle tjenesteytere er all kontakt med andre tjenesteytere i form av telefoner, brev og møter registrert. Dataene fra denne gjennomgangen er supplert og utdypet med resultater fra spørreundersøkelsen og data fra SINTEF Helse (Samdata) og Norsk pasientregister.

Spørreundersøkelsen omfatter alle landets poliklinikker og de kommunale tjenesteyterne innenfor helsestasjon, PP-tjeneste og barnevern i 152 kommuner. Poliklinikkene og kommunene som inngår i utvalget for journalgjennomgangen, er også med i spørreundersøkelsen. De øvrige kommunene er plukket ut slik at både byer og distrikter og alle landsdeler er representert i utvalget. Det er også tatt hensyn til kommunestørrelse. 85 poliklinikker, 118 helsestasjoner/skole-

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

helsetjenester, 104 PP-tjenester og 118 barneverntjenester har besvart spørreskjemaet.

Informasjon fra journalgjennomgangen er brukt til å vurdere påliteligheten og gyldigheten til produktivitetsindikatorerne, jf. beskrivelse nedenfor i punkt 2.1, første avsnitt. Kapasiteten i tilbudet er belyst ved å innhente opplysninger om fagårsverk i spørreundersøkelsen. Utviklingen over tid er vist ved hjelp av data fra Statistisk sentralbyrå. For å vurdere kapasitet ut fra forholdet mellom nyhenviste, pasienter som har fått tilbud om behandling, og ventetid er det innhentet data fra Norsk pasientregister.

For å besvare spørsmålet om poliklinikkene og det kommunale tjenestetilbudet retter tilstrekkelig oppmerksomhet mot kvaliteten i tjenestene, er de aktørene som omfattes av journalgjennomgangen, bedt om å gi en beskrivelse av hvordan de etterkommer kravene i internkontrollforskriften.² Analysen bygger på de mottatte beskrivelsene, men det er ikke kontrollert om systemet er implementert i den daglige driften. I tillegg bygger denne delen av undersøkelsen på svar fra spørreundersøkelsen og data fra journalgjennomgangen.

Samarbeidet mellom poliklinikken og de kommunale tjenestene, og mellom de kommunale tjenestene, er belyst ved hjelp av data fra spørreundersøkelsen og journalgjennomgangen. Spørreundersøkelsen belyser både overordnede forhold som omfang av samarbeidsavtaler og aktørenes oppfatning av ulike aspekter ved samarbeidet. Journalgjennomgangen gir supplerende data for hvordan samarbeidet om den enkelte pasient fungerer i praksis.

Departementet kritiserer det metodiske grunnlaget i rapporten. Etter departementets mening er ikke utvalgene i journalgjennomgangen representative. Pasientene burde etter deres syn vært sammenlignbare også når det gjelder diagnoser, symptom- og funksjonsscore samt hvor i behandlingsforløpet de befinner seg. Departementet kritiserer også at noen av spørsmålene i spørreundersøkelsen virker vanskelige å besvare, og i for liten grad er konkrete. Videre blir det påpekt at svarene kan variere ut fra respondents stilling i virksomheten.

Riksrevisjonen vil understreke at undersøkelsen bygger på mange datakilder – både på sentral helsestatistikk og dataregistre og på Riksrevisjonens egne undersøkelser. Poliklinikkene er valgt ut fra representativitet når det gjelder både helseregion, produktivitet og størrelse. Videre er journalene for et utvalg på 220 pasienter gjennomgått, og registrerte data gjelder hele behandlingsforløpet. Dette utvalget er gjort ut fra alder og kjønn, og i den grad utvalget ikke er representativt når det gjelder diagnoser, vil dette etter Riksrevisjonens vurdering av undersøkelsens formål ikke påvirke konklusjonene. Spørreskjemaundersøkelsen er gjennomført i alle landets poliklinikker og i 152 kommuner. Det ble i forkant av denne gjennomført pilotundersøkelser i tre poliklinikker og i to kommuner, og noen spørsmål ble utformet med bistand fra Sosial- og helsedirektoratet. Det ble ved utsendelsen av skjemaene ikke lagt føringer på hvem som skulle besvare dem. Skjemaene ble sendt til dem som virksomhetene selv hadde oppgitt som kontaktpersoner. I de fleste tilfellene har virksomhetens leder fylt ut skjemaet. Riksrevisjonen mener at undersøkelsen gir et dekkende bilde av situasjonen for de områdene den omfatter.

2.1 Kvaliteten på offentlig helsestatistikk innen psykisk helsevern for barn og unge er for dårlig

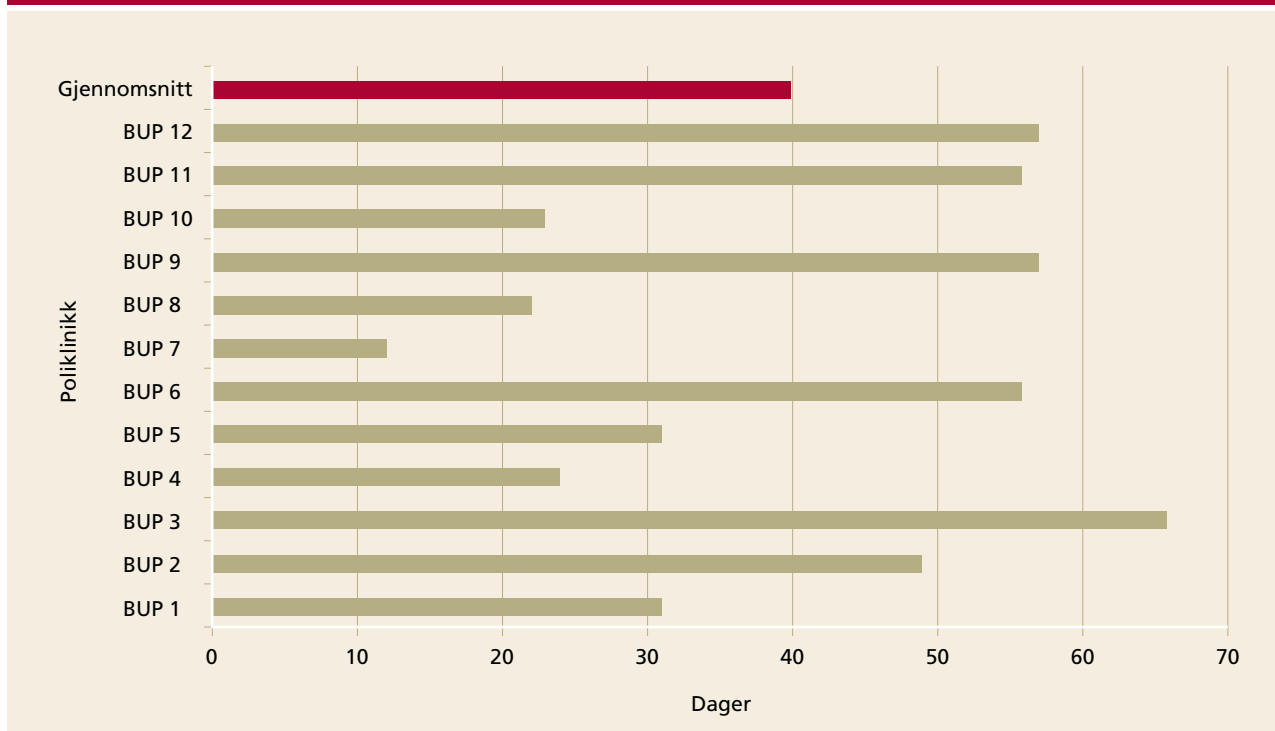
I produktivitetsanalyser av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer benyttes vanligvis følgende tre forholdstall:

- Antall pasienter per fagårsverk
- Antall tiltak per fagårsverk
- Antall tiltak per pasient

Antall *pasienter* benyttes som mål for produksjonen i poliklinikkene. Når det rapporteres om antall pasienter, blir alle pasienter som poliklinikken har vært i kontakt med i løpet av et år, tatt med. Hver pasient telles én gang, og det skilles ikke mellom dem som går til regelmessige konsultasjoner gjennom hele året, og dem som kun har hatt én eller få kontakter i løpet av året. Det er også slik at samme pasient telles hvert år så lenge henvisningsperioden varer. I hvilken grad en sammenligning av produktiviteten i poliklinikkene ut fra pasienttall kan forsvares, avhenger av hvor lik konsultasjonsfrekvensen er mellom poliklinikkene. For å vurdere dette ble alle konsultasjoner registrert med dato i journalgjennomgangen.

2) FOR 2002-12-20 nr. 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten og FOR 2005-12-14 nr. 1584: Forskrift om internkontroll etter barnevernloven.

Figur 1 Antall dager mellom hver konsultasjon, gjennomsnitt (konsultasjonsfrekvens)



Kilde: Journalgjennomgangen

Undersøkelsen viser at spredningen i konsultasjonsfrekvens er stor mellom poliklinikkene, jf. figur 1. I den poliklinikken som har høyest konsultasjonsfrekvens, går det i gjennomsnitt 12 dager mellom hver konsultasjon med pasienten. I poliklinikken med lavest frekvens går det 66 dager mellom konsultasjonene. Om en ser bort fra andre faktorer som påvirker pasienttallet, vil den førstnevnte klinikken kunne gi et tilbud til mer enn fem ganger flere pasienter ved å redusere frekvensen til samme nivå som den poliklinikken som har lavest konsultasjonsfrekvens. Når antall pasienter per fagårsverk benyttes som produktivitetsindikator, vil en slik endring i konsultasjonsfrekvens føre til at poliklinikken kan vise til en forbedring av produktiviteten med 450 prosent, selv om produktiviteten i realiteten er uendret.

Tekstboks 1 Gjennomsnittlig behandlingstid

Behandlingstid er tidsrommet hvor pasienten går til behandling i poliklinikken – fra første til siste tiltak for denne pasienten innenfor en og samme henvisningsperiode. Gjennomsnittlig behandlingstid er uttrykk for hvor lang behandlingstiden i gjennomsnitt er for alle pasientene på et gitt tidspunkt. Det må ikke forveksles med varigheten på konsultasjonene.

I undersøkelsen er gjennomsnittlig behandlingstid beregnet ved å dividere antall pasienter det aktuelle året med antall nye pasienter det samme året.

Ifølge tall fra Norsk pasientregister økte antall pasienter med 11,2 prosent i 2005. Samtidig økte gjennomsnittlig behandlingstid for pasientene med 5,9 prosent. Denne økningen skal føre til en tilsvarende økning i pasienttallet, såfremt andre forhold er uendret, også produktiviteten. Den økte behandlingstiden står dermed for 52 prosent av økningen i antall pasienter.

Tekstboks 2 Tiltak

Tiltak er et fellesbegrep som brukes om de aktivitetene som inngår i det polikliniske behandlingstilbudet. Tiltak er delt inn i fem grupper:

- 1 Terapi/samtale (konsultasjon) med pasient og/eller foresatte både når de er til stede, og ved telefonkonsultasjoner
- 2 Undersøkelse/observasjon som også omfatter tester/kartlegginger
- 3 Indirekte pasientarbeid/rådgivning som gjelder tiltak hvor pasienten/foresatte ikke er til stede, og som i hovedsak gjelder samarbeid med eksterne parter
- 4 Intern behandlingsplanlegging – bl.a. interne møter og utarbeidelse av rapporter, epikriser, mv.
- 5 Ikke møtt – både når pasienten/foresatte avlyser, og ellers

Tiltak i gruppene 1, 2 og 3 rapporteres til Norsk pasientregister og brukes både i deres egne publikasjoner og i Samdatas rapporter. Tiltak i gruppene 4 og 5 inngår ikke i offentlig statistikk.

Antall *tiltak* er en annen faktor som brukes som mål på produktivitet. Noen tiltak utløser refusjoner basert på takster fastsatt i forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp.³ De til enhver tid gjeldende takster vil påvirke registreringspraksisen i poliklinikkene. Forskriften og de tilhørende merknadene stiller ingen konkrete krav til varigheten av en aktivitet for at den skal kunne regnes som et tiltak og dermed utløse refusjon.

Undersøkelsen viser at tiltakene ofte er svært forskjellige, og at de i stor grad varierer i tid – eksempler fra journalgjennomgangen viser at ressursbruken på et tiltak varierte fra seks minutter til ti timer. Tiltakene teller imidlertid like mye når det rapporteres om antall tiltak ved den enkelte poliklinikk. Det framgår videre av undersøkelsen at det ikke foreligger noen nasjonale veiledende normer for varighet av tiltakene. Poliklinikklederne har heller ikke utformet interne normer, og det er derfor den enkelte behandler som gjennom sin praksis fastsetter hvor lenge et tiltak varer. Når tiltakene summeres opp for den enkelte poliklinikk, forventes det at forskjellene til en viss grad utjevnes. Den gjennomsnittlige varigheten av et tiltak varierer likevel mellom 26 og 63 minutter ved de 12 poliklinikkene som ble besøkt, jf. figur 2.

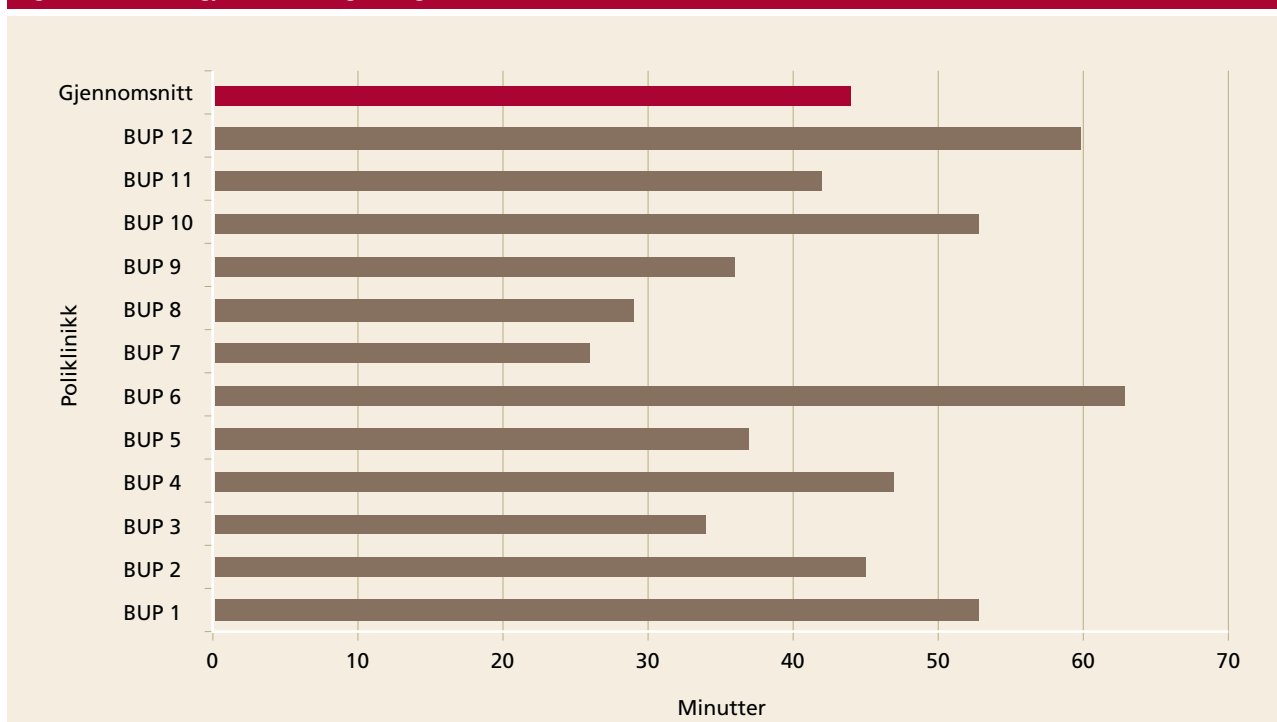
Poliklinikkene er gitt samme nummerering i figurene 1 og 2. Undersøkelsen viser at den poli-

linikken som har kortest gjennomsnittlig varighet av tiltakene, samtidig er den som har høyest konsultasjonsfrekvens. Det betyr at denne poliklinikken vil komme dårligst ut av alle i produktivetsanalyser hvor antall pasienter inngår (pasienter per fagårsverk), men vil komme gunstigst ut i analyser hvor antall tiltak inngår (tiltak per fagårsverk). I forhold til produktivitet vil dermed samme poliklinikk kunne bli rangert både høyest og lavest avhengig av hvilken av de to indikatorene som velges.

Undersøkelsen viser videre at det synes lite systematisk hva som omfattes av refusjonsordningen. For eksempel gis det ingen økonomisk uttelling for bruk av flere behandlere, og reisetid i forbindelse med behandling gir ingen uttelling i det hele tatt. Sett på bakgrunn av at poliklinikkene oppfordres til i større grad å bruke ambulante team, kan dette få uheldige virkninger.

I offentlig statistikk rapporteres *fagårsverkene* i poliklinisk virksomhet for hvert år. Fagårsverkene omfatter i første rekke pasientbehandling, veiledning til førstelinjen, øyeblikkelig hjelp, undervisning og til en viss grad også forskning. Den enkelte poliklinikkens andel av hver av disse oppgavene varierer. Fagårsverkene synes derfor som en upresis måleenhet for ressursinnsatsen innen den delen av virksomheten som er direkte pasientrelatert, og som er det som

Figur 2 Tiltakenes gjennomsnittlige varighet i minutter



3) Helse- og omsorgsdepartementet har i FOR 2000-12-01 nr. 1389 beskrevet hoved- og tilleggstakster og hva de gjelder. Det er utdypet i merknadene til takstene.

Kilde: Journalgjennomgangen

måles på produksjonssiden i den enkelte poliklinikk.

Andre undersøkelser viser at bare omtrent 40 prosent av behandlernes tid brukes til behandling, journalføring og pasientrelatert samarbeid. I 1995 ble det utført 1,1 tiltak per behandler per dag, og departementet anså det som realistisk å øke produktiviteten med 50 prosent i løpet av opptrappingsplanens virkeperiode. Det kan imidlertid stilles spørsmål om måten produktiviteten måles på, kan ha tatt bort oppmerksomheten fra hva som kan gjøres for å øke andelen tid som brukes til direkte pasientrelatert arbeid.

Undersøkelsen gir grunn til å stille spørsmål ved om de målene som brukes til å måle produktivitet, er gyldige. Felles for alle måleenhetene er også at de er lite robuste, og at de enkelt kan påvirknes. Samtidig har departementet lagt avgjørende vekt på produktivetsindikatorer og dekningsgrad som uttrykk for hvor godt en har lykkes med å nå de kvantitative målene i opptrappingsplanen. Det vil blant annet resultere i at det vil være usikkerhet knyttet til om sentrale mål i opptrappingsplanen faktisk nås.

Helse- og omsorgsdepartementet sier i sine kommentarer til rapporten at Riksrevisjonens kritikk av indikatorenes gyldighet synes å bygge på urealistiske forutsetninger om hva en indikator skal fortelle, og på at det er mulig å måle feltets aktivitet presist. Departementet viser til at én indikator alene kun er forventet å gi en avgrenset informasjon, mens et indikatorsett samlet vil gi et mer komplett bilde av situasjonen.

2.2 Behandlingstilbudet er ikke likeverdig, og mange poliklinikker har langt igjen før måltallet for dekningsgrad nås

Kapasitet er i undersøkelsen definert som antall fagårsverk per 10 000 barn og unge under 18 år i kommunene og i poliklinikkens opptaksområder. Undersøkelsen viser at det er store variasjoner i kapasitet mellom helseregionene. Variasjonen er naturlig nok enda større når enkeltklinikker sammenlignes. Mellom poliklinikkene varierer fagårsverkene fra 7 til 24,4 per 10 000 innbyggere under 18 år. Region sør har lavest kapasitet med 9,6 fagårsverk, og region nord har høyest kapasitet med 15,1 fagårsverk. De store forskjellene gir en indikasjon på at tilbudet ikke er likeverdig.

En vurdering av om det polikliniske tilbudet er likeverdig, må også omfatte hvordan den samle-

de kompetansen er sammensatt. Det antas at en del av pasientene har behov for behandling av psykiater, lege eller psykolog. Andelen av slike spesialister varierer fra 10 til 78 prosent i poliklinikkene. I 5 av de 17 poliklinikkene i region nord som har oppgitt data for årsverkernes fordeling, utgjør andelen spesialister mindre enn 30 prosent av fagårsverkene. Men også i alle de andre regionene er det én eller to poliklinikker hvor andelen er 30 prosent eller lavere. Det er derfor grunn til å reise spørsmål om flertallet av disse poliklinikkene har mange nok spesialister til å møte behovet hos de pasientene som har de mest alvorlige problemene. Departementets og de regionale helseforetakenes styring og oppfølging av kapasitetsutviklingen har ikke klart å sikre et likeverdig tilbud med tilstrekkelig kapasitet alle steder.

Det er undersøkt om det er en sammenheng mellom kapasitet og ventetid. Selv om det kan forventes at lav kapasitet gir lang ventetid, viser undersøkelsen at forholdet er motsatt: Region nord har den høyeste kapasiteten på landsbasis, mens region sør har den laveste. Ventetiden er imidlertid 30 dager lengre i region nord (86 dager) enn i region sør (56 dager). Region sør har også betydelig kortere ventetid enn de øvrige regionene. Forskjellene kan ikke forklares med regionale forskjeller i etterspørselen etter polikliniske tjenester: Region vest som har hatt lengst ventetid i hele perioden 2003–2005, har lavest andel nyhenviste per 10 000 under 18 år. I denne regionen var gjennomsnittlig ventetid i 2005 på 104 dager. Regionene Midt-Norge og nord som har den mest ugunstige utviklingen i ventetid i 2005 med en økning på henholdsvis 17 og 25 prosent, har samtidig, sammen med region øst, best samsvar mellom etterspørsel (nyhenviste) og produksjon (antall nye pasienter). Den lange ventetiden i region nord samsvarer også dårlig med at regionen er den eneste som har nådd målet om 5 prosent dekningsgrad (5,6 % i 2005).

Når det gjelder poliklinikkens egen vurdering av forsvarlig ventetid, viser undersøkelsen at ved 27 poliklinikker er oppfatningen at ved alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer/kriser bør forsvarlig ventetid være maksimalt 7 dager, mens en ved 12 klinikker mener at det er forsvarlig å vente 90 dager. Ved 3 poliklinikker strekker en det til 180 dager. Det viser at vurderingen av forvarlig ventetid er svært ulik. Som en følge av dette prioriteres pasienter ulikt, det bidrar også til at tilbudet ikke blir likeverdig.

Det framgår videre at det ikke finnes data for barn og unges totale behov for polikliniske tjenester. Ventelistedata gjelder bare de pasientene som får et tilbud, og ikke pasienter som avvises. Det er liten sammenheng i data for kapasitet (fagårsverk), produksjon (nye pasienter), etterspørsel (nyhenviste) og ventetider, og dette tyder på at det kan være feilkilder i tallmaterialet som gjør de nevnte data lite egnet som styringsdata.

Undersøkelsen viser at de 10 poliklinikkene som har lavest kapasitet, bare har 8 fagårsverk i snitt per 10 000 under 18 år. Basert på gjennomsnittsklinikken vil disse klinikkene hver for seg bare være i stand til å gi et tilbud til 2,5 prosent av målgruppen. De 20 poliklinikkene som har nådd målet om 5 prosent dekningsgrad, har i gjennomsnitt 14,4 fagårsverk per 10 000 under 18 år. Det kan derfor vise seg vanskelig for de poliklinikkene som ligger på den nedre delen av kapasitetsskalaen, å nå målet uten at ressursene og/eller produktiviteten økes.

Aktivitetsdata fra Norsk pasientregister for 2005 viser at dekningsgraden for polikliniske tjenester er kommet opp i 4 prosent for landet som helhet. Dekningsgraden varierer fra 1,4 til 7,1 prosent mellom poliklinikkene, og fra 3,2 til 5,6 prosent mellom helseregionene. Det viser også at tilbudet fortsatt ikke er likeverdig. Som nevnt økte gjennomsnittlig behandlingstid med 5,9 prosent i forhold til året før. Hvis behandlingstiden øker med 8,3 prosent i gjennomsnitt for de resterende 3 årene av planperioden, vil dette i seg selv være tilstrekkelig til å nå dekningsgraden på 5 prosent. Men det kan spørres om det er opptrappingsplanens intensjon å nå dette målet ved at poliklinikkene øker antallet dager mellom hver konsultasjon, med den følge at behandlingstiden og dermed også pasienttallet økes, uten at det egentlig gis et tilbud til vesentlig flere pasienter. Da det ble vedtatt å utvide perioden for opptrappingsplanen, var de oppgitte årsakene nettopp lav dekningsgrad, i tillegg til fortsatt store geografiske forskjeller.

Bare et fåtall av de kommunale tjenesteyterne i undersøkelsen har selv oversikt over hvor stor del av ressursene som går til barn og unge under 18 år med psykiske problemer. Kapasiteten til disse tjenestene er ikke forbeholdt undersøkelsens målgruppe alene, men befolkningen under 18 år generelt. Tallene gir likevel et grunnlag for å vurdere om barn og unge med mildere psykiske problemer har lik tilgjengelighet til hjelp i alle deler av landet. Kapasiteten i de kommunale tje-

nestene innenfor skolehelsetjenesten, PP-tjenesten og barnevernet varierer i stor grad fra kommune til kommune. Høyeste kapasitet er fem til ni ganger høyere enn laveste kapasitet hos de tre deltjenestene. Hvis en tar utgangspunkt i at de tjenesteyterne som ligger i den øverste delen av kapasitetsskalaen, ikke har bygd opp en unødige høy kapasitet, synes det å være grunn til å stille spørsmål ved om de tjenestene som har lavest kapasitet, er i stand til å tilby barn og unge med psykiske problemer nødvendige tjenester i tilstrekkelig omfang.

For de kommunale tjenestene må det, for at departementet skal kunne ivareta sitt overordnede nasjonale ansvar, foreligge styringsinformasjon om utviklingen av disse tjenestene. Det forutsetter blant annet at det rapporteres om måloppnåelse og virkninger slik at departementet kan vurdere sammenhengen mellom virkemidler og resultater. Statistisk sentralbyrå har opplysninger om personellinnsats i kommunene, men de gir ingen holdepunkter for hvor stor andel som brukes på psykisk helsearbeid. Det er derfor mangel på data som kan si noe om hvordan status var ved starten av opptrappingsplanen, hvordan utviklingen har vært, og hvordan situasjonen er i dag. De geografiske forskjellene i kapasitet er så store at det reiser spørsmål om kommunene i tilstrekkelig grad prioriterer utbyggingen av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

2.3 Det er mangler ved tjenestenes kvalitet på både system- og individnivå

Undersøkelsen går inn på viktige sider ved kvaliteten i de tjenestene som ytes, og gir en vurdering av i hvilken grad tjenestene har etablert et internkontrollsystem. De poliklinikkene og kommunale tjenestene som var omfattet av journalgjennomgangen, ble også bedt om å beskrive hvordan de etterkommer kravene i internkontrollforskriften. 65 av 70 tjenesteytere har gitt en slik beskrivelse, og gjennomgangen av alle disse beskrivelsene viser betydelige svakheter og mangler. Et internkontrollsystem skal blant annet sikre at tjenesteyterne overholder det regelverket som gjelder for tjenestene, og at eventuelle avvik fanges opp og gjøres til gjenstand for tiltak. Bare 9 prosent kartlegger risiko, og bare én tjenesteyter har et helhetlig internkontrollsystem. Flere av de manglene som er påpekt i undersøkelsen, kan skyldes at tjenesteyterne ikke i tilstrekkelig grad har iverksatt internkontrollforskriftens krav til tiltak, og at dette ikke er kompensert med andre systematiske tiltak for kvalitetssikring. Dette styrkes også av andre funn. En tredel av polikli-

nikkene oppgir at de ikke har definert innholdet i kvalitetsbegrepet for sine tjenester. Bare litt over halvparten av de poliklinikkene som har operasjonalisert begrepet, har samtidig utarbeidet kriterier for kvalitet. Blant de kommunale deltjenestene er dette arbeidet kommet enda kortere.

Det har tatt lang tid før arbeidet med kvalitet har fått den nødvendige oppmerksomheten. I foretaksmøtene i januar 2005 tok departementet opp behovet for å styrke internkontrollen. Dette er fulgt opp i bestillerdokumentene for 2006 hvor de regionale helseforetakene blir bedt om å påse at helseforetakenes internkontroll følges opp i tråd med forskriften og etablerte systemer. Undersøkelsen viser også at det gjenstår store utfordringer for kommunene for å få helhetlige systemer på plass.

En vesentlig side ved systematisk arbeid for å forbedre kvaliteten, er løpende å overvåke at den er som forutsatt, rapportere avvik og iverksette korrigerende tiltak. Undersøkelsen viser at et fåtall av kommunene og poliklinikkene har regelmessig kontakt med brukerorganisasjoner, og bare 30 prosent av de kommunale deltjenestene og 60 prosent av poliklinikkene har gjennomført brukerundersøkelser i løpet av de siste fem årene. Enda færre benytter resultatene av undersøkelsene i sitt interne utviklingsarbeid, kun 21 prosent av poliklinikkene og 24 prosent av de kommunale tjenestene.

Det er ikke samsvar mellom tjenestenes egne vurderinger av hvor flinke de er til å utarbeide individuelle planer, og funn i journalgjennomgangen. Til tross for at det har vært gjennomført en rekke tiltak og rettet betydelig oppmerksomhet mot økt bruk av individuelle planer, viser journalgjennomgangen liten utbredelse; mindre enn 3 prosent av pasientene hadde en individuell plan. En årsak kan være at det har vært forskjellig regelverk for første- og andrelinjen fram til 1. januar 2007. Det delte ansvaret mellom første- og andrelinjen for å utarbeide individuell plan synes også å fungere dårlig. Undersøkelsen viser at det er uklart for både de kommunale deltjenestene og poliklinikkene hvem som er ansvarlig for at arbeidet kommer i gang, og for å koordinere det. Arbeidet med individuelle planer har ikke fått tilstrekkelig fotfeste, verken i poliklinikkene eller i kommunene.

Halvparten av poliklinikkene svarer at de i stor grad utarbeider utrednings- og behandlingsplaner for pasientene. Likevel er slike planer omtrent

fraværende for de 220 pasientene som journalgjennomgangen omfatter. I en forløpstenkning synes det naturlig å forvente at det stilles en tentativ diagnose etter utredningen, og at behandlingen styres av denne. Visse milepæler i et behandlingsforløp kan være viktig ut fra hensynet både til kvalitet og til intern styring og kontroll. Det kan også ta svært lang tid før pasientene får en diagnose, og mange får ikke noen i det hele tatt. Det er grunn til å spørre hvor målrettet behandlingen kan bli så lenge det foreligger verken behandlingsplan eller diagnose.

Ledere/fagpersonell i poliklinikkene har som tidligere nevnt vurdert forsvarlig ventetid for 12 grupper av tilstander. Flertallet mener at forsvarlig ventetid for alle tilstandene ligger under gjennomsnittlig ventetid i 2005. For 8 av gruppene er oppfatningen at forsvarlig ventetid er maksimalt 30 dager. Det er derfor en klar oppfatning i fagmiljøet at mange pasienter venter lenger enn det som er faglig forsvarlig.

2.4 Oppgavefordelingen mellom tjenestene er uklar, og samarbeidsavtaler og samarbeidsverktøy benyttes ikke som forutsatt

Individuell plan er et viktig verktøy for samarbeid fordi den forutsetter medvirkning fra alle som er involvert med tjenester overfor tjenestemottaker. Men undersøkelsen har vist at slike planer er omtrent fraværende, og arbeidet med individuell plan blir dermed ikke den samarbeidsarenaen som den skulle være. Det synes også naturlig å se henvisninger og epikriser ut fra samme synsvinkel. Undersøkelsen har vist at henvisningene ofte mangler viktig informasjon fra henviser til poliklinikk, og epikrisene mangler ofte, eller er sendt ut altfor sent til å bli det verktøyet for oppfølging av pasienten i første-linjen som hensikten har vært.

Andelen ADHD-pasienter med individuell plan er en av flere kvalitetsindikatorer. Journalgjennomgangen omfattet 19 pasienter hvor det framgår helt klart at dette er diagnosen. Bare én hadde fått utarbeidet individuell plan, og det var etablert ansvarsgruppe for bare fire pasienter. Det virker derfor som slike samarbeidsfora for pasienter med behov for sammensatte tjenester benyttes i for liten grad. Undersøkelsen viser generelt sett at ansvarsgrupper benyttes sjelden, og at poliklinikkene bare er involvert i halvparten av dem.

Også utøvelsen av poliklinikkens veiledningsplikt er et viktig samarbeidspunkt. I undersø-

kelsen oppgir bare fire av ti helsestasjonstjenester at de mottar veiledning fra poliklinikkene, og bare en tredel av de kommunale deltjenestene har en fast kontaktperson i poliklinikken. Samhandlingsutvalget uttalte at gjeldende lovbestemmelse om veiledningsplikten er uklar og lite hensiktsmessig: uklar med hensyn til om plikten er generell eller bare gjelder enkeltpasienter, og lite hensiktsmessig ved at den gjelder helsepersonellet og ikke virksomheten. Dette er tidligere påpekt av Helsetilsynet, som også har gjentatt det i høringsuttalelsen til utredningen. Samhandlingsutvalget foreslo at lovbestemmelsen ble endret for å rette på dette. Departementet har ikke fulgt opp disse anbefalingene, og det kan synes som det har vært rettet for liten oppmerksomhet mot dette forholdet, til tross for at det også er viktig for kompetanseoverføring til førstelinjen.

I regelverket som de ulike tjenestene skal forholde seg til, er det trukket opp vide grenser for de ulike tjenestenes ansvar. Det er derfor en forutsetning at oppgavefordelingen reguleres gjennom skriftlige samarbeidsavtaler, og at avtalenes innhold utøves i praktisk, løpende samarbeid mellom tjenestene. Behovet er naturlig nok størst for de deltjenestene som ikke omfattes av regelverket for helsetjenestene. Undersøkelsen viser at bare en tredel av de kommunale deltjenestene oppfatter ansvarsgrensene som klare både seg imellom, og i forhold til poliklinikkene. Dette tilsvarer den andelen av poliklinikkene som i 2006 hadde skriftlige samarbeidsavtaler med minst én kommune i sitt opptaksområde. Fra 2006 har departementet krevd at helseforetakene skal inngå samarbeidsavtaler med alle kommunene i sitt område. For å få til et velfungerende samarbeid må det være forankret hos tjenestenes ledelse og nedfelles i avtaler på systemnivå. Det er dette som i vesentlig grad mangler. Enkeltstående tiltak har liten virkning så lenge ikke slike grunnleggende forutsetninger er på plass. Resultatet er at bare omtrent en tredel av de kommunale deltjenestene oppfatter samarbeidet som godt. Undersøkelsen viser også at poliklinikkene gjennomgående samarbeider bedre med tjenestene i små kommuner, og dermed er også disse tjenestene mer fornøyd med samarbeidet enn tilfellet er i større kommuner.

Departementet har formulert krav om tiltak som skal fremme kvalitet og samarbeid. Men dette er i for liten grad fulgt opp ved å utforme mål og indikatorer som gjør det mulig å følge opp om slike tiltak iverksettes, og hvilke resultater de i så fall gir. Helsetilsynet har gjentatte ganger

rapportert om mangler i forhold som gjelder kvalitet og samarbeid. Det er derfor en svakhet at arbeidet med å følge opp etableringen av internkontroll hos tjenestene ikke har kommet lenger; både når det gjelder departementet og de regionale helseforetakene i forhold til poliklinikkene, og kommunene i forhold til de kommunale tjenestene.

3 Riksrevisjonens bemerkninger

Riksrevisjonens undersøkelse bygger på omfattende data, flere metoder og datakilder. I Riksrevisjonens egne undersøkelser er det lagt vekt på at utvalgene skal være representative sett i forhold til formålet med undersøkelsen, og at dataene samlet sett skal gi et mest mulig dekkende bilde av situasjonen.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at barn og unge må vente lenge før de får psykiatrisk behandling, og videre at mange poliklinikker fortsatt har langt igjen før målet om at 5 prosent av målgruppen skal kunne gis et tilbud, er nådd. Måloppnåelsen på dette området er etter Riksrevisjonens vurdering generelt sett svak. Videre mener Riksrevisjonen at måloppnåelsen framstår som bedre enn den i realiteten er. Dette skyldes at ressursinnsatsen har økt betydelig i forhold til det som var forutsatt i opptrappingsplanen, samtidig som behandlingstiden er økende.

Undersøkelsen viser store forskjeller mellom helseregionene både når det gjelder kapasitet og kompetanse. De 10 poliklinikkene som har lavest kapasitet, har bare 8 fagårsverk i snitt per 10 000 innbyggere under 18 år. Til sammenlikning har de 20 poliklinikkene som har nådd målet om 5 prosent dekningsgrad, i gjennomsnitt 14,4 fagårsverk per 10 000 under 18 år. Når det gjelder kompetanse, framgår det av undersøkelsen at andelen av spesialister – psykiatere, leger og psykologer – varierer fra 10 til 78 prosent i poliklinikkene. I 5 av de 17 poliklinikkene i region nord som har oppgitt data for årsverkernes fordeling, utgjør andelen spesialister mindre enn 30 prosent av fagårsverkene. Men også i alle de andre regionene er det én eller to poliklinikker hvor andelen er 30 prosent eller lavere. Riksrevisjonen stiller spørsmål om brukernes behov dekkes godt nok i alle deler av landet, og konstaterer at det i dag ikke framstår som likeverdig.

Undersøkelsen viser at antall pasienter og antall tiltak brukes som mål for produksjonen i polikli-

nikkene, men at ingen av dem egner seg til dette formålet. Begge indikatorene kan påvirkes uten at det skyldes endringer i tjenesteproduksjonen. For eksempel vil endringer i konsultasjonsfrekvensen og avgrensingen av hva som defineres som tiltak, påvirke den målte produktiviteten på området. Indikatorene vil ikke i tilstrekkelig grad, verken enkeltvis eller samlet, kunne anses som pålitelige og gyldige, og etter Riksrevisjonens vurdering burde departementet i større grad rettet oppmerksomheten mot å utvikle andre og mer robuste måleenheter for produksjonen i poliklinikkene.

Det framgår av undersøkelsen at det er lang ventetid for å få hjelp innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, og videre at ventetiden er økende. Det er etter Riksrevisjonens vurdering uheldig at ventetiden er så vidt lang, og særlig er dette uheldig for denne spesielt sårbare gruppen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det grunn til å merke seg at region sør som har lavest kapasitet, samtidig også har betydelig kortere ventetid enn de øvrige regionene.

Riksrevisjonen mener situasjonen for pasientene påvirkes negativt av at samarbeidet mellom første- og andrelinjen i praksis fungerer dårlig. Undersøkelsen viser at svært få pasienter får utarbeidet individuell plan, og det gis uttrykk for at behandlere på de ulike nivåene har oppfattet det som uklart hvor ansvaret for utarbeidelsen av en slik plan ligger. For andre verktøy som henvisningsskjemaer og epikriser, framkommer det også en del mangler og svakheter – for eksempel at epikrisene uteblir eller sendes for sent. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering uheldig for dem det gjelder, siden resultatet blir at de får et dårligere og mindre koordinert tilbud.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at internkontrollsystemet i de ulike tjenestene fortsatt har betydelige svakheter og mangler i forhold til regelverket. Samlet er det bare 9 prosent som kartlegger risiko, og bare én tjenesteyter som har et helhetlig system. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om ikke dette er en medvirkende årsak til at i underkant av 3 prosent av pasientene i undersøkelsen har fått utarbeidet en individuell plan, og at mindre enn en tredel av tjenestene har beskrevet hva som inngår i kvalitetsbegrepet for sine tjenester. Det samme gjelder den lave andelen av tjenestene som bruker resultatene fra brukerundersøkelser i sitt interne utviklingsarbeid, og at knapt 5 prosent av pasientene fikk utarbeidet en utrednings- eller behandlingsplan.

Undersøkelsen har vist at det rent generelt mangler styringsdata for de kommunale tjenestene til barn og unge med psykiske problemer, og at det er store svakheter ved sentrale styringsdata for den polikliniske virksomheten. Riksrevisjonen vil peke på at svake styringsdata både for første- og andrelinjen har ført til at departementet ikke har tilstrekkelig oversikt over hvordan utviklingen har vært fra opptrappingsplanen startet opp og fram til i dag.

4 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 17. april 2007 svart:

”Helse- og omsorgsdepartementet viser til Riksrevisjonens utkast til dokument angående ovennevnte sak til Stortinget, oversendt departementet for kommentarer 29. mars 2007.

Riksrevisjonens rapport om tilbudet til barn og unge med psykiske problemer inneholder en rekke funn som er viktige for endring og videre utvikling av tjenestene. Disse funnene bekrefter i stor grad situasjonen slik den i overordnet form er beskrevet i de årlige budsjettfremlegg for Stortinget. På flere punkter bidrar rapporten til å tydeliggjøre situasjonen.

Undersøkelsen er foretatt med utgangspunkt i data fra (2002) 2004–2005. Departementet viser til at det etter 2005 er iverksatt en rekke tiltak som har fokus på de svakheter Riksrevisjonen påpeker.

Departementet mener at rapporten på flere områder synes å trekke konklusjoner som det er vanskelig å se at det er dekning for i Riksrevisjonens materiale, med utgangspunkt i de metoder som er anvendt.

Status for tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer

Med utgangspunkt i de valgte revisjonskriteriene har Riksrevisjonen tatt for seg avgrensede problemstillinger, som ikke gir en samlet vurdering av hvordan Stortingets oppdrag i tilknytning til opptrappingsplanen er løst. Departementet vil derfor vise til følgende:

- *Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 (St.prp. nr. 63, 1997–1998) har barn og unge blitt høyt prioritert både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.*

Tjenestene er tilført betydelige ressurser og det er iverksatt omfattende tiltak innenfor forebygging, informasjon, holdningsarbeid, lavterskeltiltak, samarbeid med andre tjenester, behandling og oppfølging. Dette har bl.a. skjedd gjennom en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, andre skolebaserte tiltak, etablering av familiesentre mv.

- Den nasjonale kompetansesatsingen "Psykisk helse i skolen" er et tilbud både til pedagogisk personell i ungdomsskoler og videregående skoler og til helsesøstre og annet helse- og sosialpersonell som arbeider inn mot skolen som arena. Programmet er tatt i bruk ved 140 videregående skoler i landet. Fra 2008 skal alle landets videregående skoler ha et slikt tilbud.
- I spesialisthelsetjenesten får mer enn dobbelt så mange barn og unge behandling i dag sammenliknet med 1998. Dette kan dokumenteres både ut fra den økte dekningsgraden og ut fra antall nyhenviste. I 1998 var dekningsgraden 2,1 prosent og det ser ut som måltallet om en dekningsgrad på 5 prosent nås innen planen utløper i 2008.
- Ventetiden er fortsatt for lang. En hovedårsak til dette er at antall nyhenviste har doblet seg i perioden 2002–2006. Det vises her til at Regjeringen har varslet at den vil innføre en ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år. I forbindelse med dette er det igangsatt et arbeid med å utvikle faglige retningslinjer for vurdering og prioritering for å sikre en bedre tilgjengelighet til tjenestene for barn og unge med de største behovene, og en mer enhetlig praksis.
- I Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetak for 2007 er det stilt krav om at ventetid til vurdering i psykisk helsevern for barn og unge skal være mindre enn 10 virkedager. Dette blir i praksis overholdt, bortsett fra i en del tilfeller hvor det har tatt tid å få inn nødvendige tilleggsopplysninger.
- Det er iverksatt en rekke kompetansehevende tiltak basert på undervisning og forskning. Bl.a. skal nevnes at ny tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge starter opp i 2007 en rekke steder i landet.
- I mars 2007 la Sosial- og helsedirektoratet fram en Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Dette er første samlede framstilling av fagfeltet psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene og omfatter både helsefremmende og forebyg-

gende arbeid, tidlig oppdaging og behandling, oppfølging og rehabilitering og tilbudet i familiesentrene mv.

Helse- og omsorgsdepartementets merknader til riksrevisjonens gjennomgang av tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

Metode og gjennomføring

Kommunal sektor er kartlagt gjennom tre deltjenester, hvorav bare en helsetjeneste (helsestasjon). Det innebærer at verken fastlege eller andre integrerte tjenester er fanget opp. Opptrappingsplanens grunndokumenter (St.meld. nr. 25 1996–1997) og (St. prp. nr. 63, 1997–1998) la opp til at tjenestene i kommunene bør integreres i de ordinære tjenestene, dvs. ikke særomsorg til psykisk syke. Riksrevisjonens materiale synes derfor i begrenset grad å kunne gi allmenngyldige konklusjoner for kommunene.

Riksrevisjonen har plukket ut seks av de dårligste og seks av de beste poliklinikkene. Hensikten må da være å belyse spredning, og utvalget blir ikke representativt. Metoden egner seg ikke til å beregne gjennomsnitt som grunnlag for regionale sammenligninger.

Internkontroll i barneverntjenesten

Det pekes på at internkontroll ble forskriftsfestet i barneverntjenesten fra 1. januar 2006. Undersøkelsen til Riksrevisjonen ble gjennomført i 2005. Det vil si at internkontroll ennå ikke var lovpålagt i barneverntjenesten da undersøkelsen ble gjennomført.

Manglende styringsinformasjonen om utviklingen i de kommunale tjenestene

Det er en klar forutsetning at den statlige styringen foregår innenfor rammen av det kommunale selvstyret. Opptrappingsplanen la til grunn at det ikke skulle bygges opp en ny særomsorg i kommunene, men at tjenestene skulle tilbys integrert i det ordinære tjenesteapparatet. Dette er bl.a. gjentatt i St.prp. nr. 1 (1999–2000, 2000–2001 og 2003–2004), hvor det i sistnevnte proposisjon fra Helse- og omsorgsdepartementet på side 163 står at:

"Kommunale tjenester til mennesker med psykiske problemer og lidelser er forutsatt integrert i det ordinære tiltaksapparatet i kommunene. Dette anses som faglig riktig, men skaper samtidig visse måleproblemer i tilknytning til rapporteringen da følgelig heller ikke regnskapstall for tiltak til denne gruppen vil være skilt ut."

Av opptrappingsplanens måltall på 260 årsverk til "Annet forebyggende psykososialt arbeid.." er 392 nye årsverk rapportert pr. 31.12.2005, dvs. en måloppnåelse på 127 % hele 3 år før utgangen av opptrappingsplanen. Av tilsvarende måltall på 800 nye årsverk til styrking av helsestasjon/skolehelsetjenesten er 449, dvs. 56 % oppnådd. Dette gir indikasjon på at nye årsverk som skal spesifikt styrke tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer, blir organisatorisk plassert andre steder enn i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Manglende samarbeidsavtaler nedfelt på systemnivå

Det er fra 2005 stilt som vilkår at den enkelte kommune har inngått samarbeidsavtale med det aktuelle helseforetaket. Tilsvarende føring er gitt overfor de regionale helseforetakene. Avtalene forutsettes å omfatte "...rutiner for utskrivning, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak mv." Videre har Sosial- og helsedirektoratet innledet et samarbeid med Legeforeningen med sikte på styrket samarbeid med fastlegene. Det er fra 2005 etablert takst for samarbeid for å motivere poliklinikkene til økt samarbeid.

Helhet og samhandling er en av bærebjelkene som ligger til grunn for Nasjonal helseplan. Departementet og Kommunenes sentralforbund inngikk høsten 2006 en overordnet avtale om samarbeid for å sikre bedre samhandling. Den nasjonale avtalen skal danne grunnlag for lokale avtaler mellom helseforetak og kommuner.

Det er fastsatt som ett av vilkårene for utbetaling av øremerkede tilskudd til kommunene at det foreligger etablerte skriftlige rutiner mellom kommunen og helseforetak for utarbeiding av individuell plan. Tilsvarende føringer er lagt på de regionale helseforetakene.

Manglende kvalitet på aktivitetsindikatorene

Riksrevisjonens kritikk av indikatorenes gyldighet synes å legge til grunn urealistiske premisser for hva en indikator kan fortelle, og at det er mulig å måle feltets aktivitet presist. Departementet er uenig i Riksrevisjonens betraktninger, og viser til at en indikator alene kun er forventet å gi en avgrenset informasjon, mens et indikatorsett sammen vil gi et mer samlet bilde som forteller noe om situasjonen.

Ideelt sett burde målet for aktiviteten i det psy-

kiske helsevernet være behandlingseffekt for pasienten. Slike data har vi per i dag ikke, og ifølge Sintef Helse er det ikke realistisk å skulle fremskaffe slike data på rutinemessig, bred basis. Ifølge Sintef Helse og NPR er pasienter og tiltak "det nest beste", og er gyldige mål på aktivitet og resultat. Disse enhetene er internasjonalt anerkjent som fullt akseptabel forskningsmessig tilnærming (gjennom bl.a. den prisbelønnte artikkelen "Productivity Growth in Norwegian Psychiatric Outpatient Clinics for Children and Youths" (Hatling m. fl. 2005)).

Når det gjelder tiltak som mål på pasientnær aktivitet så vil departementet presisere at det verken er faglig ønskelig eller vitenskapelig mulig, å fastsette normer for hvor lenge et spesielt tiltak skal vare, for eksempel hvor hyppig konsultasjonene skal være eller hvor mange konsultasjoner det er behov for. Pasientens diagnose, tilstand, behandlingsbehov og sosiale nettverk må ligge til grunn for utformingen av tilbudet.

Arbeidet med å finne bedre indikatorer og prioriteringsforskrifter er en kontinuerlig prosess og er avhengig av innovasjon og samarbeid med både tjenestene og forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt. Departementet har igangsatt en rekke tiltak som tar sikte på å finne indikatorer som er bedre egnet til å fange opp aktiviteten i tjenestene:

- **Mål og indikatorer (kvalitetsprosjektet):** Det finnes en rekke strukturelle måltall for Opptrappingsplanen. De sier ikke nok om kvalitet og innhold i tjenester og effekt for brukerne. Dette var bakgrunnen for at det i 2005 ble startet et arbeid med å utvikle mål og indikatorer for kvalitet. Hensikten er å sikre monitorering, styring, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling. Verktøyet forutsettes å være i full drift fra 2009. Implementeringen har startet i 2007.
- **NPR-kvalitetsprosjekt:** Det er etablert et prosjekt for å sikre en så entydig registreringspraksis som mulig. En egen registreringsveileder blir ferdig sommeren 2007. Det er igangsatt arbeid med utviklingen av en egen prosessveileder, denne blir ferdig sommeren 2007
- **Direktoratet har fått i oppgave, i tråd med føringer i Nasjonal helseplan, å tilrettelegge for lokal bruk av pasientdata ved å utvikle programvare som tilbys tjenestene slik at de både kan ta ut rapporter og kvalitetssikre dataene mer systematisk.**

- **Journalgjennomgang for kvalitetssikring:** *Med innføringen av personidentifiserbart NPR åpnes det for mulighet til å validere NPR-dataene gjennom å gjennomføre journalgjennomganger. Bedre datakvalitet har også vært et sentralt argument for å få et personidentifiserbart NPR med en utvidelse av formålet.*
- **Bidra til bedre og mer enhetlig praksis:** *For å bidra til en mer enhetlig faglig praksis i poliklinikkene, har direktoratet gitt Regionscenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør i oppdrag å utarbeide en praksisveileder for BUP.*

Måloppnåelsen på opptrappingsplanen fremstår som bedre enn den i realiteten er

Riksrevisjonen peker videre på muligheten for tjenestene til å tilpasse seg aktivitetsindikatorer ved å øke tidsrommet mellom hver konsultasjon for å oppnå en høyere målt dekningsgrad enn det som ville vært reelt med en "normal" konsultasjonsfrekvens. At en slik mulighet er til stede er ikke det samme som å påvise at det faktisk skjer. Departementet er av den oppfatning at den positive utviklingen i forhold til dekningsgrad ikke tilbakevises av Riksrevisjonens rapport, men at rapporten konkretiserer viktigheten av å ha et fokus på at aktivitetsindikatorer kan fremkalle slike vridningsmekanismer.

Departementet har hatt og vil fortsatt ha fokus på eventuelle utilsiktede konsekvenser aktivitetsindikatorer kan frembringe i praksisfeltet. Dette gjelder både i forhold til poliklinikkens refusjonsordning gjennom Rikstrygdeverket og den generelle rapporteringen på bl.a. Nasjonale indikatorer. Alle iverksatte tiltak i forbindelse med prioritering og måling av aktivitet vil søke å begrense slike konsekvenser i størst mulig grad."

5 Riksrevisjonens uttalelse

Riksrevisjonen har merket seg at rapporten etter departementets vurdering inneholder en rekke funn som er viktige for endring og videre utvikling av tjenestene. Rapporten tydeliggjør også situasjonen slik som den er beskrevet i overordnet form av departementet i de årlige budsjettframlegg for Stortinget.

Departementet omtaler i sitt brev en rekke utviklingsprosjekter som er igangsatt eller er under igangsetting. Riksrevisjonen er enig i at det er satt i verk en rekke prosjekter som i løpet av de

nærmeste årene forventes å gi positiv effekt for tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Flere av disse prosjektene er også nevnt i Riksrevisjonens rapport.

Når det gjelder kommunene, omfatter Riksrevisjonens rapport helsestasjon/skolehelsetjenesten, PP-tjenesten og barnevernet. Disse tjenestene ble vurdert til å være de som i størst grad har kontakt med barn og unge med psykiske problemer. Tjenestene er også av størst interesse for å vurdere kvaliteten i tilbudet og hvor godt samarbeidet fungerer mellom første- og andrelinjen. Undersøkelsen viser også at når det samarbeides mellom tjenestenivåene, er det disse tre tjenestene som er involvert i førstelinjen. Etter Riksrevisjonens oppfatning er det derfor grunnlag for å trekke allmenngyldige konklusjoner for kommunene.

Departementet framhever at opptrappingsplanen la til grunn at tjenestene skal integreres i det ordinære tjenesteapparatet, og at den statlige styringen må foregå innenfor rammen av det kommunale selvstyret. Riksrevisjonen er enig i dette, men undersøkelsen har vist at det rent generelt mangler styringsdata for de kommunale tjenestene. Etter Riksrevisjonens mening må departementet sørge for å innhente nødvendig styringsinformasjon ved å etablere løpende tilbakemelding om blant annet utviklingen av tjenestene og hvilke resultater som oppnås.

Undersøkelsen viser at produktivitetsindikatorer som departementet bruker, kan påvirkes uten at dette skyldes endringer i tjenesteproduksjonen. Etter Riksrevisjonens oppfatning er de dermed verken gyldige eller pålitelige. Riksrevisjonen har merket seg at departementet har igangsatt en rekke tiltak som tar sikte på å finne indikatorer som er bedre egnet til å fange opp aktiviteten i tjenestene.

Uten gyldige og pålitelige indikatorer er det etter Riksrevisjonens vurdering uheldig å knytte finansieringen direkte til registreringen av behandlingsaktiviteten, slik det er gjort i dagens refusjonssystem. Som departementet selv påpeker i sitt brev kan fokus på aktivitetsindikatorer framkalle vridningsmekanismer og gi utilsiktede konsekvenser i praksisfeltet. En slik utilsiktet konsekvens er at systemet virker hemmende på bruken av ambulante team.

Departementet er uenig i at måloppnåelsen framstår som bedre enn den i realiteten er. Under-

søkelsen viser imidlertid at antall nyhenviste de siste årene har vært omtrent uendret, og at ventetiden øker, men likevel rapporteres det om en økning i pasienttallene. Etter Riksrevisjonens vurdering kan dette bare forklares ved at det går lengre tid mellom hver konsultasjon med pasientene.

Riksrevisjonen mener situasjonen for pasientene påvirkes negativt av at samarbeidet mellom første- og andrelinjen i praksis fungerer dårlig. Undersøkelsen viser at svært få pasienter får utarbeidet individuell plan, og det gis uttrykk for at behandlere på de ulike nivåene har oppfattet det som uklart hvor ansvaret for utarbeidelsen av en slik plan ligger. For andre verktøy som henvisningsskjemaer og epikriser framkommer det også en del mangler og svakheter – for eksempel at epikrisene uteblir eller sendes for sent. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering uheldig for dem det gjelder, siden resultatet blir at de får et dårligere og mindre koordinert tilbud.

Undersøkelsen viser videre at behovene for tjenester til barn og unge med psykiske problemer ikke dekkes godt nok, og at dette blant annet gir seg utslag i lange ventetider. Årsakene er flere, i første rekke at ressursbehovet som departementet la til grunn i opptrappingsplanen, var for lavt, at økningen i personellressursene ikke er tilstrekkelig grad er styrt dit hvor behovet er størst, og at produktivitetsveksten ikke har vært så høy som forutsatt. Dette forsterkes av en skjev fordeling av spesialistkompetansen, og av at samarbeidet fungerer dårlig, både mellom første- og andrelinjen, og internt i førstelinjen. Et velfungerende samarbeid er en nødvendig forutsetning for pasientenes opplevelse av kvalitet i tjenestene. Undersøkelsen viser at tjenestene ikke har ivare tatt grunnleggende forutsetninger for samarbeid og kvalitet godt nok. Etter Riksrevisjonens vurdering er det en nær sammenheng mellom svikten på dette området og mangelfull internkontroll.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 25. april 2007

Jørgen Kosmo

Jan L. Stub

Finn Kristian Marthinsen

Geir-Ketil Hansen

Nils Totland

Therese Johnsen

Rapport: Tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

Vedlegg til Dokument nr. 3:7 (2006–2007)

Innhold

1	Innledning	25		
1.1	Bakgrunn for undersøkelsen	25		
1.2	Mål og problemstillinger	25		
2	Metode og gjennomføring	26		
2.1	Gyldighet og pålitelighet i indikatorene som brukes i produktivetsanalyser	26		
2.2	Kapasiteten i poliklinikkene og de kommunale tjenestetilbudene	27		
2.3	Kvaliteten i tjenestene	27		
2.4	Velfungerende samarbeid	27		
3	Revisjonskriterier	28		
3.1	Ansvars- og oppgavefordelingen mellom staten og kommunene	28		
3.1.1	Statens ansvar og oppgaver	28		
3.1.2	Kommunenes ansvar og oppgaver	29		
3.2	Krav til kvalitet og kvalitetssikring	29		
3.3	Krav til samarbeid mellom aktørene	30		
4	Hvordan er kvaliteten på produktivetsindikatorne?	32		
4.1	I hvilken grad er måleenhetene gyldige?	32		
4.2	Er datamaterialet som ligger til grunn for produktivetsmålene, pålitelig?	37		
4.2.1	I hvilken grad er måleenhetene pålitelige?	37		
4.2.2	Hvordan er kvaliteten på offisielle data for psykisk helsevern for barn og unge?	39		
4.3	Vurderinger	40		
4.3.1	Kvaliteten på offentlig helsestatistikk innen psykisk helsevern for barn og unge er for dårlig	40		
5	Kapasiteten i tjenestetilbudet	42		
5.1	Kapasiteten i poliklinikkene	42		
5.1.1	Regional kapasitet	42		
5.1.2	Utviklingen i ventetid for barn og unge	46		
5.1.3	Regional kapasitet fordelt på fagkategorier	46		
5.2	Kapasiteten i de kommunale tjenestene	47		
5.3	Vurderinger	49		
5.3.1	Behandlingstilbudet er ikke likeverdig, og mange poliklinikker har langt igjen før måltallet for dekningsgrad nås	49		
6	Kvaliteten i tjenestetilbudet	51		
6.1	Forhold som påvirker kvaliteten i tjenestetilbudet	51		
6.1.1	Vurderer poliklinikkene forsvarlig ventetid likt?	51		
6.1.2	Får barn og unge med psykiske problemer individuell plan?	52		
6.1.3	Er ansvaret for individuell plan avklart?	54		
6.1.4	Utredningsplan, behandlingsplan og manglende diagnoser	55		
6.1.5	Epikrisetiden i poliklinikkene	56		
6.2	Systematiske kvalitetstiltak hos tjenestene	56		
6.2.1	I hvilken grad har tjenestene et internkontrollsystem på plass?	56		
6.2.2	I hvilken grad har tjenestene konkretisert kvalitetsbegrepet?	58		
6.2.3	Har tjenestene sentrale retningslinjer på plass?	59		
6.2.4	Brukes resultatene fra brukerundersøkelser?	60		
6.3	Vurderinger	61		
6.3.1	Systematisk arbeid med kvalitet mangler i stor grad	61		
6.3.2	Planer og planverktøy brukes i liten grad	61		
6.3.3	Ventetiden øker, og vurderingen av forsvarlig ventetid spriker	62		
7	Samarbeidet mellom tjenestene	63		
7.1	Hvordan oppfatter aktørene ansvarsgrensene?	63		
7.1.1	Hvor klare er grensene mellom poliklinikkene og de kommunale deltjenestene?	63		
7.1.2	Er ansvarsgrensene mellom de kommunale tjenestene klare?	65		
7.2	Hvordan fungerer det praktiske samarbeidet?	65		
7.2.1	Hvor mange har skriftlige samarbeidsavtaler?	65		
7.2.2	Hvor vanlig er rutinemessig samarbeid og fast kontaktperson?	66		

7.2.3	I hvilken grad får de kommunale tjenestene veiledning?	66
7.2.4	Samarbeides det om pasientene?	68
7.2.5	Hvor utbredt er bruk av ansvarsgrupper?	68
7.2.6	Hvordan oppfattes utveksling av informasjon mellom de kommunale tjenestene og poliklinikkene?	69
7.2.7	Hvordan fungerer samarbeidet med fastlegene?	70
7.2.8	Hvordan vurderer de kommunale tjenestene og poliklinikkene samarbeidet?	71
7.2.9	Er det forskjeller i samarbeidet mellom første- og andrelinjen i små og store kommuner?	72
7.3	Vurderinger	73
7.3.1	Samarbeidsverktøy brukes ikke som forutsatt	73
7.3.2	Uklart ansvar og manglende samarbeidsavtaler	73
8	Samlet vurdering	75
8.1	Brukernes behov for tjenester dekkes ikke godt nok	75
8.2	Grunnleggende forutsetninger for samarbeid og kvalitet er ikke ivaretatt godt nok	76
8.3	Kvaliteten på styringsdata er for dårlig	77
Referanseliste		78
Vedlegg		
1	Kapasitet og fordeling på fagkategori hos de kommunale tjenesteyterne	80
2	Spørsmål der det er klar sammenheng mellom svar og kommunestørrelse	82

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Fra 1998 og fram til og med 2008 pågår det en satsing for å forbedre tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Det er en del av en generell satsing på psykiatrien, vedtatt av Stortinget 17. juni 1998 ved opptrappingsplanen for psykisk helse.¹ Bakgrunnen var St.meld. nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet* og behandlingen av denne.² Opptrappingsplanen gjaldt opprinnelig for perioden 1999–2006, men ble ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004), jf. B.innst. S. nr. 11 (2003–2004), vedtatt utvidet med to år, til 2008. Årsaken var at det fortsatt var svak måloppnåelse på enkelte områder, slik at flere av målsettingene ikke ville nås i 2006. Det var fortsatt store geografiske forskjeller i hvor langt arbeidet med psykisk helsevern var kommet. Sosialkomiteens flertall uttalte også at det var behov for særskilt å gjennomgå tilbudet til barn og unge på linje med den gjennomgangen som var gjort av det psykiske helsevernet for voksne.

Evalueringer og medieoppslag peker på at forholdene i psykisk helsevern for barn og unge ikke svarer til kravene som myndighetene har satt til tilbudet. En oversikt over ventetider i budsjettproposisjonen for 2006 viste at gjennomsnittlig ventetid for konsultasjon i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker var 75 dager i første tertial i 2005. Det er også stor variasjon både mellom helseregionene og innenfor den enkelte region.³ I opptrappingsplanen står det bl.a.:

”I gjennomsnitt ble det i 1995 utført ca. 1,1 ’tiltak’ (terapisesjon, konsultasjon, samarbeidsmøte eller tilsvarende) pr. behandler pr. dag. Departementet anser en økning av produktiviteten med 50 pst. som realistisk.”

Staten og kommunene skal sammen sørge for et forsvarlig tilbud, og det er flere aktører innenfor hvert av disse forvaltningsnivåene. I NOU

2005:3 *Fra stykkevis til helt* pekes det på at sviktende samarbeid og samhandling fører til fragmenterte og lite effektive tjenester. I 2003 manglet 33 prosent av kommunene et fast, strukturert samarbeid med spesialisthelsetjenesten om tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.⁴ Undersøkelser viser også at individuelle planer, som skal sikre pasienten et samordnet tjenestetilbud, ofte er mangelfulle eller helt mangler.

Et landsomfattende tilsyn med spesialist- og kommunehelsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 viste vesentlige avvik fra sentrale målsettinger.⁵ Det gjaldt særlig innenfor områdene internkontroll, oppfyllelse av retten til individuell plan og samhandling.

1.2 Mål og problemstillinger

Undersøkelsen vil belyse i hvilken grad barn og unge med psykiske problemer får et tilfredsstillende tilbud fra kommunene og poliklinikkene, om samarbeidet mellom tjenesteyterne fungerer godt, og om kvaliteten i resultatrapporteringen er tilfredsstillende.

Undersøkelsen behandler følgende problemstillinger:

- 1 Hvor gyldige og pålitelige er indikatorene som brukes i produktivitetsanalyser for poliklinikkene innen psykisk helsevern for barn og unge?
- 2 Hvordan er kapasiteten i de kommunale tjenestetilbudene og i poliklinikkene?
- 3 I hvilken grad retter det kommunale tjenestetilbudet og poliklinikkene nok oppmerksomhet mot kvaliteten i tjenestene?
- 4 I hvilken grad er det et velfungerende samarbeid mellom de kommunale tjenesteyterne, og mellom disse og poliklinikkene?

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

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

3) Samdata psykisk helsevern 2/04.

4) Statistisk sentralbyrå, tabell 15.2.

5) Rapport fra Helsetilsynet 4/2003.

2 Metode og gjennomføring

Undersøkelsen bygger på etablert statistikk fra Samdata, Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå og på data som er innhentet spesielt for denne undersøkelsen: en journalgjennomgang, en spørreundersøkelse og dokumentanalyse. Dessuten har Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) gitt nærmere opplysninger om statens tilrettelegging, styring og oppfølging av helseforetakenes og kommunenes tilbud til barn og unge med psykiske problemer. Det vil framgå av rapporten når den bygger på disse opplysningene. Alle de fire problemstillingene er belyst ved hjelp av data fra flere av kildene.

Departementet har påpekt at rapporten tar for seg avgrensede områder, og at dette innebærer at den ikke forholder seg til de faktisk oppnådde resultater av opptrappingsplanen. Det vises til forhold som at kapasiteten er mer enn fordoblet, at tilbudet er betydelig omstrukturert, kompetansehevende tiltak er iverksatt, omfattende innsats på informasjons- og holdningsplanet etc. Det er ingen uenighet om dette, men rapporten tar for seg de resultater som er oppnådd på de områder som undersøkelsen omfatter. Rapporten er ingen evaluering av opptrappingsplanen.

2.1 Gyldighet og pålitelighet i indikatorene som brukes i produktivetsanalyser

For å svare på spørsmålet om pålitelighet og gyldighet i de indikatorene som vanligvis brukes for å analysere produktivitet, bygger vi i hovedsak på funn fra journalgjennomgangen. Vi har gått gjennom i alt 220 journaler fra tolv poliklinikker, samt helsestasjoner, PP-tjenester og barnevern i 20 kommuner. De tolv poliklinikkene er valgt ut slik at alle helseregioner er representert, og at de videre skal være representative når det gjelder størrelse og produktivitet. I klinikkene er ti representative pasienter med hensyn til alder og kjønn tilfeldig valgt ut fra to av kommunene i opptaksområdet til hver klinikk. Pasientene er henvist etter 31. desember 2002, og behandlingsperioden ble avsluttet senest 30. juni 2005. For disse pasientene har vi gjennomgått pasientjournalen i poliklinikken og

de samme pasientenes journaler hos de kommunale tjenesteyterne – i den grad pasientene har hatt journal ved helsestasjon, PP-tjeneste og barnevern. I tillegg har vi i én poliklinikk gått gjennom pasientjournalene uten å gjøre tilsvarende gjennomgang i det kommunale tjenesteapparatet.

I poliklinikkene har vi undersøkt om pasienten har fått utarbeidet behandlingsplan, er blitt utredet og diagnostisert, og eventuelt hvor lang tid det har tatt. Også opplysninger om bl.a. hyppighet, lengde og type konsultasjon, individuell plan, henvisninger og epikriser er registrert. I poliklinikkene og PP-tjenesten gjelder dette også alle tester og kartlegginger som er utført. Hos alle tjenesteytere har vi registrert all kontakt med andre tjenesteytere i form av telefoner, brev og møter. Alle data er registrert for perioden 1. januar 2002 til 31. desember 2005. Disse dataene er supplert og utdypet med resultater fra spørreundersøkelsen og data fra SINTEF Helse (Samdata) og Norsk pasientregister. Undersøkelsen ble foretatt i tidsrommet februar–mai 2006.

Spørreundersøkelsen omfatter alle landets poliklinikker og de kommunale tjenesteyterne innenfor helsestasjon, PP-tjeneste og barnevern i 152 kommuner. Poliklinikkene og kommunene som inngår i utvalget for journalgjennomgangen, er også en del av spørreundersøkelsen. De øvrige kommunene er plukket ut slik at både by og distrikter og alle landsdeler er representert i utvalget. Det er også tatt hensyn til kommune-størrelse. 85 poliklinikker, 118 helsestasjoner/skolehelsetjenester, 104 PP-tjenester og 118 barneverntjenester har besvart spørreskjemaet. Det gir en god svarandel – fra 68 til 99 prosent. Nesten alle poliklinikkene og rundt en firedel av landets kommuner er representert i denne delen av undersøkelsen. I spørreundersøkelsen har vi bl.a. stilt en rekke spørsmål om registreringspraksis og antall tiltak og pasienter som ble registrert i 2005. Spørreskjemaene ble sendt ut i mars 2006 med tre ukers svarfrist.

2.2 Kapasiteten i poliklinikkene og de kommunale tjenestetilbudene

Kapasiteten i tilbudet til barn og unge med psykiske problemer er belyst ved å ta utgangspunkt i data for tilgang på fagårsverk. Fagårsverkene er målt per 10 000 barn og unge under 18 år i opptaksområdet til den enkelte poliklinikk og kommune basert på befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå. I spørreundersøkelsen har den enkelte tjenesteyter svart på hvor mange fagårsverk som ble utført i 2005, både totalt i tjenesten og fordelt på de ulike fagkategoriene. I tillegg bruker vi data fra Statistisk sentralbyrå til å belyse utviklingen i fagårsverk over tid. I poliklinikkene er kapasiteten i tjenestetilbudet sett i relasjon til antall nyhenviste (etterspørsel), antall pasienter avviklet fra venteliste (produksjon) og ventetid. Disse dataene er hentet fra Norsk pasientregister (NPR).

2.3 Kvaliteten i tjenestene

For å besvare spørsmålet om poliklinikkene og det kommunale tjenestetilbudet retter tilstrekkelig oppmerksomhet mot kvaliteten i tjenestene, har vi bedt de aktørene som omfattes av journalgjennomgangen, om å gi en beskrivelse av hvordan de etterkommer kravene i internkontrollforskriften⁶. Analysen bygger på de mottatte beskrivelsene, men vi har ikke kontrollert om systemet er implementert i den daglige driften. Beskrivelsene er gitt ut fra situasjonen i januar/februar 2006. Det mangler svar fra to helsestasjons-/skolehelsetjenester, tre PP-tjenester og to barneverntjenester.

I tillegg bygger denne delen av undersøkelsen på svar fra spørreundersøkelsen og data fra journalgjennomgangen. Tjenesteyterne har svart på spørsmål om de har operasjonalisert kvalitetsbegrepet, brukermedvirkning, behandlingsplaner, diagnoser, epikrisetid og individuell plan.

2.4 Velfungerende samarbeid

For å belyse samarbeidet mellom poliklinikken og de kommunale tjenesteyterne og mellom de kommunale tjenesteyterne har vi basert oss på data fra spørreundersøkelsen og journalgjennomgangen. Spørreundersøkelsen kaster lys både

over overordnede forhold som omfang av samarbeidsavtaler og over aktørenes oppfatning av ulike aspekter ved samarbeidet. Journalgjennomgangen gir supplerende data for hvordan samarbeidet om den enkelte pasient fungerer i praksis.

6) FOR 2002-12-20 nr. 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og FOR 2005-12-14 nr. 1584: Forskrift om internkontroll etter barnevernsloven.

3 Revisjonskriterier

3.1 Ansvars- og oppgavefordelingen mellom staten og kommunene

St.meld. nr. 23 (1992–93) *Om forholdet mellom staten og kommunene* slår fast at det skal ligge et mål- og resultatstyringsperspektiv til grunn for forholdet mellom staten og kommunene. Det skal skje innenfor rammene av det kommunale selvstyret. Mål- og resultatstyring er et styringsverktøy hvor en ønsker å tydeliggjøre mål, fastsette resultatkrav og systematisere rutiner for resultatrapportering. For at mål- og resultatstyring skal fungere, bør det være

- definerte mål og resultatkrav
- dokumentert sammenheng mellom resultater og virkemiddel
- rapportering av måloppnåelse og virkninger

Det er en forutsetning med løpende tilbakemelding om bl.a. utviklingen av tjenestene og hvilke resultater som er oppnådd dersom statlige myndigheter skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for oppgaveløsningen. Det er behov for styringsinformasjon, f.eks. ved regelmessige rapporteringer, evalueringer og statistikk, dels for å vurdere sammenhengen mellom ressursinnsats og resultat, dels for å vurdere virkemiddelbruken og i hvilken grad kommunene har ivaretatt sine oppgaver.

De to tjenestenivåene skal til sammen dekke behovet for nødvendige helsetjenester for befolkningen.⁷ Kommunene har ansvaret for førstelinjens tilbud til barn og unge med psykiske problemer. PP-tjenesten, helsestasjons-/skolehelsetjenesten og barnevernet skal stå for deler av dette tilbudet. For spesialisthelsetjenesten er det utdypet i prioriteringsforskriften hva som er nødvendige helsetjenester.⁸

3.1.1 Statens ansvar og oppgaver

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 slår fast at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.

7) Lov av 19. november 1982 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-1, og lov av 2. juli 1999 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1.

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

§ 1-1 i loven stiller bl.a. krav til tjenestenes kvalitet, at tilbudet skal være likeverdig, tilpasset pasientenes behov og tilgjengelig, og at ressursene utnyttes best mulig. Komiteen uttalte under behandlingen av helseforetaksloven at et likeverdig tilbud tilpasset pasientenes behov innebærer at alle som har behov, skal sikres tilgang til nødvendige helsetjenester, uavhengig av inntekt, bosted, etnisk bakgrunn og kjønn.⁹ Det absolutte minstekrav til kvalitet er samtidig fastslått i § 2-2:

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

Pasientrettighetsloven hever denne terskelen ved å fastslå at lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen helsetjenester av ”god kvalitet”, samtidig som den understreker at befolkningen skal ha lik tilgang på helsetjenester.¹⁰ Denne loven gir også innhold til begrepet gjennom bestemmelser om rett til nødvendig helsehjelp, vurdering innen gitte frister, individuell plan og pasientens rett til medvirkning og informasjon.¹¹

Spesialisthelsetjenesteloven har som formål å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.¹² Effektiv ressursbruk er også formulert som et krav i helsepersonelloven § 6. I St.meld. nr. 25 (1996–97) står det:

”Det må utvikles målrettede behandlingsprogrammer basert på dokumentert kunnskap om hva som er virksom behandling og rehabilitering.”

Økonomiregelverket i staten har regler som må ses som uttrykk for allment aksepterte prinsipper for effektiv ressursutnyttelse og god styring av spesialisthelsetjenesten, og det legges derfor til grunn for undersøkelsen.¹³

9) Innst. O. nr. 118 (2000–2001).

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

11) Henholdsvis § 2-1, § 2-2, § 2-5 og kapittel 3.

12) § 1-1 nr. 4.

13) Reglement for økonomistyring i staten, fastsatt ved kronprinsregentens resolusjon 12. desember 2003.

I opptrappingsplanen er det bl.a. formulert følgende konkrete mål for kapasitetsutbyggingen i tilbudet til barn og unge med psykiske problemer:

- 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet. Med 50 prosent økning av produktiviteten i poliklinikkene gir dette rom for 166 prosent flere konsultasjoner.
- En økning i dekingen av psykisk helsevern til befolkningen 0–17 år fra 2 til 5 prosent.

I bestillerdokumentet for 2005 er det stilt krav om at 90 prosent av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner – andelen er også en nasjonal kvalitetsindikator. Det presiseres i tillegg at spesialisthelsetjenesten skal utøves innenfor faglig forsvarlighet og dokumentert god praksis. Det skal utvikles en tjeneste kjennetegnet av god kvalitet i alle ledd.

3.1.2 Kommunenes ansvar og oppgaver

Ansvar for helsetjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, er lagt til kommunene. Kommunene ”skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen”.¹⁴ Kommunehelsetjenesten skal drive forebyggende arbeid og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov. Selv om ansvaret først og fremst er å sikre at aktuelle tjenester er tilgjengelige, innebærer det også i praksis ansvar for drift, organisering og finansiering av en rekke tjenester, deriblant helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skolen.

Pasientrettighetsloven gjelder også for de kommunale helsetjenestene. Lovens krav om tjenester av god kvalitet, lik tilgang til helsetjenester, nødvendig helsehjelp, individuell plan og pasientens generelle rett til medvirkning og informasjon gjelder tilsvarende som for spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 3.1.1 ovenfor.

Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom fra 0 til 20 år, og dekke alle utgifter til det.¹⁵ Tilbudet til barn og unge skal bl.a. omfatte forebyggende psykososialt arbeid, opplysningsvirksomhet og veiledning. Det er kommunens ansvar å sørge for nødvendig personell, jf. forskriften § 2-1 andre ledd.

14) Kommunehelsetjenesteloven § 1-1.

15) FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten §§ 2-1 og 2-3.

Kommunene har ansvaret for alle barneverntjenester som ikke er lagt til et statlig organ.¹⁶ Den enkelte kommune skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og tiltak som kommunen har ansvaret for etter barnevernloven.

Hver kommune og fylkeskommune skal ha en PP-tjeneste. Denne tjenesten kan organiseres i samarbeid med andre kommuner eller med fylkeskommunen.¹⁷ Under behandlingen av St.meld. nr. 25 (1996–97) uttalte komiteen i Innst. S. nr. 258 (1996–97) at det er viktig å styrke PP-tjenesten både ressurs- og personellmessig.

3.2 Krav til kvalitet og kvalitetssikring

For å sikre kontinuerlig kvalitet i alle ledd i tjenestene er det nødvendig med systematiske tiltak hos tjenesteyterne. For sosial- og helsetjenesten finnes det en egen forskrift om internkontroll som angir systematiske tiltak som kan sikre kontinuerlig kvalitet.¹⁸ For barnevernet trådte en forskrift om internkontroll i kraft fra 1. januar 2006.¹⁹ PP-tjenesten er ikke pålagt å ha internkontrollsystem gjennom forskrift, men kravene til denne tjenesten bør tilsvare de krav som er uttrykt i de ovenfor nevnte forskriftene.

Internkontrollforskriftene bygger på Cosomodellen, som gir en beskrivelse av de grunnleggende elementene i internstyring. Modellen består av fem komponenter som er sentrale for å sikre virksomhetens måloppnåelse. De fem komponentene er: kontrollmiljøet, risikovurdering, kontrollaktiviteter, informasjon og kommunikasjon, og overvåkning.

Internkontroll er systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lovgivningen, jf. §§ 3 i internkontrollforskriftene for sosial- og helsetjenesten og for barneverntjenesten. Forskriften krever bl.a. at virksomheten skal

16) Lov av 17. juli 1992 nr. 100: Lov om barneverntjenester § 2-1 første ledd.

17) Lov av 17. juli 1998 nr. 61: Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa § 5-6.

18) FOR 2002-12-20 nr. 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

19) FOR 2005-12-14 nr. 1584: Forskrift om internkontroll etter barnevernsloven.

- beskrive virksomhetens mål og hovedoppgaver, bl.a. mål for forbedringsarbeidet og hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, jf. § 4 a.
- skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, jf. § 4 f.
- utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen, jf. § 4 g.
- foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten, jf. § 4 h.
- dokumentere internkontrollen i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig, jf. § 5.

Kravet om ventelisteregistrering i spesialisthelsetjenesten²⁰ og reglene om pasientjournal²¹ er andre regler som har betydning for pasientenes opplevelse av kvalitet.

Under behandlingen av opptrappingsplanen uttalte sosialkomiteen følgende:

”Komiteen mener internkontrolltiltak, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling er viktig i alle deler av helsevesenet, også i psykiatrien. God kvalitet på tjenesten krever tilfredsstillende struktur og kapasitet på tilbudene, hensiktsmessig organisering av virksomheten og tilfredsstillende kunnskaper og ferdigheter i forhold til oppgavene.”

Når det gjelder brukermedvirkning generelt, uttalte komiteen i Innst. S. nr. 222 (1997–98):

”Komiteen vil videre understreke viktigheten av brukermedvirkning i utviklingen av tilbudene og tjenestene på alle nivåer. [...] Brukerne er de som har førstehåndskunnskap til sine problemer og behov. De er en for lite utnyttet ressurs i behandlingen.”

3.3 Krav til samarbeid mellom aktørene

Under behandlingen av stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet* uttalte komiteen i Innst. S. nr. 258 (1996–97):

”Mennesker med psykiske lidelser vil ofte være avhengig av tjenestetilbud fra flere forvaltningsnivåer. Det er derfor helt nødvendig med et utstrakt samarbeid og samordning av tjenester. [...] Like viktig som å få til et økt samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet vil det være å videreutvikle samarbeidet med PP-tjenesten og skoleverket, helsestasjonene og voksenpsykiatrien. [...] Det er viktig å arbeide med å sette klare grenser for ansvarsområdene til de ulike instanser.”

Helse- og sosiallovgivningen har krav om samarbeid på tvers av etater og forvaltningsnivåer for at tjenestene skal holde et forsvarlig nivå, være preget av kontinuitet og framstå som helhetlige. I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* påpekes det at ansvaret etter § 41 i loven også omfatter å etablere gode samarbeidsrelasjoner til primærhelsetjenesten og å arbeide for at behandlingsskjeden totalt sett blir av tilstrekkelig god kvalitet.

Kommunene skal samarbeide med regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best kan virke som én enhet.²² Barnevernsloven § 3-2 pålegger barneverntjenesten å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når det kan bidra til å løse deres oppgaver. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid bl.a. med fastlegene, med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten.²³

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 pålegger helsepersonell å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Veiledning skal gis både av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten.

22) Kommunehelsetjenesteloven, § 1-4 fjerde ledd.

23) FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten §§ 2-1 tredje ledd og 2-3 andre ledd.

20) FOR 2000-12-07 nr. 1233: Forskrift om ventelisteregistrering.

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

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.²⁴ Forsvarlig virksomhet vil ofte si plikt til samarbeid med annet helsepersonell og med andre tjenestetilbud. Etter helsepersonelloven § 25 kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det. Denne paragrafen åpner opp for å gi opplysninger til andre deler av tjenesteapparatet og dermed sikre at andre tjenesteytere har den informasjonen de trenger for å kunne gi pasienten nødvendig oppfølging.

Helsetjenestene skal også samarbeide med pasienten selv og de pårørende i samsvar med reglene i kapittel 3 i pasientrettighetsloven og §§ 4 og 5 i forskriften om individuell plan.²⁵

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan.²⁶ Rettigheten er fulgt opp med bestemmelser i helse- og sosiallovgivningen, som også er hjemmel for forskriften om individuell plan.²⁷ Det viktigste formålet med en slik plan er å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud, og sikre at en tjenesteyter til enhver tid har hovedansvaret for oppfølgingen.²⁸ Forskriften stiller konkrete krav til samarbeidet mellom forskjellige tjenesteytere og forvaltningsnivåer.

Lov om psykisk helsevern ga fram til utgangen av 2006 alle pasienter innenfor denne delen av spesialisthelsetjenesten en ubetinget rett til individuell plan. Fra 1. januar 2007 ble det endret til å gjelde for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, slik som rettigheten er beskrevet i forhold til de andre tjenesteyterne. Plikten til å utarbeide en slik plan utløses av pasientens samtykke. Spesialisthelsetjenesten eller den delen av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg

til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes. Planarbeidet må koordineres, det skal kun være én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.²⁹ Konkrete krav til innholdet i planen er fastsatt i forskriften § 7.³⁰

24) Lov av 2. juli 1999 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. § 4.

25) FOR 2004-12-23 nr. 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

26) Forskrift om individuell plan § 4.

27) Lov av 13. desember 1991 nr. 81: Lov om sosiale tjenester m.v. § 4-3a, lov av 2. juli 1999 nr. 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5.

28) Forskrift om individuell plan § 2.

29) Forskrift om individuell plan § 6.

30) En endring i forskriften om individuell plan er nå vedtatt iverksatt fra 1.1.2007. Fra at alle i psykiske helsevern skal ha individuell plan, foreslås det nå at utelukkende personer med behov for langvarige og koordinerte tilbud skal ha rett til individuell plan.

4 Hvordan er kvaliteten på produktivitetsindikatorerne?

Økt produktivitet er et høyt prioritert mål i opptrappingsplanen for psykisk helse. En økning i produktivitet vil bety at flere kan få et tilbud med den samme ressursinnsatsen. For å kunne måle om produktiviteten øker, er rapportering av gyldige og pålitelige resultatdata viktig. Statens helsetilsyn fikk i 2000 gjennomført en vurdering av produktiviteten innenfor psykisk helsevern.³¹ Denne utredningen viser bl.a. at i poliklinikker innen barne- og ungdomspsykiatrien går knapt 40 prosent av behandlernes tid med til pasientarbeid. En oppfølgende undersøkelse i 2004 viser at andelen har økt til 41,5 prosent.³² Av det går 25,8 prosent av tiden til direkte pasientrelatert arbeid, 12,3 prosent går til journalføring og 3,4 prosent av tiden går til samarbeid med andre tjenesteytere i første- og andrelinjen om pasientene. Den resterende del av tiden (58,5 prosent) fordeler seg slik på hovedaktiviteter:

- 14,6 prosent til interne møter
- 12,9 prosent til kurs/studier av faglitteratur
- 8,8 prosent til administrasjon
- 7,3 prosent til veiledning
- 5,0 prosent til reiser
- 9,9 prosent til andre (uspesifiserte) aktiviteter

Samdatas rapport for psykisk helsevern for 2004 viser at flere poliklinikker har svært lav produktivitet, spesielt gjelder det store institusjoner. En del av variasjonen skyldes antakelig ulik produktivitet, men forskjellene er så store at det har gitt grunn til å stille spørsmål ved kvaliteten. Tall for 2005 viser at pasienter per fagårsverk varierer fra 7 til 64 pasienter og tiltak per fagårsverk varierer fra 204 til 954 tiltak.³³ Det året hadde hver behandler i gjennomsnitt 31 pasienter og gjennomførte 414 tiltak. Eksemplene i tekstboksene 4.2 og 4.3 bygger på disse nøkkeltallene.

Forskjellene kan derfor skyldes at det er feil i ressursdataene (årsverkene) eller i produksjonsdataene (tiltak og pasienter). Lave produktivitetstall kan skyldes enkeltfaktorer alene, eller en kombinasjon av at opplysningene om årsverk

31) Helsetilsynet (2000): *Psykiatriske poliklinikker En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien*. Utredningsserien 4-2000.

32) SINTEF Helse: *Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*. Sluttrapport. Utgitt 28.6.2005.

33) Samdata psykisk helsevern – Sektorrapport 2005 tabell 20.8

inkluderer mer enn den polikliniske virksomheten, og at poliklinikkene har et betydelig innslag av aktiviteter utenom pasientbehandling. Tallmaterialet viser imidlertid at det også er store forskjeller mellom enheter som utelukkende driver poliklinisk virksomhet. Riksrevisjonens standard for krav som må settes til bruk av andres arbeid i revisjonen, gjorde det derfor nødvendig å undersøke om ovennevnte data oppfyller kravene til revisjonsbevis. Denne delen av undersøkelsen retter derfor søkelyset mot gyldigheten og påliteligheten til måleenhetene som inngår i produktivitetsindikatorerne som Samdata bruker i resultatrapporteringen.

4.1 I hvilken grad er måleenhetene gyldige?

I produktivitetsanalyser av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer brukes vanligvis følgende tre forholdstall:

- Antall pasienter per fagårsverk
- Antall tiltak per fagårsverk
- Antall tiltak per pasient

Tekstboks 4.1 Beskrivelse av produksjonsmålet tiltak

Tiltak er et fellesbegrep som brukes om de aktivitetene som inngår i det polikliniske behandlingstilbudet. Tiltak er delt inn i fem grupper:

- 1 Terapi/samtale (konsultasjon) med pasient og/eller foresatte både når de er til stede og ved telefonkonsultasjoner
- 2 Undersøkelse/observasjon som også omfatter tester/kartlegginger
- 3 Indirekte pasientarbeid/rådgivning som gjelder tiltak hvor pasienten/foresatte ikke er til stede, og som i hovedsak gjelder samarbeid med eksterne parter
- 4 Intern behandlingsplanlegging – bl.a. interne møter og utarbeidelse av rapporter, epikriser mv.
- 5 Ikke møtt – både når pasienten/foresatte avlyser og ellers

Tiltak i gruppene 1, 2 og 3 rapporteres til Norsk pasientregister og brukes både i deres egne publikasjoner og i Samdatas rapporter. Tiltak i gruppene 4 og 5 inngår ikke i offentlig statistikk.

Pasienter

Antallet pasienter brukes som mål for produksjonen i poliklinikkene. En grunnleggende forutsetning for en slik måleenhet er at den er entydig. Pasienter er ikke en telling av antall ferdigbehandlede pasienter, men en telling av alle pasienter som poliklinikken har vært i kontakt med i vedkommende kalenderår. Samme pasient telles hvert år så lenge henvisningsperioden varer. Noen pasienter går til regelmessige konsultasjoner gjennom hele det året som målingen gjelder, mens andre kun har én eller et fåtall konsultasjoner dette året. Likevel regnes alt som én pasient, uavhengig av hvor mange konsultasjoner vedkommende har hatt det aktuelle året.

Antallet pasienter kan også påvirkes i stor grad dersom poliklinikkene ikke har normer for de viktigste av forholdene som dette gjelder. En tredel av poliklinikkene (28) har fastsatt normer for hvor mange pasienter det forventes at hver behandler har til enhver tid. Sju poliklinikker svarer at de har andre normer for behandlingsaktiviteten:

- Tre poliklinikker har en norm for antall nye pasienter per behandler per måned.
- Fire poliklinikker har normer for konsultasjonsseriens (behandlingsseriens) lengde.

I et avgrenset tidsrom – som et kalenderår – påvirkes en poliklinikks pasienttall i første rekke av to forhold:

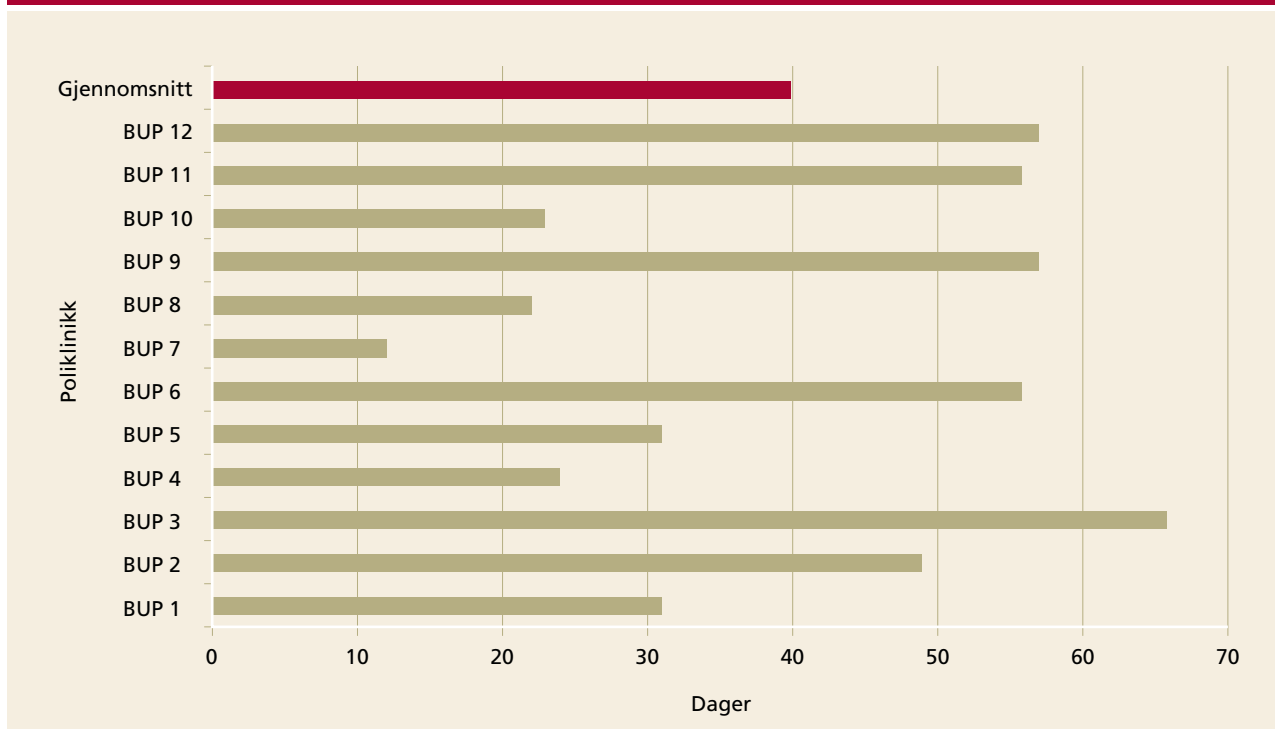
- Konsultasjonsfrekvens; hvor ofte hver pasient innkalles og møter til konsultasjon
- Pasientsammensetning; hvordan pasientene fordeler seg på diagnoser – og som resultat av dette: hvor mange konsultasjoner som i snitt er nødvendig per pasient

Ingen av disse to forholdene er uttrykk for produktivitet. Likevel vil en poliklinikk doble antall pasienter som gis et tilbud dersom den øker tidsrommet mellom hver konsultasjon fra f.eks. 14 til 28 dager. Produktiviteten målt som antall pasienter per fagårsverk vil stige med 100 prosent til tross for at det ikke er skjedd noen produktivitetssendring. Poliklinikkene er derfor spurt om de har retningslinjer for hvor lang tid det skal gå mellom hver konsultasjon. Svarene viser at kun to poliklinikker har fastsatt en norm for konsultasjonsfrekvens.

Hvis konsultasjonsfrekvensen likevel er noenlunde lik i poliklinikkene, så svekkes innvendingene mot å bruke antall pasienter som produksjonsmål. For å gi svar på det ble alle konsultasjoner registrert med dato i journalgjennomgangen. Resultatet er vist i figur 4.1, som gir en oversikt over hvor lang tid det i gjennomsnitt gikk mellom hver konsultasjon for de pasientene som var omfattet av journalgjennomgangen i hver av de tolv poliklinikkene.

Det går fram av figuren at pasientene generelt

Figur 4.1 Antall dager mellom hver konsultasjon, gjennomsnitt (konsultasjonsfrekvens)



Kilde: Journalgjennomgangen

Tekstboks 4.2 Eksempel 1 – endringer i konsultasjonsfrekvens

Utgangspunkt: Gjennomsnittsklinikken hvor hver behandler hadde 31 pasienter i 2005.

Forutsetninger: Gjennomsnittsklinikken har samme konsultasjonsfrekvens som gjennomsnittet i figur 4.1 – 40 dager.

- 1 Gjennomsnittsklinikken foretar en omlegging av praksis for konsultasjonsfrekvens slik at den blir identisk med poliklinikken som har kortest tid mellom hver behandling (BUP 7). Resultatet er at antall pasienter per behandler per år reduseres fra 31 til 9 pasienter. Produktiviteten synker tilsynelatende med 71 prosent.
- 2 Gjennomsnittsklinikken legger om konsultasjonsfrekvensen slik at den blir identisk med poliklinikken som har lengst tid mellom hver behandling (BUP 3). Resultatet er nå at antall pasienter per behandler per år øker fra 31 til 51 pasienter. Produktiviteten forbedres tilsynelatende med 64 prosent.

må vente lenge mellom hver konsultasjon, i gjennomsnitt 40 dager. Figuren viser også at spredningen mellom poliklinikkene er stor. I poliklinikken som har høyest frekvens – i den forstand at pasienten møter ofte – går det i gjennomsnitt 12 dager mellom hver konsultasjon med pasienten. I poliklinikken med lavest frekvens går det 66 dager mellom konsultasjonene. Om en ser bort fra andre faktorer som påvirker pasienttallet, vil den førstnevnte klinikken kunne gi et tilbud til mer enn fem ganger flere pasienter ved å redusere frekvensen til samme nivå som den poliklinikken som har lavest konsultasjonsfrekvens. Når antall pasienter per fagårsværk brukes som produktivitetsindikator, vil en slik endring i konsultasjonsfrekvens føre til at poli-

linikken kan vise til en forbedring av produktiviteten med 450 prosent. Men isolert sett er produktiviteten uendret.

Det innebærer at en poliklinikk vil ha varierende pasienttall fra år til år, selv om behandlingsskapitet og reell produktivitet er den samme. Endringer i konsultasjonsfrekvensen – bevisst eller tilfeldig – og i antall konsultasjoner per pasient, vil ha sterk innvirkning på pasienttallet. Måltallet ”antall pasienter” kan med andre ord være gjenstand for både tilfeldig og bevisst påvirkning.

Endringer i konsultasjonsfrekvensen vil innebære en endring i behandlingsseriens lengde. En økning i gjennomsnittlig behandlingstid skyldes derfor enten at det i gjennomsnitt går lengre tid mellom hver konsultasjon for pasientene, hver pasient krever i snitt flere konsultasjoner, eller en kombinasjon av disse to forholdene. Endringer i gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient vil være en følge av endret sykdomsmønster (pasienttyngde) for landet som helhet, men også regionalt. Det er grunn til å tro at slike endringer er ubetydelige når tidshorizonten er så kort som fra ett år til det neste. Ut fra denne forutsetningen vil endringer i gjennomsnittlig behandlingstid i det vesentlige skyldes økt konsultasjonsfrekvens.

Utviklingen i gjennomsnittlig behandlingstid kan illustreres ved å se antall pasienter ett år i forhold til antallet pasienter som er avviklet fra ventelisten det samme året. Dette forholdstallet viser hvor mange år pasientene i gjennomsnitt går til behandling innenfor en og samme henvisningsperiode. Ved å multiplisere dette forholdstallet med 365 kommer en fram til behandlingstiden målt i dager. Gjennomsnittlig behandlingstid er vist i tabell 4.1 sammen med endringen i dager og prosent fra 2004 til 2005.

Tabell 4.1 Gjennomsnittlige behandlingstider i 2004 og 2005

Helseregion	2004	2005	Endring i dager	Endring i prosent
Øst	1 031	1 013	-18	-1,7
Sør	1 080	1 282	202	18,7
Vest	1 007	1 066	59	5,9
Midt-Norge	990 ³⁴	1 092	102	10,3
Nord	1 034	1 075	41	4,0
Landet som helhet	1 031	1 092	61	5,9

34) Pasienter behandlet ved BUP Levanger i 2004 er ikke med i NPRs tall. Det er derfor beregnet et tall for denne poliklinikken basert på at den i 2005 har hatt identisk økning i antall pasienter som resten av helse-regionen, dvs. 13 prosent.

Kilde: Norsk pasientregister

En økning i gjennomsnittlig behandlingstid skal gi en tilsvarende økning i antall pasienter, jf. ovenfor. For landet som helhet økte gjennomsnittlig behandlingstid per pasient fra 1 031 dager i 2004 til 1 092 dager i 2005. Det gir en økning på 61 dager, tilsvarende 5,9 prosent, og innebærer at over halvparten av økningen på 11,2 prosent i antall pasienter i 2005 skyldes økningen i gjennomsnittlig behandlingstid. Samtidig økte antall fagårsverk ifølge Samdata med 10,4 prosent. Forutsatt lik produktivitet og at pasienter er et gyldig produksjonsmål, skulle dette gi en tilsvarende økning i antall pasienter. Når en tar utgangspunkt i pasientallet for 2004 (39 094) og legger til forventet økning i pasientallet som følge av økt ressursinnsats (10,4 prosent) og økt behandlingstid (5,9 prosent), kommer en fram til et forventet pasientall for 2005 på 45 465. Det faktiske tallet (43 761) ligger 3,7 prosent lavere.

Gjennomsnittlig behandlingstid økte i alle regionene i 2005, med unntak av region øst. Variasjonen mellom regionene var 90 dager i 2004, men den har økt til 269 dager i 2005. Regionene sør og Midt-Norge hadde betydelig større økning i gjennomsnittlig behandlingstid enn de andre regionene. I region sør økte den med over et halvt år. Det har bidratt til at denne regionen har hatt best utvikling i 2005 i forhold til målet om å gi behandling til 5 prosent av målgruppen. Andelen økte ifølge NPR fra 4,0 til 4,6 prosent.

Ifølge NPR var dekningsgraden på landsbasis 4 prosent i 2005. I forhold til målet gjenstår det å øke dekningsgraden med 25 prosent, fra 4 til 5 prosent av målgruppen. Overført til vår gjennomsnittsklinikk i figur 4.1 kan den nå målet ved å øke antall dager mellom konsultasjonene til hver pasient fra 40 til 50 dager.

Tiltak

For at tiltak skal være et gyldig mål for produksjon, må det være en entydig og omforent måleenhet. Noen tiltak utløser refusjoner basert på takster fastsatt i forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp.³⁵ De til enhver tid gjeldende takster vil påvirke registreringspraksisen i poliklinikkene. Forskriften og de tilhørende merknadene stiller ingen konkrete krav til varigheten av en aktivitet for at den skal kunne regnes som et tiltak og dermed utløse refusjon. Derfor tilfredsstill-

ler ikke ”tiltak” kravet om å være en entydig og omforent måleenhet. Men dersom poliklinikkene i sin praksis har utviklet en form for standard, så vil det kunne rettferdiggjøre bruken av tiltak som produksjonsmål.

I journalgjennomgangen er alle tiltak registrert med type og ressursbruk. Den vanligste konsultasjonen – som er én form for tiltak – med pasient og/eller pårørende varer i én time og er med én behandler, og den står for 15 prosent av konsultasjonene. De minst ressurskrevende konsultasjonene som ble registrert, varer i 6 og 12 minutter, men de er bare 3 prosent av konsultasjonene. De mest ressurskrevende er konsultasjoner med flere behandlere, når konsultasjonene varer flere timer. Det er registrert konsultasjoner med fem behandlere i 1,5 og 2 timer. Slike konsultasjoner er imidlertid bare en liten del av de totale tiltakene.

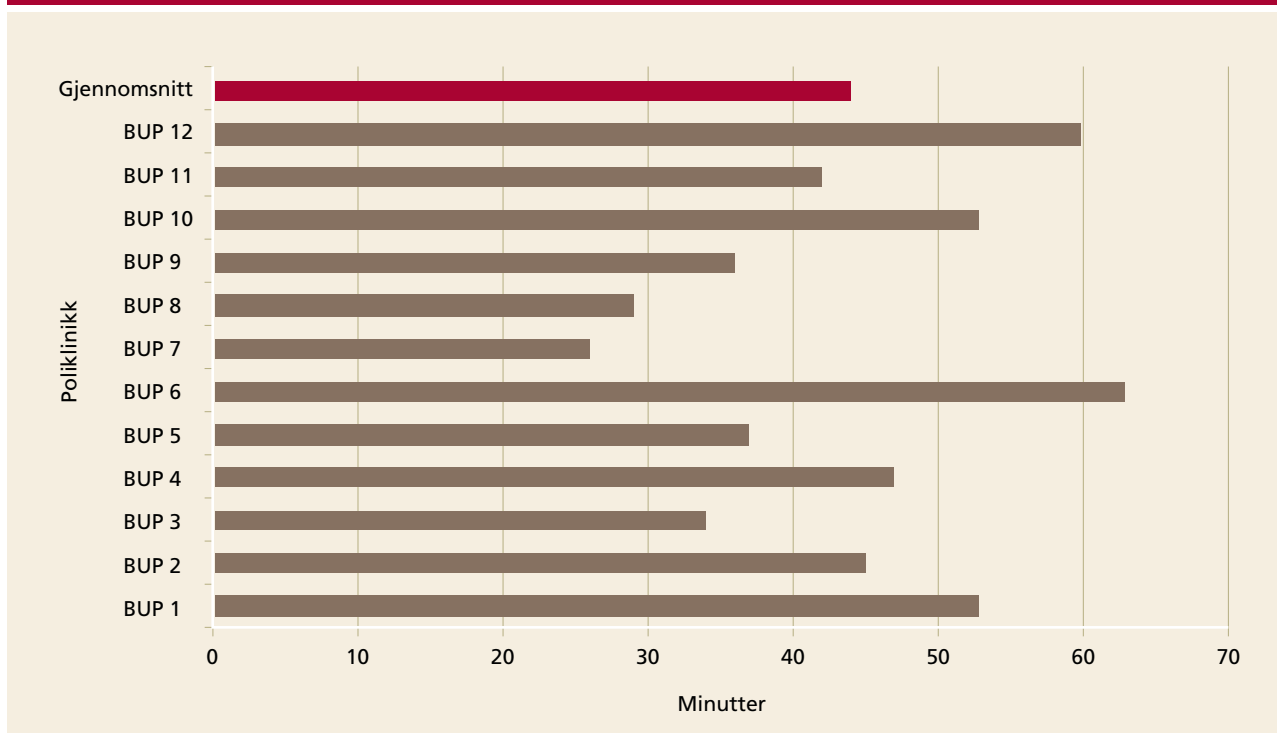
Andre tiltak enn konsultasjoner er oftere av kort varighet, først og fremst telefonsamtaler med pasient/pårørende som ikke er konsultasjon, og telefonsamtaler med samarbeidende tjenesteytere. Omfanget av slike korte tiltak er stort, og det varierer mellom poliklinikkene.

Av figur 4.2 går det fram at et tiltak varer i gjennomsnitt 44 minutter. Spredningen er stor, men den er mindre enn for konsultasjonsfrekvensen, jf. figur 4.1. Den enkelte poliklinikk har samme nummer i de to figurene. Gjennomsnittlig varighet er 26 minutter i poliklinikken med kortest varighet for tiltakene, og 63 minutter hos den som har lengst varighet. BUP 7, som har kortest gjennomsnittlig varighet på tiltakene, er også den som har hyppigst konsultasjonsfrekvens. Blant de tolv poliklinikkene vil den komme dårligst ut av alle i produktivetsanalyser hvor antall pasienter inngår (pasienter per fagårsverk), men den vil komme gunstigst ut i analyser hvor antall tiltak inngår (tiltak per fagårsverk). Det er en god illustrasjon av hvor dårlig de to vanligste produktivetsindikatorerne fungerer. I forhold til produktivitet vil samme poliklinikk kunne bli rangert både høyest og lavest, avhengig av hvilken av de to indikatorerne som velges.

I den offisielle statistikken likestilles tiltakene uavhengig av varighet. Produktivetsanalyser som baserer seg på disse tallene, vil derfor normalt gi et skjevt bilde. For eksempel kan klinikken med høyest gjennomsnittlig varighet av tiltakene (BUP 6) oppnå en produksjonsforbedring

35) Helse- og omsorgsdepartementet har i FOR 2000-12-01 nr. 1389 beskrevet hoved- og tilleggstakster og hva de gjelder. Det er utdypet i merknadene til takstene.

Figur 4.2 Tiltakenes gjennomsnittlige varighet i minutter



Kilde: Journalgjennomgangen

på 142 prosent ved å redusere varigheten til 26 minutter, som er gjennomsnittet i poliklinikken med kortest varighet av tiltakene (BUP 7). Resonnementet bygger på at det ikke generelt kan hevdes at to konsultasjoner med samme pasient à en halv time er dobbelt så produktivt som en konsultasjon på én times varighet med den sam-

Tekstboks 4.3 Eksempel 2 – Tiltaks varighet

Utgangspunkt: Gjennomsnittsklinikken hvor hver behandler gjennomførte 414 tiltak, i 2005.

Forutsetninger: Gjennomsnittsklinikken har samme varighet på tiltakene som gjennomsnittet i figur 4.2 – 44 minutter.

- 1 Gjennomsnittsklinikken legger om praksis for oppdeling av arbeidstiden i tiltak, slik at den blir identisk med poliklinikken med lengst varighet for tiltak (BUP 6). Resultatet er at antall tiltak per behandler per år reduseres fra 414 til 289 tiltak. Produktiviteten synker tilsynelatende med 30 prosent.
- 2 Gjennomsnittsklinikken legger om praksis for oppdeling av arbeidstiden i tiltak, slik at den blir identisk med poliklinikken med kortest varighet for tiltak (BUP 7). Resultatet er at antall tiltak per behandler per år øker fra 414 til 701 tiltak. Produktiviteten øker tilsynelatende med 69 prosent.

me pasienten. Oppdelingen i flere korte konsultasjoner er i tillegg oftest innenfor samme dag.

Noen aktiviteter i poliklinikkene kan være svært ressurskrevende, uten at denne ressursbruken rapporteres som tiltak og dermed inngår i produktivetsanalyser. Reisetid er et eksempel på det. Det er store forskjeller mellom poliklinikkens ressursbruk på reisetid avhengig av hvor stort opptaksområdet er i utstrekning, og hvor godt utbygd kommunikasjonene er i regionen. I journalgjennomgangen fant vi et eksempel på reisetid på 7,5 timer, og et annet som omfattet tre behandlere som alle hadde reisetid på tre timer. Det siste gir en ressursbruk på ni timer. Reisetiden har innvirkning på produktiviteten, og poliklinikkene som tilbyr tjenester utenfor sine lokaler, vil komme dårlig ut i forhold til poliklinikker som ikke gir et slikt tilbud. Behandlerne i to av de tolv klinikkene i journalgjennomgangen reiste regelmessig ut til de mest fjerntliggende kommunene i sitt opptaksområde for å ta imot pasienter. Begge klinikkene har lav produktivitet ifølge Samdatas resultatrapporteringer. Det er et mål å øke bruken av ambulante team, men det faller av samme grunn negativt ut i forhold til målt produktivitet. Hvis flere behandlere deltar i samme konsultasjon, regnes også det som bare ett tiltak. Derfor er bruk av behandlersteam ugunstig sett i forhold til produktivitet målt ved antall tiltak.

Det er i tillegg slik at to av fem grupper av tiltak er utelatt i rapporteringen fra poliklinikkene til Norsk pasientregister, jf. tekstboks 4.1. Det er aktiviteter som også er en nødvendig del av arbeidet med pasientene, men som ikke inkluderes når produktiviteten beregnes, som i Samdatas rapporter.

Fagårsverk

Fagårsverk brukes som uttrykk for ressursinnsatsen, og inngår i to av de tre produktivetsindikatorer. Tall for fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge innhentes av Statistisk sentralbyrå. I rapporteringen skal poliklinikkene bl.a. spesifisere årsverkene i poliklinisk virksomhet.

Tekstboks 4.4 Beskrivelse av fagårsverk og poliklinikk

Fagårsverk er totalt antall årsverk fratrukket kategorien "annet personell". Annet personell omfatter grupper som ikke utfører pasientrettet arbeid, i første rekke administrativt, merkantilt og teknisk personale.

Poliklinikk: Norsk pasientregister innhentet i 2005 data fra 86 enheter i psykisk helsevern for barn og unge. Bare en del av disse er "rene" poliklinikker. I de øvrige inngår i tillegg spesielle behandlingsteam, avdelinger/behandlingshjem og familieavdelinger, eller dette er selve rapporteringsenheten. Også ved rene dag-/døgninstitusjoner gjøres det poliklinisk arbeid. Det varierer derfor hvilke og hvor mange slike enheter som inngår i hver av de 86 enhetene som rapporterer til NPR. Bak begrepet "poliklinikk" skjuler det seg derfor et vidt spekter av ulike oppgaver, ulik organisering og enheter som er geografisk atskilte. En direkte sammenligning av data fra disse rapporteringsenhetene vil dermed i mange tilfeller gi lite mening.

En heltidsansatt i poliklinikkene regnes som ett årsverk. Poliklinisk virksomhet er ikke bare pasientrelatert virksomhet. De fleste poliklinikkene har også andre oppgaver som undervisning, forskning, øyeblikkelig hjelp mv. Dersom fordelingen av oppgaver klinikkene imellom ikke er lik, vil det oppstå feilmarginer når ressursbruken måles på denne måten. Årsverkene skulle vært fordelt på de forskjellige oppgavene som den enkelte poliklinikk utfører. Derfor kan det også reises spørsmål ved om fagårsverk er et gyldig mål for ressursinnsatsen.

Når det er store svakheter knyttet til størrelsene som er valgt som uttrykk for produksjon eller aktivitet (pasienter og tiltak) og ressursbruk (fagårsverk), er det ikke funnet forsvarlig å

gjennomføre en produktivetsanalyse. Slike analyser gjennomføres og offentliggjøres imidlertid av andre, bl.a. av SINTEF Helse i forbindelse med evalueringer av opptrappingsplanen på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og det er derfor grunn til også å gå nærmere inn på hvor pålitelig selve tallmaterialet er.

4.2 Er datamaterialet som ligger til grunn for produktivetsmålene, pålitelig?

For å gjøre relevante sammenligninger mellom enheter er det helt nødvendig at like forhold registreres likt. Det er ikke utarbeidet noen veiledning for registreringen i det pasientadministrative systemet. I 2005 startet et prosjekt for å sikre god kvalitet på de dataene som rapporteres til NPR, det skulle bl.a. utvikles registrerings- og prosessveiledere. Prosjektet var planlagt sluttført i 2006, men departementet sier at veilederne ikke vil foreligge før sommeren 2007. Departementet opplyser i sine kommentarer til rapporten at Shdir for å bidra til en mer enhetlig faglig praksis i poliklinikkene har gitt Regionalt BUP Øst og Sør i oppdrag å utarbeide en praksisveileder for BUP.

4.2.1 I hvilken grad er måleenhetene pålitelige? Pasienter

Hvor mange pasienter som behandles ett år, påvirkes også av forhold som kan karakteriseres som tilfeldigheter. Noen av disse er helt eller delvis utenfor poliklinikkens kontroll. Det gjelder f.eks. ventetid, pasientsammensetning og om pasienten fullfører behandlingen eller slutter underveis. Både sammensetningen av pasienter (henvisningsgrunn) og andelen pasienter som fullfører behandlingen, har betydning for gjennomsnittlig behandlingstid i poliklinikkene og dermed tilgjengeligheten for nye pasienter. Når ventetiden er lang, vil de alvorligst syke utgjøre en høy andel av pasientene som følge av den prioriteringen som poliklinikkene gjør. Det er rimelig å vente at disse trenger behandling over lengre tid enn pasienter med mindre alvorlige problemer, og det vil trekke produktiviteten (målt som antall pasienter per fagårsverk) i en ugunstig retning.

Journalgjennomgangen viser at mange pasienter slutter fordi de selv eller foresatte ikke ønsker å fortsette behandlingen. Årsakene er flere, bl.a. at de ikke synes behandlingen er til hjelp, at behandler ikke har nødvendig kompetanse, eller at pasient eller foresatt ønsker en annen behand-

ler enn de er tildelt. Pasients/foresattes opplevelse av kvalitet kan derfor gi utslag i antall pasienter som behandles – dersom den opplevde kvaliteten er lav, vil det relativt sett kunne resultere i et høyt inntak av nye pasienter fordi så mange avslutter behandlingen. Andelen pasienter som avslutter behandlingen før den er ferdig, vil variere mellom poliklinikkene og vil dermed påvirke produksjonsmålet pasienter i ulik grad.

Journalgjennomgangen viser at det er en relativt utbredt praksis blant behandlere å holde saker åpne. Det avtales at konsultasjonene avsluttes inntil videre, men at en avventer en periode før saken formelt avsluttes. Hensikten er at pasienten skal kunne få nye konsultasjoner dersom pasient/foresatte synes det er behov for det, uten å måtte gå veien om en ny henvisning. Hvor lenge saken holdes åpen, varierer, men det dreier seg oftest om tre til seks måneder. De fleste sakene blir avsluttet innen avtalt tid, enten fordi pasient/foresatte gir tilbakemelding om det, eller fordi behandler ikke mottar noen tilbakemelding om ytterligere behov. Det er også eksempler på at saker blir glemt og først avsluttet når dette oppdages. 156 journaler har data både for tidspunkt for siste konsultasjon og når epikrisen er skrevet. I en firedel av disse sakene (39 journaler) gikk det mer enn seks måneder fra siste konsultasjon til epikrise ble skrevet.

Denne praksisen medfører at pasienter beholdes i systemet uten at de legger beslag på ressurser. Dersom pasientbehandlingen er avsluttet mot slutten av året, men nevnte praksis fører til at saken formelt avsluttes først på starten av det påfølgende året, vil pasienten telle med i tallet for totalt antall pasienter begge disse årene. Ettersom pasienttallene bevisst kan påvirkes på denne måten, har vi undersøkt om det er en overvekt av epikriser utstedt i januar. I 165 av sakene i journalgjennomgangen var det skrevet epikriser. Av disse var 21 epikriser skrevet i januar, mens det ble skrevet 13 epikriser i gjennomsnitt for hver av de øvrige månedene i året. Det ble med andre ord skrevet 60 prosent flere epikriser i januar enn gjennomsnittet for årets øvrige måneder.

Praksisen er også forskjellig fra klinikk til klinikk i håndteringen av saker hvor pasienten er innlagt i dag-/døgninstitusjon, men mottar polikliniske tjenester. Noen institusjoner skriver henvisninger mellom forskjellige omsorgsnivåer og får av den grunn flere pasienter enn de som ikke har en slik praksis. Det er også påpekt av Norsk

pasientregister i deres rapport for aktivitetsdata i 2005.

Tiltak

Det er grunn til å forvente at en ”god praksis” vil innebære at det er stor grad av likhet i forholdstallet mellom indirekte og direkte tiltak i poliklinikkene. Litt forenklet kan en si at de direkte tiltakene er den tiden behandlerne bruker i møte med pasient, pårørende eller samarbeidspartner. De indirekte tiltakene er alle de øvrige. Forholdstallet mellom indirekte og direkte tiltak vil variere noe fordi en del indirekte tiltak må ses på som en fast og uavhengig del av behandlingen. Det gjelder f.eks. arbeid som skjer i inntaks- og avslutningsfasen. Et høyt innslag av pasienter med få eller ingen konsultasjoner fører til en relativt høy andel indirekte tiltak. Det antas likevel at denne faktoren ikke medfører vesentlige forskjeller mellom klinikkene. Store forskjeller i forholdstallet mellom indirekte og direkte tiltak vil derfor indikere en ulik registreringspraksis.

Data fra spørreundersøkelsen viser at indirekte tiltak utgjør mellom 14 og 199 prosent av de direkte tiltakene. Selv om ekstremverdiene utelates for å ta høyde for feil i datasettet, varierer forholdet mellom indirekte og direkte tiltak fra 22 til 98 prosent.³⁶

Journalgjennomgangen viser også at registreringspraksisen er ulik, spesielt mellom poliklinikker. Det kan illustreres ved det maksimale antallet tiltak som ble registrert på én pasient i løpet av én dag i hver av poliklinikkene. Det maksimale antallet tiltak varierer mellom 4 og 21 i de tolv poliklinikkene som var omfattet av journalgjennomgangen. Det betyr at det er svært store forskjeller i hvordan behandlerne registrerer arbeidet sitt på tiltak i de ulike poliklinikkene. Forskjeller i registreringspraksis vil trolig påvirke produktivitetstallene i vesentlig grad.

Norsk pasientregister beskriver også den ulike registreringspraksisen i sin rapport for 2005: ”[...] det er ulik registreringspraksis i sektoren på flere områder. Ulik registreringspraksis foregår bl.a. ved registrering av tiltak.” Norsk pasientregister peker på at dette blant annet skyldes at retningslinjene fra Rikstrygdeverket delvis er uklare.

36) De tolv laveste og høyeste verdiene, 24 av 85 poliklinikker, er fjernet fra materialet.

Fagårsverk

Statistikken over fagårsverk bygger på punkt-tellinger ved utgangen av hvert år. Samdata beregner tallet for et gitt år, som gjennomsnittet av antallet fagårsverk per 31. desember dette året og 31. desember året før. For enheter med høy turnover og ubesatte stillinger deler av året vil dette gi et misvisende bilde av arbeidskraftressursen. Størst utslag gir det når noen er ansatt i en stilling ved utgangen av begge årene, men stillingen står ubesatt det meste av året ellers.

Fagårsverkene beregnes ut fra stillingsbrøker. Det korrigeres ikke for overtidstimer, fravær mv., og det tas ikke hensyn til forskjeller i åpnings-/arbeidstid. En annen svakhet er at det skjer endringer over tid i hva som inngår i fagårsverkene for den enkelte rapporteringsenhet. Som eksempel nevnes at fra og med 2005 regnes fagårsverkene som utføres i ambulante team med.

I rapporteringen av fagårsverk til SSB er det forutsatt at virksomheter innen psykisk helsevern skal fordele sine årsverk på omsorgsnivå (dag-/døgn-/poliklinikk) ut fra hvordan ansatte med oppgaver på tvers av dette forutsettes å bruke sin tid. Fordelingen baserer seg på skjønn og kan være en kilde til unøyaktighet. Det er også slik at poliklinikkene mottar en refusjon ut fra antall timer som fordeles på poliklinisk virksomhet. Refusjonsordningen kan påvirke det skjønn som må utøves i forbindelse med fordelingen av stillinger på aktivitet. Den kan også medvirke til at helsepersonell som det er mangel på, i unødige grad gjør rent administrativt arbeid som kunne vært gjort av personell med det som kompetanseområde. Også dette kan variere fra poliklinikk til poliklinikk og påvirke fagårsverkene i ulik grad.

4.2.2 Hvordan er kvaliteten på offisielle data for psykisk helsevern for barn og unge?

I spørreundersøkelsen har vi hentet inn produksjonsdata fra poliklinikkene for 2005. Disse tallene ble sammenlignet med tilsvarende tall fra Norsk pasientregister. Det var forventet avvik fordi noen av Norsk pasientregisters rapporteringsenheter inkluderer mer enn poliklinikker. De kan derfor ha høyere produksjon enn hva vi fikk opplyst fordi dag-/døgninstitusjonene som inngår, også har poliklinisk aktivitet. Avvikene var imidlertid store og gjennomgående. Derfor trakk vi ut tre tilfeldige enheter og gikk gjennom tallmaterialet sammen med Norsk pasientregister for å finne årsaker til avvikene.

Gjennomgangen viste at én av de tre enhetene bare hadde levert en begrenset del av sine data for 2005 til Norsk pasientregister. Den andre enheten hadde ikke levert data for tre dag-/døgninstitusjoner til Norsk pasientregister. Det ble stor grad av overensstemmelse mellom datasettene etter at det var korrigert for disse forholdene. Den tredje enheten hadde rapportert for fem enheter i tillegg til poliklinikken som var omfattet av vår spørreundersøkelse. Det forklarte mesteparten av avvikene, men forskjellene er fortsatt store. Denne rapporteringsenheten viste også at dag-/døgnenhetene behandler mange pasienter poliklinisk, så mye som en tredel av de direkte polikliniske tiltakene ble utført av andre enn poliklinikken.

For to av tre tilfeldig valgte enheter hadde ikke Norsk pasientregister korrekte data. De har påpekt at det skyldes forhold som ligger utenfor deres ansvarsområde. Det ble også konstatert at Norsk pasientregister ikke var klar over at to grupper tiltak var utelatt fra datafilen som registrert får overført fra poliklinikkene. En årsak kan være at det er systemleverandøren (Visma Unique AS) som tilrettelegger uttrekket av data til Norsk pasientregister.³⁷

Undersøkelsen viser at det er vanskelig å skaffe seg tilstrekkelig oversikt over datasystemet og dataregistreringene som gjøres i poliklinikkene. Mange parter er involvert, og det er kanskje årsaken til at kunnskapen synes å være ganske fragmentert. Det synes å være få poliklinikker som har ansatte med tilfredsstillende kompetanse på det pasientadministrative systemet. Det kompenseres ved å trekke inn systemleverandør, it-personell i foretaket eller andre ressurspersoner. Disse forholdene medvirker til at påliteligheten svekkes når det gjelder både korrekt registrering og korrekt rapportering.

Ved iverksettingen av opptrappingsplanen ble det gitt refusjoner for undersøkelser, utredninger og behandlinger, med et skille mellom førstegangs konsultasjoner og senere konsultasjoner. Fra januar 2005 ble det gjort vesentlige endringer i refusjonssystemet.³⁸ Fra dette tidspunktet gis det også refusjon for konsultasjoner med pårørende/foresatte uten at pasienten er til stede, og for telefonkonsultasjoner generelt. Det ble også

37) Bupdata eies av Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner som har inngått en samarbeidsavtale med Visma Unique AS. Det er disse to partene som ivaretar utviklingen av systemet.

38) FOR 2000-12-01 nr. 1389: Forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp.

innført godtgjørelse for oppfølgingsmøter og telefonsamtaler med førstelinjen, såfremt de har et faglig innhold. Dessuten ble omfattende tester og utredninger refusjonsberettiget.

Til sammen førte disse endringene til at det uavhengig av om aktiviteten økte, ble registrert flere polikliniske tiltak i 2005 enn i 2004. Endringene innebar også at tiltak som tidligere ble registrert som indirekte tiltak, nå ble registrert som direkte tiltak. Samdata uttaler derfor i sin rapport for 2005: "[...] Aktivitetsåret 2005 vil derfor representere et skifte ved presentasjoner av tidsserier for direkte og indirekte tiltak."

4.3 Vurderinger

4.3.1 Kvaliteten på offentlig helsestatistikk innen psykisk helsevern for barn og unge er for dårlig

Undersøkelsen viser at antall pasienter ikke er et godt mål for produksjonen i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. I første rekke er det fordi det ikke er en telling av antall ferdigbehandlede pasienter. Men i tillegg er det tilstrekkelig at pasienten har hatt én konsultasjon i det aktuelle året for å komme med i statistikken. Det fører til at det bak et gitt antall pasienter kan det ligge vidt forskjellig ressursinnsats. Pasienttallet vil påvirkes av økt produktivitet, men også av andre forhold. Særlig gjelder det endringer i det antall dager det i gjennomsnitt går mellom konsultasjonene til hver pasient. Hvis oppholdet mellom hver konsultasjonsdag økes til det dobbelte for alle pasientene, øker også produksjonen målt som antall pasienter tilsvarende.

Ifølge tall fra Norsk pasientregister økte antall pasienter med 11,2 prosent i 2005. Men samtidig økte gjennomsnittlig behandlingstid for pasientene med 5,9 prosent. Denne økningen skal føre til en tilsvarende økning i pasienttallet, såfremt andre forhold er uendret, bl.a. produktiviteten. Den økte behandlingstiden står dermed for 52 prosent av økningen i antall pasienter. Når tall fra Samdata viser at fagårsverkene i poliklinikkene samme år økte med 10,4 prosent, kan det beregnes at pasienttallet ligger 3,7 prosent lavere enn det som kunne forventes når en forutsetter lik produktivitet i 2004 og 2005.

Tiltak er en aktivitet som måles gjennom forbruk av tid uten at det er nasjonale veiledende normer for varighet. Poliklinikklederne har ikke utformet interne normer, og det er derfor den enkelte behandler som gjennom sin praksis fastsetter

hvor lenge et tiltak varer. Det har ført til svært forskjellig praksis poliklinikkene imellom. Journalgjennomgangen viste at ett tiltak varierte fra seks minutter til ti timer. De to tiltakene likestilles imidlertid når man bruker tiltak til å måle produksjonen. Når tiltakene summeres opp for den enkelte poliklinikk, forventes det at forskjellene til en viss grad utjevnes. Den gjennomsnittlige varigheten til et tiltak varierer likevel mellom 26 og 63 minutter ved de tolv poliklinikkene som ble besøkt.

Det er en sentral målsetting i opptrappingsplanen for psykisk helse å øke produktiviteten i poliklinikkene. Opptrappingsplanen og departementets oppfølging retter oppmerksomheten mot antall tiltak per behandler per dag som indikator for produktivitet. Målet er å øke denne med 50 prosent, fra 1,1 til 1,7 tiltak per dag. Departementet har ved forskriftsendring utvidet grunnlaget for polikliniske refusjoner og dermed for hva som registreres som tiltak. Sammenligninger over tid av produktivitet uttrykt ved tiltak gir derfor mindre mening. Samtidig inviterer refusjonsreglene til å dele opp en aktivitet i flest mulig tiltak. En slik oppstyking av aktiviteten vil medføre både at produktivitet målt som tiltak og den økonomiske godtgjørelsen fra staten øker. Det er ikke mulig å gi noenlunde eksakte tall for den reelle utviklingen i de kvantitative målene i opptrappingsplanen, og derfor vil det heller ikke være mulig å kunne fastslå om målene nås.

Undersøkelsen viser også at heller ikke alle typer tiltak regnes med i helsestatistikken, og det tas ikke hensyn til systematiske forskjeller i ressursbruk. Når det brukes flere behandlere, f.eks. et behandlingsteam, regnes ikke det som flere tiltak. Den økte ressursbruken kompenseres heller ikke økonomisk. Et annet eksempel er at reisetid ikke regnes som tiltak. Det kan derfor virke lite systematisk hva som kommer med i statistikken for tiltak, sett i forhold til ressursinnsatsen. Resultatet kan være at en poliklinikk som i realiteten er produktiv, kommer dårlig ut når det gjelder produktivitet målt etter antall tiltak per fagårsverk.

I offentlig statistikk rapporteres fagårsverkene i poliklinisk virksomhet for hvert år. Fagårsverkene omfatter i første rekke pasientbehandling, veiledning til førstelinjen, øyeblikkelig hjelp, undervisning og til en viss grad også forskning. Den enkelte poliklinikkens andel av hver av disse oppgavene varierer. Fagårsverkene er derfor en upresis måleenhet for ressursinnsat-

sen i den delen av virksomheten som er direkte pasientrelatert, og som er det som måles på produksjonssiden i den enkelte poliklinikk.

Undersøkelsen viser at pasienter og tiltak ikke er gyldige mål for produksjonen i poliklinikkene. Indikatorer hvor de brukes, gir derfor et dårlig grunnlag for å trekke slutninger om produktivitet. Undersøkelsen har dessuten vist at også påliteligheten til dataene er lav. Det gjelder også rapporteringen fra poliklinikkene til Norsk pasientregister, ettersom ikke alle rapporteringsenhetene tar med alle deler av virksomheten som produserer polikliniske tjenester. Ingen av indikatorene har den kvaliteten som en kan få inntrykk av ved at de beregnes med en nøyaktighet på 0,1 enheter. Felles for alle måleenhetene er også at de er lite robuste, og de kan enkelt påvirkes for å komme bedre ut i resultatrapporteringer.

Helsetilsynet leverte i 2000 en rapport som handlet om produktivitet i poliklinikker. Den viste at under 40 prosent av behandlernes tid gikk med til behandling, journalføring og pasientrelatert samarbeid. Senere oppfølginger av denne undersøkelsen har vist tilnærmet samme resultat. Poliklinikkene driver tjenesteproduksjon, og som i andre slike virksomheter burde oppmerksomheten vært rettet mot at ressursene i størst mulig grad brukes til produksjon – i dette tilfellet pasientrelatert virksomhet. Opptrappingsplanens målsettinger om økt produktivitet uttrykt ved antall tiltak og antall pasienter i forhold til fagårsverk kan ha tatt bort oppmerksomheten fra et annet sentralt spørsmål: Hva kan gjøres for å øke andelen av arbeidstiden som brukes til direkte pasientrelatert arbeid? Det kan stilles spørsmål ved om nytteverdien av å bruke de nevnte indikatorene som styringsparametere står i forhold til ressursene som er lagt ned i å registrere, innhente og bearbeide aktivitetsdata fra psykisk helsevern for barn og unge.

Departementet har flere ganger påpekt at helsestatistikken har store mangler, bl.a. liten pålitelighet for tallene som offentliggjøres. Det er likevel gjort for lite for å rette på dette. Departementet uttaler i budsjettforslaget for 2006: ”Det er ikke formulert mål som på en god måte fanger forholdet mellom ressursinnsats (penger og personell) og produksjon. Dette er et komplisert område hvor det er vanskelig å sette gode mål, men et område som må ha fokus for å sikre god ressursutnyttelse.”³⁹

39) St.prp. nr. 1 (2005-2006) for Helse- og omsorgsdepartementet.

5 Kapasiteten i tjenestetilbudet

I poliklinikkene er kapasiteten avgjørende for hvor god tilgjengeligheten til tjenestene er, og dermed også for ventetiden. I de kommunale tjenestene antas kapasiteten å ha betydning ikke bare for tilbudet som gis til barn og unge med psykiske problemer, men også for muligheten til å forebygge og avdekke slike problemer og å henvise videre i behandlingsskjeden. Kapasitet er i undersøkelsen definert som antall fagårsverk per 10 000 barn og unge under 18 år i kommunene og i poliklinikkens opptaksområder.

I kapittel 4 er det påvist at fagårsverk ikke er et gyldig mål for ressursinnsatsen, og at det også er mangler ved påliteligheten. Fagårsverkene legges likevel til grunn for beregningen av kapasiteten hos tjenesteyterne. Det skyldes at de her i første rekke brukes på et overordnet nivå. Hver helseregion skal i utgangspunktet være selvforsynt med tjenester innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Det betyr at det er god grunn til å tro at de oppgavene som skal gjøres utover poliklinikkens primær oppgaver, vil være relativt sett tilnærmet like andeler når en sammenligner kapasitet på regionalt nivå. To poliklinikker som representerer en ekstremverdi i hver sin ende av skalaen, er også fjernet fra materialet.

5.1 Kapasiteten i poliklinikkene

5.1.1 Regional kapasitet

De 79 poliklinikkene som inngår i tallmaterialet, hadde i 2005 til sammen 1230 fagårsverk. Det er 11,5 fagårsverk per 10 000 barn og unge under 18 år i opptaksområdet til de samme poliklinikkene. Tabell 5.1 viser hvordan disse fagårsver-

kene fordeler seg på helseregioner og totalt. Lavest og høyest kapasitet viser antall fagårsverk for de poliklinikkene i regionene som har henholdsvis lavest og høyest kapasitet. Regional kapasitet viser fagårsverkene per 10 000 i alderen 0–17 år, og den er ikke et gjennomsnitt av tilsvarende tall for hver enkelt klinikk i regionen. I tillegg er det oppgitt totalt antall poliklinikker i hver region og hvor mange av disse som har en kapasitet over landsgjennomsnittet på 11,5 fagårsverk.

Tabellen viser at det er store forskjeller i regional kapasitet. Kapasiteten er høyest i region nord med 15,1 fagårsverk, og lavest i region sør, hvor den er 9,6 fagårsverk. Forskjellen er 57 prosent. I de tre andre regionene er kapasiteten relativt lik og ligger omtrent på det som er kapasiteten på landsbasis. Tabell 5.1 viser også at forskjellene i kapasitet er enda større mellom poliklinikkene internt i den enkelte helseregion enn mellom helseregionene. Forskjellene er størst i region nord og minst i region sør. I forhold til de andre regionene har poliklinikkene i region sør nokså lik kapasitet. Det er kun i regionene nord og øst at en betydelig andel av poliklinikkene ligger over kapasiteten for hele landet.

Tabellen viser at fire regioner har én eller flere poliklinikker med en kapasitet på under 8 fagårsverk per 10 000 barn og unge under 18 år. Men i flere regioner er det også poliklinikker med en kapasitet rundt 20 årsverk. Det underliggende tallmaterialet viser at kapasiteten i gjennomsnitt er 8 fagårsverk hos de ti klinikkene med lavest kapasitet, og 19,3 fagårsverk hos de ti som har høyest kapasitet.

Tabell 5.1 Oversikt over fagårsverk i poliklinikkene per 10 000 barn og unge under 18 år

Helseregion	Lavest kapasitet	Høyest kapasitet	Regional kapasitet	Antall poliklinikker i regionen	Antall poliklinikker over landsgjennomsnitt (11,5)
Øst	7,0	18,7	11,7	23	13
Sør	7,8	11,6	9,6	12	1
Vest	7,9	19,9	11,2	16	5
Midt-Norge	7,9	15,3	11,2	11	3
Nord	10,1	24,4	15,1	17	15
Hele landet	7,0	24,4	11,5	79	37

Kilde: Spørreundersøkelsen

Tekstboks 5.1 Eksempel på kapasitetens innvirkning på dekningsgraden

Utgangspunkt: De ti poliklinikkene med lavest kapasitet – i gjennomsnitt åtte fagårsverk per 10 000 barn og unge under 18 år.

Forutsetninger: Hver behandler gir et tilbud til 31 pasienter slik som i 2005.

De ti poliklinikkene vil under nevnte forutsetning i snitt behandle 248 pasienter per år. Det gir en dekningsgrad på 2,48 prosent. Hvis de doubler produktiviteten eller ressursinnsatsen, vil de likevel ikke nå målet om en dekningsgrad på 5 prosent. 7 av de i alt 79 poliklinikkene har tilstrekkelig kapasitet til å nå dette målet basert på antall pasienter som i gjennomsnitt ble behandlet i 2005

kan være en indikasjon på at behovet for tjenester (sykeligheten) også er høyere. Hvis dette er tilfelle, må kapasiteten fange opp ulikhetene i behovet som andelen nyhenviste viser, for at det skal være lik tilgjengelighet. De korrigerte tallene viser at region sør fortsatt har lavest kapasitet, men at region nord har nest lavest kapasitet, og regionene vest og Midt-Norge har høyest kapasitet. Mens forskjellen mellom laveste og høyeste kapasitet i utgangspunktet var 5,5 fagårsverk, så reduseres den til 3,4 fagårsverk når det korrigeres for behovet.

Kapasitet alene kan ikke ses som et uttrykk for tilgjengelighet. Tilgjengelighet er også et spørsmål om behovet for tjenestene. Som på andre områder innenfor spesialisthelsetjenesten varierer dette rundt i landet. Det finnes ikke eksakte data for behovet for tjenester i det psykiske helsevernet til barn og unge. Antall nyhenviste per 10 000 innbyggere under 18 år kan imidlertid gi en indikasjon på behovet for tjenestene i poliklinikkene.⁴⁰ I tabell 5.2 er kapasitetstallene (kolonne to) justert med dette uttrykket for behov (kolonne tre) og korrigert kapasitet i kolonne fire viser fagårsverk per 10 000 barn unge under 18 år justert for behov.

Det er langt flere nyhenviste per 10 000 barn og unge under 18 år i region nord – andelen er nesten 50 prosent høyere enn i resten av landet. Det

Tabell 5.2 Fagårsverk og nyhenviste

Helseregion	Fagårsverk per 10 000 under 18 år	Nyhenviste per 10 000 under 18 år	Korrigert kapasitet. ⁴¹ Fagårsverk per 10 000 under 18 år	
Øst	11,7	164	11,5	
Sør	9,6	158	9,8	
Vest	11,2	137	13,2	
Midt-Norge	11,2	148	12,2	
Nord	15,1	226	10,8	
Hele landet	11,5	161	–	

Kilde: Spørreundersøkelsen og Norsk pasientregister

40) Det er brukt tall for nyhenviste i 2005. Det er vurdert som et bedre alternativ enn å se på en lengre periode, ettersom antall polikliniske enheter som rapporterer data, har økt de siste årene. Antallet nyhenviste er imidlertid omtrent identisk for 2004 og 2005.

41) Kapasitet målt som fagårsverk per 10 000 er dividert med nyhenviste (behov). Dette forholdstallet i hver region er deretter multiplisert med gjennomsnittlig behov for landet under ett.

Det er usikkert hvor god en indikator nyhenviste er for å vise behovet for polikliniske tjenester (sykelighet). Det er også uvisst hvor mange pasienter som blir avvist, men det er ikke urimelig å tro at antall avviste øker dersom kapasiteten er presset og ventetiden er lang. Terskelen for å henvise fra førstelinjen kan også være bevegelig; når ventetiden er lang, blir færre henvist. Det er derfor grunn til å tro at nyhenviste per 10 000 innbyggere under 18 år og kapasitet over gjensidig påvirkning på hverandre, ved at lav kapasitet gir dårlig tilgjengelighet, økende ventetid og dermed færre nyhenviste. Gjensidig avhengighet og endringer i enkeltfaktorer kan dermed føre til endringer i andelen nyhenviste uten at det er uttrykk for tilsvarende variasjoner i det reelle behovet. Samlet behov er summen av nyhenviste og avviste pasienter, men det er ikke data for den sistnevnte gruppen.

Opptrappingsplanen har som mål at det skal gis et behandlingstilbud til 5 prosent av barn og unge under 18 år. Målet skal nås ved hjelp av økt ressursinnsats og økt produktivitet. Tabell 5.3 viser status ved utgangen av 2005, og hvor mange barn og unge som må behandles i regionene dersom de skal nå dette målet.

For landet som helhet fikk 4 prosent av målgruppen et poliklinisk tilbud i 2005. Tabellen viser at det er store variasjoner mellom regionene. Andel behandlede pasienter er lavest i region vest med 3,2 prosent og høyest i region nord med 5,6 prosent. De fire regionene som ikke har nådd målet, må i snitt øke antallet pasienter med 31 prosent for å nå det innen de tre årene som gjenstår av opptrappingsplanen. For landet som helhet er spredningen i dekningsgrad mellom poliklinikkene meget stor, fra 1,4 til 7,1 prosent.

Kolonne fire i tabell 5.3 viser at 20 poliklinikker

Tekstboks 5.2 Eksempel på hvordan dekningsgraden kan nås

Utgangspunkt: Ressursinnsatsen var i 2005 1 540 fagårsverk.

Forutsetninger: Ressursinnsatsen forutsettes uendret ettersom det ifølge statistikken alt er tilført langt flere fagårsverk enn det opptrappingsplanen forutsatte. Hvert fagårsverk utgjør 230 dagsverk à 7,5 timer. Behandlerne bruker i gjennomsnitt 25 prosent av tiden sin på konsultasjoner med pasient/pårørende (litt mer enn tidsstudier viser).

Hver behandler (fagårsverk) må dermed gi et tilbud til 36 (35,5) pasienter for å nå målet om 5 prosent dekningsgrad. Basert på forutsetningene ovenfor, rekker hver behandler to pasienter/pårørende per dagsverk, det vil dermed ta omtrent fire uker å gi en konsultasjon til hver av pasientene. Hvis vi sammenligner med figur 4.1, ser vi at bare en tredel (fire av tolv) av poliklinikkene i journalgjennomgangen hadde en hyppigere konsultasjonsfrekvens enn det. Regnestykket viser at hver pasient i snitt kan få 13 konsultasjoner per år.

har nådd målet om en dekningsgrad på 5 prosent. 55 prosent av disse hører til region nord, mens det er ingen i region vest. En gjennomgang av tallmaterialet viser at gjennomsnittlig kapasitet for de 20 klinikkene er 14,4 fagårsverk per 10 000 barn og unge under 18 år. Men også blant disse er det stor spredning, fra 8,7 til 24,3 fagårsverk per 10 000 under 18 år. Det viser at målet kan nås ikke bare gjennom høy kapasitet, men også som følge av høy produktivitet. Likevel er det nærliggende å se på gjennomsnitts-

Tabell 5.3 Behandlede pasienter og kapasitetsmålet. Andeler og absolutte tall for 2005

Helseregion	1 Behandlede pasienter	2 Behandlede pasienter i prosent av målgruppen	3 5 prosent av målgruppen	4 Antall poliklinikker som har nådd målet	5 Gjenstående måloppnåelse. Antall pasienter	6 Antall nyhenviste
Øst	14 476	3,9	18 783	2	4307	6 162
Sør	9572	4,6	10 500	4	928	3 327
Vest	7755	3,2	12 090	0	4335	3 290
Midt-Norge	5733	3,7	7752	3	2019	2 277
Nord	6225	5,6	5511	11	0	2 492
Totalt	43 761	4	54 636	20	11 589	17 548

Kilde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.4 Fordeling av polikliniske konsultasjoner

Konsultasjon med:	Antall	Andel i prosent
Pasient	757	41
Pasient og pårørende	474	26
Pårørende	613	33
Totalt	1 844	100

Kilde: Journalgjennomgangen

kapasiteten til de 20 klinikkene som et eksempel på hvor høy kapasiteten må være for at 5 prosent dekningsgrad skal nås.

Offentlig helsestatistikk viser at det er stor forskjell mellom antall pasienter det enkelte år og antall nyhenviste, jf. kolonnene én og fem i tabell 5.3. Det er bare 40 prosent av behandlede pasienter i 2005 som også ble henvist dette året. Spørreundersøkelsen viser at en del pasienter i tillegg er gjengangere ved at de henvises på nytt og på nytt. 2,2 prosent av pasientene i 2005 hadde også en avsluttet henvisningsperiode året før. Journalgjennomgangen viste at en meget stor del av konsultasjonene gjaldt bare pårørende.

Tabell 5.4 viser at en tredel av totalt antall konsultasjoner i poliklinikkene går til pårørende. I 46 prosent av disse sakene er barna så unge (0–12 år) at det må antas at pårørende opptrer på vegne av dem. Også i en del av de resterende sakene kan det være behov for å ha samtaler bare med pårørende. Det kan gjelde konsultasjo-

ner i forhold til foreldrerollen generelt, eller spesielt i forhold til problemet som pasienten har.

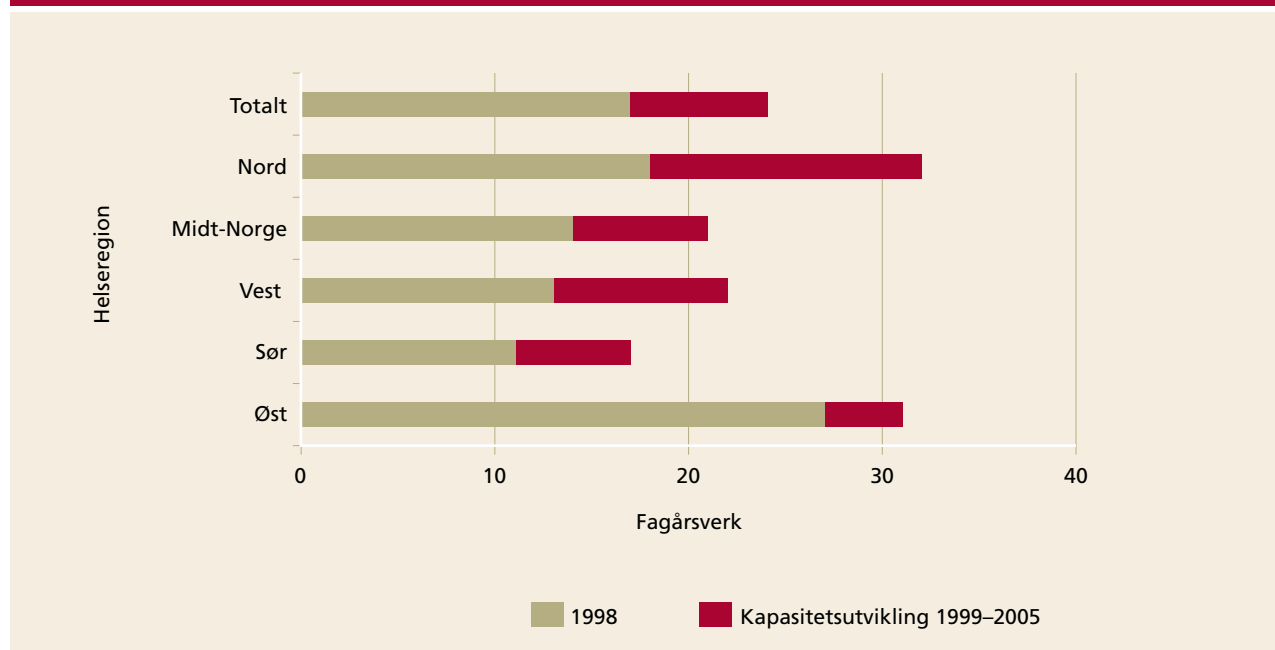
Journalgjennomgangen viser at det i noen saker er slik at etter én eller to konsultasjoner med pasienten følger en konsultasjonsserie med pårørende hvor det er pårørendes egne problemer som blir behandlet. Det tar kapasitet fra barne- og ungdomspsykiatrien og står i kontrast til at mange poliklinikker konsekvent avslutter saker når pasienten fyller 18 år.

Kapasitetsutvikling

Vi har beregnet antall fagårsverk per 10 000 barn og unge under 18 år ved utgangen av 1998 og 2005 ved hjelp av tall fra Statistisk sentralbyrå. Tallene omfatter også dag-/døgninstitusjoner, men er de eneste tilgjengelige data for å sammenligne over tid. I figur 5.1 viser de grønne søylene fagårsverkene ved utgangen av 1998, og de røde viser økningen i fagårsverk fra det tidspunktet og fram til utgangen av 2005.

Det har vært en viss utjevning av kapasiteten i

Figur 5.1 Fagårsverk per 10 000 barn og unge under 18 år per 1.1.1999 og 1.1.2006



Kilde: Statistisk sentralbyrå

denne perioden. I 1998 hadde region øst langt høyere kapasitet enn de øvrige regionene, og det er denne regionen som også har hatt lavest vekst i perioden. Region nord og vest har hatt sterkest vekst, og det har ført til at region nord hadde den høyeste kapasiteten i 2005. Region sør hadde lavest kapasitet i 1998, men har også hatt svak vekst, slik at regionen fortsatt har lavest kapasitet. Kapasiteten innen psykisk helsevern for barn og unge ligger i denne regionen bare så vidt over halvparten av kapasiteten i regionene øst og nord.

5.1.2 Utviklingen i ventetid for barn og unge

Når etterspørselen etter psykiatriske tjenester er større enn tilbudet eller kapasiteten, blir det ventetid for behandling. Ifølge tall fra Norsk pasientregister økte den gjennomsnittlige ventetiden i poliklinikkene fra 79 til 82 dager fra 2004 til 2005 for pasienter som startet sin behandling i perioden, jf. tabell 5.5. Etter Norsk pasientregisters oppfatning er ventetiden for denne gruppen det beste uttrykket for ventelistesituasjonen for flertallet av pasientene. De siste tallene viser at gjennomsnittlig ventetid har økt til 87 dager i 2006.

Det er til dels store forskjeller i ventetiden mellom regionene både i 2004 og 2005. Regionene sør og vest er ytterpunktene begge disse årene. I 2004 hadde poliklinikkene i region sør en gjennomsnittlig ventetid på 63 dager, mens ventetiden i region vest var 103 dager. Forskjellen mellom de to regionene har økt i 2005: I region sør er poliklinikkens gjennomsnittlige ventetid redusert med sju dager, mens den i region vest har økt med én dag. Poliklinikkene i regionene Midt-Norge og nord har hatt en betydelig økning i gjennomsnittlig ventetid fra 2004 til 2005, henholdsvis 14 og 17 dager. I regionene øst og vest har ventetiden vært omtrent uendret.

Ventelistedataene som presenteres av Norsk

pasientregister, er analysert for å se etter innbyrdes sammenhenger, og sammenhenger mellom ventelistedata og kapasitetsdata. Kolonnen lengst til høyre i tabell 5.5 viser antall nyhenviste i 2005 dividert med antall nye pasienter samme år. Antall pasienter som er avviklet fra venteliste, er brukt som uttrykk for nye pasienter. Tallet i siste kolonne i tabellen gir dermed et uttrykk for forholdet mellom etterspørsel og behandlingsskapasitet. Etterspørselen er større enn behandlingsskapasiteten i alle regioner, og tallet bak desimalkommaet viser hvor mange prosent overskridelsen er på. Forskjellene er ikke store, men regionene vest og sør har et noe høyere etterspørselspress enn de tre øvrige. En skulle derfor forvente at disse to regionene har hatt mest ugunstig utvikling i 2005 når det gjelder ventetid. Men region sør har som eneste region hatt nedgang i ventetid i 2005, og region vest har hatt omtrent uendret ventetid. To av de tre regionene som har lavest etterspørselspress, har den klart mest ugunstige utviklingen i ventetid, med en økning på henholdsvis 17 og 25 prosent. Forklaringen på de manglende sammenhengene kan være flere, men det er grunn til å tro at det også må skyldes feil i ventelistedataene.

5.1.3 Regional kapasitet fordelt på fagkategorier

Når kapasiteten skal vurderes, er det også av betydning hvordan den er bygd opp med hensyn til kompetanse. Tabell 5.6 viser hvordan kapasiteten er fordelt på de ulike fagkategoriene etter helseregion og for hele landet. For gjennomsnittsklinikken som har 11,5 fagårsværk, er ett årsværk 8,7 prosent av total kapasitet.

Tabellen viser at kapasiteten i poliklinikkene i vesentlig grad er bygd av årsværkene til psykologer, sosionomer og pedagoger. Samlet står disse fagkategoriene for 8,9 av de 11,5 årsværkene som er kapasiteten for landet som helhet. Det er generelt få psykiatere, leger, sykepleiere og

Tabell 5.5 Utvikling i ventetider i poliklinikkene og forholdet mellom antall nyhenviste og antall som er avviklet fra venteliste

Helseregion	Ventetid i 2004	Ventetid i 2005	Endring i dager	Endring i prosent	Forholdstall nyhenviste/igangsatte ⁴²
Øst	78	79	1	1	1,12
Sør	63	56	-7	-11	1,15
Vest	103	104	1	1	1,19
Midt-Norge	82	96	14	17	1,12
Nord	69	86	17	25	1,12
Alle behandlingssteder	79	82	3	4	1,14

42) Norsk pasientregister: antall nyhenviste i forhold til antall nye pasienter som ble tatt i behandling i 2005.

Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 5.6 Fagårsverk per 10 000 innbyggere under 18 år etter fagkategori

Fagkategori	Region øst	Region sør	Region vest	Region Midt-Norge	Region nord	Hele landet
Spesialister i psykiatri	0,7	0,6	0,5	0,8	0,8	0,7
Leger	0,8	0,7	0,7	1,1	0,9	0,8
Psykologer	4,6	3,6	4,9	3,5	4,8	4,4
Pedagoger	2,3	1,9	1,7	2,7	3,0	2,2
Sosionomer	2,5	1,9	1,7	2,4	3,1	2,3
Sykepleiere	0,1	0,4	0,8	0,3	0,5	0,4
Annet helsepersonell	0,6	0,4	0,8	0,3	1,9	0,7
Sum	11,7	9,6	11,2	11,2	15,1	11,5

Kilde: Spørreundersøkelsen

”annet helsepersonell” i alle regioner. For disse faggruppene er kapasiteten under ett fagårsverk per 10 000 i målgruppen, men det er to unntak: Region Midt-Norge har 1,1 legeårsverk, og i region nord er annet helsepersonell 1,9 årsverk. Tabell 5.7 viser den prosentvise andelen som hver fagkategori utgjør av total kapasitet.

Spesialister i psykiatri, psykologer og leger står for mellom 44 og 56 prosent av den samlede bemanningen, og for landet under ett er disse fagkategoriene nokså nøyaktig halvparten av kapasiteten. Men selv om andelen er relativt lik på tvers av regionene, er det store forskjeller mellom klinikkene internt i regionene. I ti klinikker er disse fagkategoriene mindre enn 30 prosent av fagårsverkene. Av disse klinikkene hører fem til region nord, to ligger i region øst og de tre øvrige regionene har én hver. Til sammenligning har fire poliklinikker en andel som er over 70 prosent. Alle hører til region vest og er lokalisert i Bergen-området.

Data som ligger til grunn for de aggregerte tallene, viser dessuten følgende:

- 25 poliklinikker har ikke spesialist(er) i psykiatri, og generelt er det svært få ansatte i denne kategorien i poliklinikkene.

- 30 poliklinikker har ikke lege(r), og det er få ansatte også i denne kategorien.
- Alle unntatt én poliklinikk har ansatt pedagog(er).
- Alle unntatt tre poliklinikker har ansatt sosionom(er).

5.2 Kapasiteten i de kommunale tjenestene

I forarbeidene til opptrappingsplanen for psykisk helse anslås det at om lag 20 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen har psykiske lidelser som de trenger hjelp for, og at 5 prosent av disse er så alvorlige at de må gis et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er også et mål at de som trenger hjelp, skal få hjelpen på lavest mulig omsorgsnivå, og at terskelen for å søke hjelp ikke skal oppleves som høy.

Det kan hentes opplysninger om personellinnsats for ulike yrkesgrupper fra Statistisk sentralbyrå, men det finnes ikke grunnlag for å anslå hvor stor andel som brukes på psykisk helsearbeid. Det gjelder også for det begrensede antallet variabler som innhentes på områdene som denne undersøkelsen omfatter. Kommunene rapporterer til departementet om sin bruk av midler fra opp-

Tabell 5.7 Prosentvis fordeling av fagårsverkene etter fagkategori

Fagkategori	Region øst	Region sør	Region vest	Region Midt-Norge	Region nord	Hele landet
Spesialister i psykiatri	6	6	5	7	6	6
Leger	7	8	7	10	6	7
Psykologer	39	38	44	31	32	38
Pedagoger	20	19	15	25	20	19
Sosionomer	22	20	15	22	20	20
Sykepleiere	1	4	7	3	3	4
Annet helsepersonell	5	4	7	2	13	6
Sum	100	100	100	100	100	100

Kilde: Spørreundersøkelsen

trappingsplanen. Det finnes for øvrig ikke data som viser den enkelte kommunes eller tjenestes kapasitet i forhold til behovet hos barn og unge under 18 år med psykiske problemer. Departementet uttaler i sin kommentar til rapporten at Shdir arbeider med utvikling av permanent statistikk for kommunenes samlede psykiske helsearbeid. Et nytt skjema som belyser totalinnsatsen er implementert i tjenestene, og kommunene skal rapportere på dette skjemaet fra året 2007.

Kapasiteten er uttrykt ved antall fagårsverk per 10 000 innbyggere under 18 år i vedkommende kommune eller samlet for kommunene som inngår i undersøkelsen. Tabell 5.8 viser kapasiteten til de kommunale tjenesteyterne som inngår i undersøkelsen og hvordan den varierer fra lavest til høyest. Det er viktig å være klar over at dette er kapasitet som ikke er forbeholdt undersøkelsens målgruppe, men befolkningen under 18 år generelt. Bare et fåtall tjenesteytere har svart på hvor mange årsverk eller hvor stor andel av kapasiteten som går til barn og unge under 18 år med psykiske problemer. Det er derfor ikke mulig å anslå hvor stor del av kapasiteten hos hver av tjenesteyterne som er rettet mot barn og unge med psykiske problemer. Deltjenestene er spurt om kommunen har andre tilbud til målgruppen, og eventuelt hvilke det er. Av de 339 tjenesteyterne svarer 194 positivt, og mange nevner psykiatritjenesten i kommunen. Men mange nevner også diverse fritidstilbud og andre kulturtilbud. Kapasitetstallene som presenteres, kan likevel gi et grunnlag for å vurdere om barn og unge med mildere psykiske problemer har lik tilgjengelighet til hjelp i alle deler av landet.

Det er svært store forskjeller i kapasitet mellom kommunene for alle tre tjenesteytere. Forskjellen er størst innen barnevernet og minst innen PP-tjenesten. For PP-tjenesten viser kolonnen ”Antall enheter over gjennomsnittet” at det er få enheter med høy kapasitet. Forholdet mellom laveste og høyeste kapasitet er omtrent som 1 : 5 i helsestasjon/skolehelsetjenesten, 1 : 7 i PP-tjenesten og 1 : 9 i barnevernet. Kapasiteten for

hver av de tre kommunale tjenesteyterne er beregnet for hver helseregion og totalt. Det er vist i vedlegg 1 til rapporten. Resultatene kan oppsummeres slik:

- Det er generelt store forskjeller mellom regionene og innen hver region hos alle tjenesteyterne.
- Det er svært store forskjeller i skolehelsetjenesten innen regionene Midt-Norge og nord.
- Barneverntjenesten med høyest kapasitet har nesten ti ganger så høy kapasitet som den som har lavest kapasitet – forskjellene er størst innen regionene sør og nord.
- I PP-tjenesten er forskjellene betydelig mindre enn for de andre tjenesteyterne.

Vi har også sett på fordelingen av fagårsverkene på fagkategori hos de tre tjenesteyterne. Et detaljert tallmateriale er vist i vedlegg 1 til rapporten. Fordelingen etter fagkategori viser at de tre tjenesteyterne har ulike oppgaver. Det kommer også fram at det i enkelte regioner er ingen eller bare en svært liten andel psykologer i deler av førstelinjen.

Fordelingen av fagårsverkene i *helsestasjon- og skolehelsetjenesten* kan oppsummeres slik:

- Kategorien helsesøster står for 73 prosent av fagårsverkene.
- Leger/psykiatere er den eneste kategorien ellers som har et betydelig antall årsverk – 6,4 prosent av fagårsverkene.
- I region sør er det ingen psykologer og i nord nesten ingen.
- De regionale forskjellene er betydelige.

Fordelingen av fagårsverkene innen *PP-tjenesten* kan oppsummeres slik:

- Pedagogene dominerer med 67 prosent av fagårsverkene.
- Andre grupper av betydning er psykologer (12,8 prosent) og sosionomer (3,9 prosent).
- Andre typer personell varierer mye regionalt – de utgjør på landsbasis 16,3 prosent og består i hovedsak av logoped og pedago-

Tabell 5.8 Fagårsverk per 10 000 innbyggere under 18 år

Tjenesteyter	Laveste kapasitet	Høyeste kapasitet	Kapasitet per tjenesteyter	Antall tjenesteytere	Antall tjenesteytere gjennomsnittet
Helsestasjon	15,5	69,8	22,8	99	55
PP-tjenesten	5,9	39,5	15,5	96	12
Barnevern	9,5	88,9	23,9	79	32

Kilde: Spørreundersøkelsen

gisk-psykologiske rådgivere.

Fordelingen av fagårsverkene innen *barnevernet* kan oppsummeres slik:

- Pedagoger (barnevernspedagoger og andre pedagoger) er den største faggruppen med 48 prosent av fagårsverkene.
- Det er et betydelig innslag også av sosionomer, som utgjør 41 prosent.
- Gruppen ”Andre typer personell” gjelder i hovedsak vernepleiere.

Kapasitetsutvikling

I opptrappingsplanen er det forutsatt å øke antall årsverk i skolehelsetjenesten med 50 prosent. Derfor er utviklingen i kapasiteten til denne tjenesten valgt som indikator for hvor god styringen av midlene til kommunene har vært, selv om departementet ikke er enig i bruken av en slik indikator fordi kommunene kan ha styrket tilbudet i andre deler av det kommunale apparatet. Ettersom tall er tilgjengelige først fra 2002, har vi sett på utviklingen i perioden 2002–2005.

Opptrappingsplanen la til grunn at tilskuddsmidlene til kommunene hovedsakelig ville bli fordelt i tråd med inntektssystemets kostnadsnøkkel for helse- og sosialtjenesten i kommunene. I et møte med Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet ble det opplyst at denne nøkkelen er beholdt, selv om enkelte kommuner ligger vesentlig etter når det gjelder tilbudet til målgruppen. Tallmaterialet⁴³ indikerer likevel at fordelingen av midlene har virket utjevne. Kommunene som hadde best utgangspunkt i 2002, har fått relativt minst av midlene.

Dessuten viser tallene at

- de 100 kommunene som hadde best kapasitet i 2002, har i snitt hatt en nedgang på 2,8 prosent – mens de 100 dårligst stilte har hatt en vekst på 76,5 prosent.
- elleve kommuner har en nedgang i kapasitet på mer enn 30 prosent. Ingen av disse er blant de 200 som lå lavest i 2002.
- ni kommuner har hatt en vekst på mer enn 100 prosent – seks av disse var blant de sju dårligst stilte i 2002.

5.3 Vurderinger

5.3.1 Behandlingstilbudet er ikke likeverdig, og mange poliklinikker har langt igjen før måltallet for dekningsgrad nås

Undersøkelsen viser at det er store variasjoner i

kapasitet mellom helseregionene. Variasjonen er naturlig nok enda større når enkeltklinikker sammenlignes. Mellom poliklinikkene varierer fagårsverkene fra 7 til 24,4 per 10 000 innbyggere under 18 år. Region sør har lavest kapasitet med 9,6 fagårsverk, og region nord har høyest kapasitet med 15,1 fagårsverk. Selv om det tas høyde for at behovet kan være forskjellig i ulike områder av landet, tilsier de store forskjellene at tilbudet ikke kan være likeverdig.

Man kan forvente at forskjellene i kapasitet gjen-speiles i ventetider, slik at ventetiden er lengre i region sør enn i region nord. Forholdet er imidlertid motsatt, ventetiden er 30 dager lengre i region nord (86 dager) enn i region sør (56 dager). Region sør har også betydelig kortere ventetid enn de øvrige regionene. Forskjellene kan ikke forklares med regionale forskjeller i behovet for polikliniske tjenester: Region vest som har hatt lengst ventetid i hele perioden 2003–2005, har lavest andel nyhenviste per 10 000 under 18 år. I denne regionen var gjennomsnittlig ventetid i 2005 på 104 dager. Regionene Midt-Norge og nord som har den mest ugunstige utviklingen i ventetid i 2005, har samtidig, sammen med region øst, best samsvar mellom etterspørsel (nyhenviste) og produksjon (antall nye pasienter). Den lange ventetiden i region nord samsvarer også dårlig med at regionen er den eneste som har nådd målet om 5 prosent dekningsgrad (5,6 prosent i 2005). Det kan derfor konstateres at det er manglende sammenheng mellom data for kapasitet (fagårsverk), produksjon, behov og ventetid.

Norsk pasientregisters aktivitetsdata for 2005 viser at dekningsgraden for polikliniske tjenester er 4 prosent for landet som helhet. Dekningsgraden varierer fra 1,4 til 7,1 prosent mellom poliklinikkene og fra 3,2 til 5,6 prosent mellom helseregionene. Det bekrefter at tilbudet ikke er likeverdig. Den nasjonale dekningsgraden økte i 2005 med 11,2 prosent i forhold til året før. Samtidig økte gjennomsnittlig behandlingstid i poliklinikkene med 5,9 prosent. Det vil si at økningen i behandlingstid sto for 52 prosent av økningen i dekningsgrad. Det kan reises spørsmål ved om en økning i behandlingstiden, og dermed i antall pasienter og dekningsgrad, i seg selv er nok til å oppfylle intensjonen med opptrappingsplanens mål om en dekningsgrad på 5 prosent.

I bestillerdokumentene for 2006 uttaler departementet at helseforetak med lav dekningsgrad

43) Statistisk sentralbyrå tabell 03809 er kilden for tallmaterialet.

”[...] må gjennomgå sitt tjenestetilbud og sin ressursfordeling. Tiltak må iverksettes for å sikre at målet om 5 pst. nasjonal dekningsgrad nås innen 2008”. Undersøkelsen viser at de ti poliklinikkene med lavest kapasitet har åtte fagårsverk i snitt per 10 000 barn og unge under 18 år. Basert på gjennomsnittsklinikken vil disse klinikkene hver for seg være i stand til å gi et tilbud til drøyt 2 prosent av målgruppen. De 20 poliklinikkene som har nådd målet for dekningsgrad, har i gjennomsnitt 14,4 fagårsverk per 10 000 under 18 år. Det kan derfor vise seg vanskelig for de poliklinikkene som ligger på den nedre delen av kapasitetsskalaen, å nå målet uten at ressursene og/eller produktiviteten økes.

En vurdering av om det polikliniske tilbudet er likeverdig, må også omfatte hvordan den samlede kompetansen er sammensatt. En del av pasientene har antakelig behov for behandling av spesialistene psykiatere, leger og psykologer. I 5 av de 17 poliklinikkene i region nord som har oppgitt data for årsverkernes fordeling, er de nevnte spesialistene mindre enn 30 prosent av fagårsverkene. I én av disse er andelen nede i 10 prosent. Men også i alle de andre regionene er det én eller to poliklinikker hvor andelen er 30 prosent eller lavere. Det er derfor grunn til å spørre om ikke flertallet av disse poliklinikkene mangler nok spesialister til å møte behovet hos de pasientene som har de mest alvorlige problemene. Departementets og de regionale helseforetakenes styring og oppfølging av kapasitetsutviklingen har ikke klart å sikre et likeverdig tilbud med tilstrekkelig kapasitet, verken når det gjelder spesialister eller samlet sett, i alle deler av landet.

Forskjellene i det kommunale tilbudet er vesentlig større enn i det polikliniske tilbudet. Forholdet mellom laveste og høyeste kapasitet er omtrent 1 : 5 i skolehelsetjenesten, 1 : 7 i PP-tjenesten og 1 : 9 i barnevernet. De tjenesteyterne som ligger i den øverste delen av kapasitetsskalaen, har antakelig ikke bygd opp en unødig høy kapasitet. Selv om tilbudene er ulikt organisert i kommunene, synes det å være grunn til å spørre om de kommunene som har lavest kapasitet, er i stand til å tilby målgruppen de tjenestene som de har behov for.

6 Kvaliteten i tjenestetilbudet

Undersøkelsen går inn på enkelte sider ved kvaliteten i de tjenestene som ytes, og gir en vurdering av i hvilken grad tjenestene har etablert et internkontrollsystem.

6.1 Forhold som påvirker kvaliteten i tjenestetilbudet

6.1.1 Vurderer poliklinikkene forsvarlig ventetid likt?

Poliklinikkledere/fagpersonell har svart på hva de vurderer å være forsvarlig ventetid for tolv ulike tilstander. Svarene er gjengitt i tabell 6.1. For sju av de tolv tilstandene er det én eller flere som sier at det ikke er forsvarlig å vente i det hele tatt. Det er vist i kolonnen for ”minimum”. Tilsvarende er det i kolonnen ”maksimum” vist antall dager for poliklinikkene som strekker begrepet forsvarlig ventetid lengst. Medianverdien framkommer når tallene (observasjonene) sorteres i stigende rekkefølge; medianen er det midterste tallet på en slik skala. Dersom medianen er lavere enn gjennomsnittet, betyr det at spredningen i tallmaterialet er størst for observasjonene til høyre for midten av en slik skala – de høyeste tallene (lengste ventetidene). Dersom medianen er høyere enn gjennomsnittet, er spredningen størst til venstre for midten – de laveste tallene (korteste ventetidene).

Tabellen viser at det generelt er svært ulike vurderinger av hva som er forsvarlig ventetid for forskjellige tilstander. Det går fram av forskjellene mellom minimums- og maksimumsverdien for hver tilstand. Mens f.eks. én poliklinikk har oppgitt null dager i ventetid i tilfeller hvor det er alvorlig bekymring for barn under 6 år, har én eller flere andre poliklinikker oppgitt 150 dager. Samlet sett (i gjennomsnitt) sier poliklinikkene at forsvarlig ventetid for denne tilstanden er 40 dager, mens medianverdien er 30 dager. For mange av tilstandene er medianverdien 30 dager, og for to tilstander er den oppe i 90 dager. Én poliklinikk har oppgitt null dager i forsvarlig ventetid for halvparten av tilstandene.

En nærmere gjennomgang av tallene som ligger til grunn for tabell 6.1 viser at vurderingene er svært ulike. Det er f.eks. 27 av 75 poliklinikker som sier at forsvarlig ventetid ved alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer/kriser er mellom null og sju dager. Samtidig mener tolv klinikker at det er forsvarlig å vente 90 dager med en slik tilstand, og tre poliklinikker strekker dette til 180 dager.

For mistanke om ADHD vurderer poliklinikkene forsvarlig ventetid til å være mellom 14 og 185 dager, og gjennomsnittsverdien er 110 dager. I journalgjennomgangen var det 19 barn og unge

Tabell 6.1 Fagmiljøets vurdering av forsvarlig ventetid for ulike tilstander – antall dager

Tilstander	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Median
Alvorlig depresjon med suicidalproblematikk	0	30	6	3
Mistanke om psykose	0	30	15	14
Alvorlig anorektisk utvikling	0	30	18	14
Alvorlig langvarig selvskading	0	90	34	30
Mistanke om alvorlig samhandlingsproblematikk	0	120	37	30
Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer/kriser o.l.	0	180	39	20
Alvorlig bekymring for barn under 6 år	0	150	40	30
Moderat til alvorlig depresjon	2,5	180	45	30
Alvorlig angst, tvang og fobi	1	120	55	60
Alvorlige atferdsforstyrrelser	2	180	75	84
Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	14	185	90	90
Mistanke om ADHD	14	185	110	90

Kilde: Spørreundersøkelsen, antall svar varierer mellom 75 og 77

som hadde fått ADHD-diagnose. De ventet i gjennomsnitt 145 dager fra henvisningen var mottatt i poliklinikken, til de fikk sin første konsultasjon. Det er mer enn én måned lengre enn hva poliklinikkene i spørreundersøkelsen i gjennomsnitt oppga som forsvarlig ventetid. Pasienten med kortest ventetid ventet i 20 dager, mens lengste ventetid var 584 dager. Dersom sistnevnte ekskluderes fra tallene, var den gjennomsnittlige ventetiden 117 dager. Det er sju dager mer enn det poliklinikkene gjennomsnittlig mente var en forsvarlig ventetid.

6.1.2 Får barn og unge med psykiske problemer individuell plan?

Det har vært mye oppmerksomhet rettet mot bruken av individuell plan i helse- og sosialtjenesten generelt og i det psykiske helsevernet spesielt. Det viktigste formålet med individuell plan er å gi tjenestemottakeren et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud og sikre at det til enhver tid er en deltjeneste som har hovedansvaret for oppfølgingen. Den er ment å være et viktig virkemiddel for å sikre koordinerte og forutsigbare tjenester til pasienter som trenger det.

Et overordnet mål med utarbeidelsen av en individuell plan er å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet. I 2005 kom det ny forskrift om individuell plan, og samme år utga Sosial- og helsedirektoratet en ny veileder til denne forskriften. Den erstattet en veileder fra 2002. Det er også gjennomført prosjekter for å bedre implementeringen av individuell plan, og det er nedsatt en intern arbeidsgruppe i direktoratet som skal

Tekstboks 6.1 Individuell plan

Ifølge veilederen består ordningen med individuell plan av

- en ansvarlig tjenesteyter, i praksis ofte kalt koordinator
- kartlegging av pasientens behov
- utarbeiding av et plandokument i et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivå
- evaluering og revidering av planen

Arbeidsmetoden krever målrettet innsats fra kommunene, helseforetakene og deres samarbeidspartnere for å løse felles utfordringer.

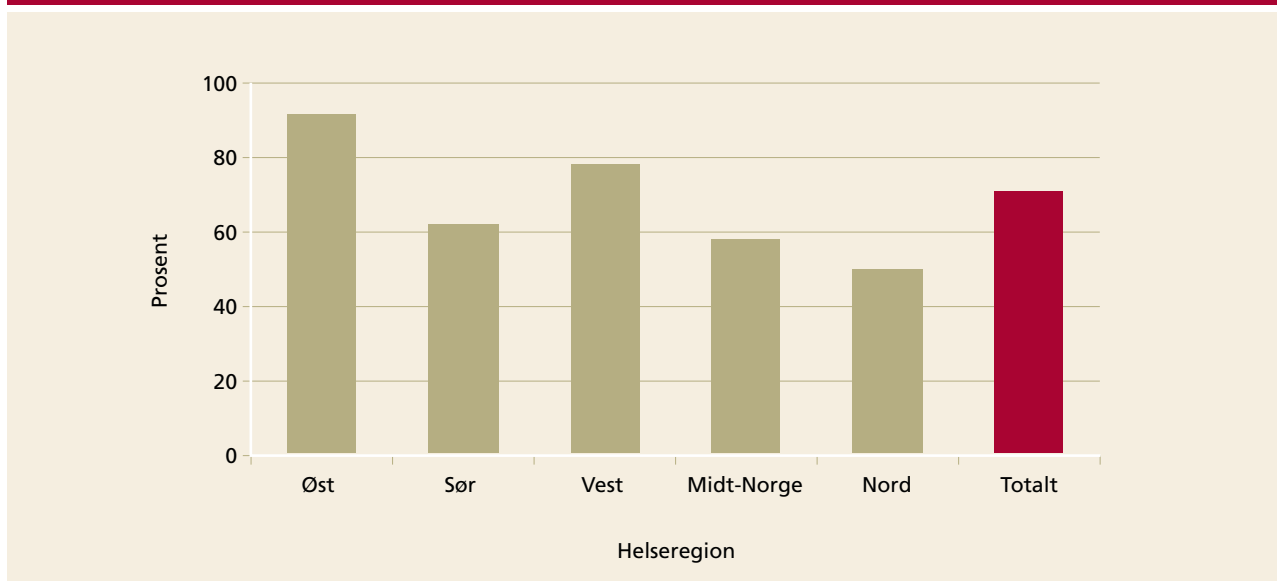
Høsten 2006 ble det vedtatt en regelverkendring når det gjelder retten til individuell plan i det psykiske helsevernet. Plikten til å be om pasients/pårørendes samtykke til at individuell plan blir utarbeidet, er endret til å gjelde kun de pasientene som har behov for langvarige og koordinerte tilbud, mens den før gjaldt alle. Endringen innebærer en harmonisering med resten av lovgivningen på området. Endringen trådte i kraft fra 1. januar 2007.

Andelen barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) som har fått individuell plan, er én av fire nasjonale kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern for barn og unge.

arbeide videre med det.

Statens helsetilsyn undersøkte utbredelsen av individuell plan i sitt landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske pro-

Figur 6.1 Andel poliklinikker som vurderer rett til individuell plan, etter helseregion



Kilde: Spørreundersøkelsen

blemer i 2002.⁴⁴ Den gang utarbeidet nesten ingen poliklinikker individuell plan for sine pasienter, og mange poliklinikker kjente ikke til den absolutte retten pasienter i psykisk helsevern har til individuell plan.

Vi har spurt poliklinikkene om de rutinemessig vurderer om pasientene har krav på individuell plan. Svarene er gjengitt i figur 6.1.

For alle regioner under ett svarer sju av ti poliklinikker at de rutinemessig vurderer om pasienten har en slik rett. Det er til dels store forskjeller mellom helseregionene. Mens nesten alle poliklinikkene i region øst oppgir at de rutinemessig vurderer retten til individuell plan, er det bare halvparten av poliklinikkene i region nord og litt over halvparten i region Midt-Norge som gjør det samme.

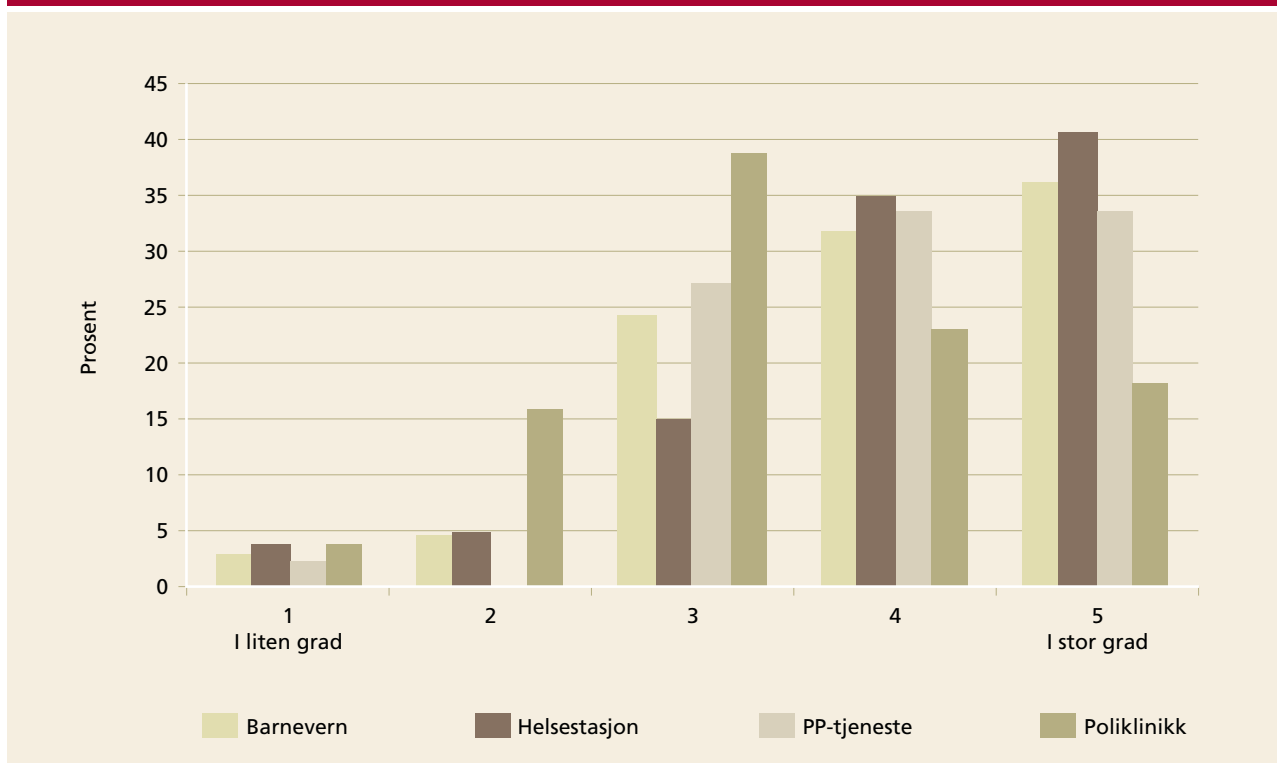
Blant de kommunale deltjenestene er det bare helsestasjonene/skolehelsetjenesten som omfattes av regelverket om individuell plan. Men også de andre deljenestene er forutsatt å medvirke i samarbeidet om disse pasientene. Derfor har vi stilt de samme spørsmålene om dette temaet til alle de kommunale deltjenestene som inngår i undersøkelsen. Samlet sett oppgir halvparten at de

rutinemessig vurderer retten til individuell plan. Forskjellene mellom tjenestene er mindre enn en kunne forvente, med tanke på at det bare er skolehelsetjenesten som omfattes av regelverket blant de tre kommunale deltjenestene. Mens 58 prosent av helsestasjonene oppgir at de vurderer retten til individuell plan, gjelder det 48 prosent av både barneverntjenestene og PP-tjenestene.

Ifølge regelverket skal pasientene spørres om de samtykker til at det utarbeides en individuell plan. Til sammen 78 prosent av de kommunale deltjenestene oppgir at brukerne i stor grad blir bedt om samtykke til utarbeidelse av individuell plan. Det tilsvarende tallet for poliklinikkene er 60 prosent. Men det er omtrent tilsvarende andeler som også sier at de spør pasienten om vedkommende ønsker en slik plan. Det kan være god grunn til å tro at det er færre pasienter som svarer ja når de blir spurt om de ønsker en individuell plan, enn det vil være hvis en ber pasienten om samtykke til at det startes et arbeid med en slik plan. Det er sistnevnte framgangsmåte som regelverket pålegger tjenesteyterne.

De kommunale deltjenestene hevder at brukere som har rett til individuell plan, får det. Svarene er gjengitt i figur 6.2. Til sammen 70 prosent av

Figur 6.2 I hvilken grad brukere får individuell plan – svarfordeling i prosent etter tjeneste



Kilde: Spørreundersøkelsen

44) Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003.

de kommunale deltjenestene hevder at brukere i stor grad får individuell plan når de har rett til det. Det tilsvarende tallet for poliklinikkene er 42 prosent. Forskjellen i svarene må ses i sammenheng med at poliklinikkenes plikt inntil 1. januar 2007 gjelder alle pasienter, mens den for de kommunale deltjenestene er begrenset til kun å gjelde pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Journalgjennomgangen viser at det ble utarbeidet en individuell plan i 6 av de 220 undersøkte sakene fra 2002–2005. I ti andre saker var individuell plan etterspurt uten at det førte til at en slik plan ble utarbeidet. Forekomsten av individuell plan er langt lavere enn hva en kunne forvente ut fra svarene i spørreundersøkelsen. Én årsak kan være at mens dataene fra journalgjennomgangen er fra perioden 2002–2005, så ble spørreundersøkelsen besvart i mars/april 2006.

6.1.3 Er ansvaret for individuell plan avklart?

Poliklinikkene har ansvar for å utarbeide individuell plan for sine pasienter, og den delen av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes. Det gjelder uavhengig av om tjenestemottakeren mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet. I forskriften om individuell plan påpekes det også at arbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides én plan for hver enkelt pasient. Et slikt likeverdig ansvar kan medføre at ingen tar ansvaret. Sosial- og helsedirektoratet uttaler i sin veileder til forskrift om individuell plan at i praksis vil hovedansvaret for koordineringen legges til kommunen ut fra nærhetsprinsippet. Departementet har opplyst at det er et vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd til kommunene at det foreligger etablerte skriftlige rutiner mellom kommunen og helseforetak for utarbeiding av individuell plan.

I spørreundersøkelsen oppgir 43 prosent av både de kommunale deltjenestene og poliklinikkene at de i stor grad tar initiativ til å iverksette arbeidet med individuell plan. Men svarene spriker mer for spørsmålet om de deltar aktivt i planarbeidet når andre iverksetter arbeidet. 55 prosent av de kommunale deltjenestene og 76 prosent av poliklinikkene svarer at de selv i stor grad deltar i planarbeidet. Behovet for medvirkning fra de ulike kommunale tjenestene vil sannsynligvis variere. Det gjenspeiles også i svarene i undersøkelsen. Andelen som svarer at de i stor grad deltar aktivt, varierer fra 42 prosent i barnevernet til 65 prosent i PP-tjenesten. I helsestasjon-/skolehelsetjenesten er andelen 56 prosent.

Flere poliklinikker sier at det er kommunen som har ansvaret for arbeidet med individuell plan, eller som én poliklinikk uttrykker det: ”Individuell plan skal forankres i kommunen, så vi finner det naturlig at det er kommunen som har hovedansvaret for utarbeidelsen.” Flere poengterer også at arbeidet med individuell plan ikke er godt nok forankret verken i poliklinikkene eller i kommunene, og at de selv har et forbedringspotensial i arbeidet med individuell plan.

Også av kommentarene fra de kommunale deltjenestene kommer det fram at oppfatningene er ulike når det gjelder hvem som har ansvaret for individuell plan. Mange barneverntjenester og PP-tjenester sier naturlig nok at de ikke har ansvaret for utarbeidelse av individuell plan, men at det ligger i helsetjenesten, i habiliteringstjenesten eller andre enheter i kommunen. En del deltjenester svarer også at koordineringsansvaret er lagt til én spesifisert enhet i kommunen. Tabellen under gjengir hvilken instans som etter poliklinikkenes og de tre kommunale deltjenestenes mening vanligvis tar initiativ til å utarbeide individuell plan.

Tabell 6.2 Tjenestenes oppfatning av hvem som tar initiativ til individuell plan – antall

Hvilken tjeneste som tar initiativ	Poliklinikkene	Helsestasjonene	Barnevernet	PP-tjenesten	Sum
Poliklinikken	9	1	0	0	10
Kommunehelsetjenesten	11	22	12	20	65
Barnevernet	2	2	4	0	8
PP-tjenesten	1	7	2	6	16
Skole/barnehage	1	2	1	3	7
Habiliterings-/rehabiliteringstjenesten	4	4	8	6	22
Andre kommunale tjenester	4	15	22	17	58
Sum	32	53	49	52	186

Kilde: Spørreundersøkelsen

Radene i tabell 6.2 viser hvilke tjeneste som etter respondentenes mening tar initiativ til å starte arbeidet med individuell plan, mens kolonnene viser svarfordelingen for poliklinikkene og de tre kommunale deltjenestene. Tallene i fet skrift viser hver tjenestes oppfatning av om det gjelder dem selv. 32 poliklinikker har svart på spørsmålet. 9 av dem sier det er poliklinikkene selv som vanligvis tar initiativ til å utarbeide individuell plan, mens 11 svarer at det er kommunehelsetjenesten osv. Tilsvarende har 53 helsestasjoner svart på spørsmålet – av disse svarer 1 at det vanligvis er poliklinikken som tar initiativ til å utarbeide individuell plan, 22 svarer kommunehelsetjenesten, osv. Den siste kolonnen i tabellen oppsummerer alle svarene, og viser f.eks. at av i alt 186 svar er det 10 som svarer at det er poliklinikken som tar initiativet til å utarbeide individuell plan for pasientene. 9 av disse er selv poliklinikker. Det må ses i sammenheng med at hver enkelt tjeneste svarer ut fra de sakene der de selv har vært involvert. Mønstrer går igjen, men det er ikke like sterkt blant de kommunale deltjenestene som for poliklinikkene. Av svarene blir det tydelig at det er andre tjenester enn de som har svart på undersøkelsen, som i stor grad tar initiativ til individuell plan. Mer enn halvparten av dem som har svart på spørsmålet, peker på disse som initiativtakere til individuell plan.

6.1.4 Utredningsplan, behandlingsplan og manglende diagnoser

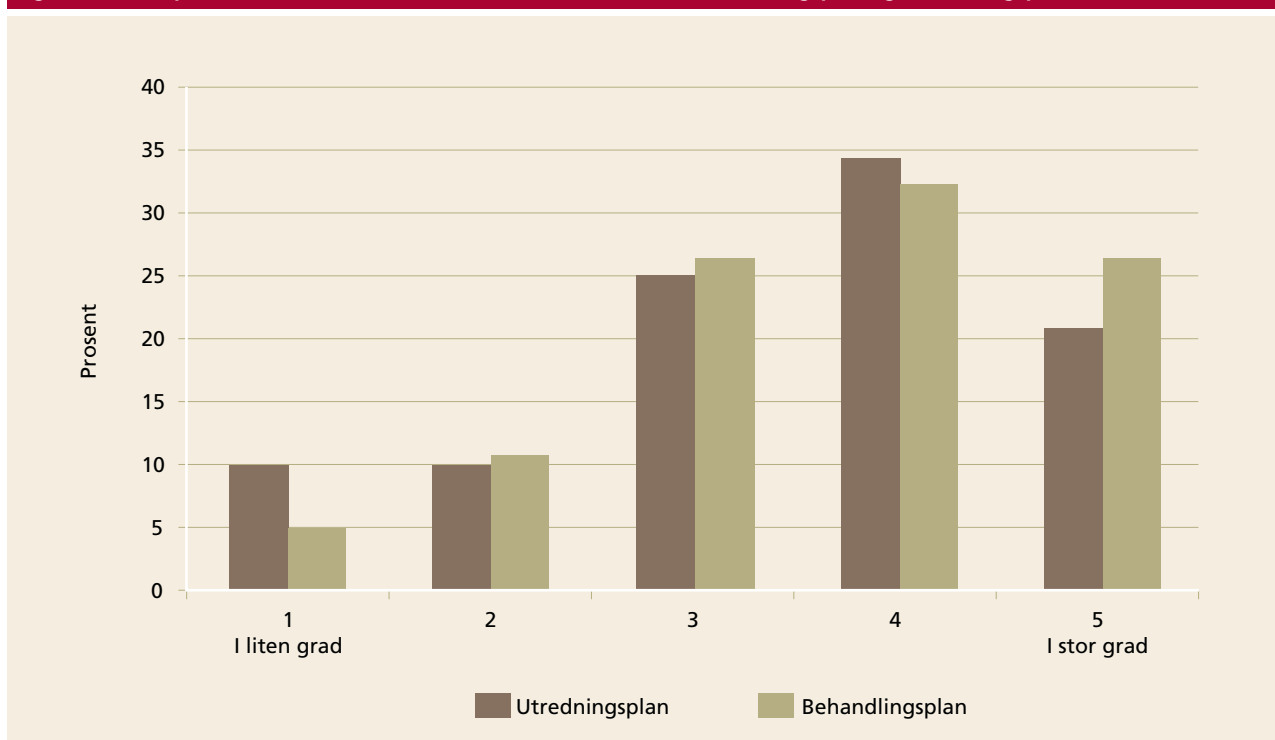
Utredningsplan og behandlingsplan er verktøy som kan bidra til å sikre en kvalitativt god og effektiv behandling av pasientene.

Drøyt 50 prosent av poliklinikkene oppgir at de som hovedregel utarbeider både utredningsplan og behandlingsplan for pasientene sine, jf. figur 6.3. I journalgjennomgangen ble det funnet åtte behandlingsplaner og to utredningsplaner. Journalgjennomgangen viser generelt få spor av at kontakten med pasientene deles i ulike faser og har et planlagt forløp i tråd med intensjonen bak slike planer. Det inntrykket støttes av en tilsynsrapport fra Helsetilsynet.⁴⁵

I journalgjennomgangen mangler 84 av 220 saker diagnose i poliklinikken. I noen av disse sakene er enten pasienten henvist videre, eller saken er avsluttet etter kort tid fordi pasienten selv eller de pårørende ønsket det, eller behovet for behandling ikke lenger er til stede, osv. Det er imidlertid 28 saker hvor dokumentasjon på diagnose mangler, samtidig som det ikke framgår av journalen hvorfor behandlingen ble avsluttet.

Av svarene i spørreundersøkelsen går det fram at nærmere en tredel av pasientene som ble henvist til poliklinikkene før mai 2005, var uten diagno-

Figur 6.3 Andel poliklinikker som svarer at de utarbeider henholdsvis utredningsplan og behandlingsplan



Kilde: Spørreundersøkelsen

45) Helsetilsynet (2006): Samlerapport etter tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer 2006.

se ved årsskiftet, sju måneder senere.⁴⁶ Vente-tiden i disse poliklinikkene var 72 dager i gjennomsnitt per 31.12.2005. Det innebærer at en tredel av pasientene som ble henvist, ikke hadde en diagnose etter at de hadde mottatt poli-klinisk behandling i nærmere fem måneder.

6.1.5 Epikrisetiden i poliklinikkene

Den nasjonale kvalitetsindikatoren ”Epikrisetid” har et måltall på 7 dager fra behandling er avsluttet til epikrise skal være sendt. Ifølge spør-reundersøkelsen var gjennomsnittlig epikrisetid for poliklinikkene 16 dager i november 2004. Året etter, november 2005, var den redusert med 6 dager, til 10 dager i gjennomsnitt. Epikrise-tiden varierte mye mellom de 43 poliklinikkene som besvarte spørsmålet: mellom 0 og 87 dager i 2004 og mellom 0 og 56 dager i 2005. Halvparten av poliklinikkene har oppgitt at deres gjennomsnittlige epikrisetid er under 5 dager i 2005. Det har også vært til dels store forskjeller i helseregionenes epikrisetid, men disse er redu-sert fra 2004 til 2005. I 2005 varierte den gjen-nomsnittlige epikrisetiden i helseregionene mellom 8 dager (region vest) og 13 dager (region sør).

Av journalgjennomgangen i poliklinikkene går det fram at det er en del saker som har svært lang epikrisetid. Det kan synes som om sakene enten har vært glemt eller etter avtale er holdt åpne i svært lang tid. Av 116 saker som det er mulig å beregne epikrisetid for, har 34 (29 prosent) en epikrisetid på 100 dager eller mer. Gjennomsnittlig epikrisetid for alle de 116 sakene er 87 dager, mens medianen er 18 dager.

Tekstboks 6.2 Epikrisetid

Epikrisetid er tidsrommet fra avslutning av behand-lingen av pasienten og til epikrise er sendt ut, målt i dager. For å beregne epikrisetid må en ha en avslut-ningsdato for behandlingen. Avslutningsdato er i den nasjonale kvalitetsindikatoren definert som den dato-en pasienten eller pårørende har siste planlagte kon-takt med poliklinikken. Dersom det utover denne datoen er avtalt en periode hvor pasienten og pårø-rende kan ta kontakt ved behov, skal avslutningsdato være den siste dagen i denne perioden. For ikke-plan-lagte avslutninger (hvis f.eks. pasient ikke møter), defineres avslutningsdato som den datoen poliklinik-ken bestemmer at den polikliniske konsultasjonsserien skal avsluttes.

Avslutningsdato er imidlertid ikke et entydig begrep. 32 prosent av sakene ble avsluttet fordi pasientene ikke lenger ønsket eller ikke møtte til behandling. I disse sakene må poliklinikkene selv avgjøre hva som skal settes som avslut-ningsdato. Inntrykket fra journalgjennomgangen er at behandleren ofte bestemmer seg for å avslutte en sak og skriver epikrise og registrerer avslutningsdato samtidig. Hvis epikrisen også sendes samme dag, blir epikrisetid for denne pasienten null dager. Det samme gjelder for saker som blir holdt åpne for å se hvordan det går med pasienten.

Gjennomgangen viser også at en stor andel av sakene avsluttes i januar. Poliklinikkene har frist for levering av data til Norsk pasientregister i slutten av januar. Det kan bidra til at mange poliklinikker rydder opp i sine pasientlister ved årets start, både før rapportering til registeret og etter å ha mottatt tilbakemelding fra Norsk pasi-entregister på oversendte data. Forskjeller i ruti-ner og registreringspraksis påvirker derfor i stor grad hva som blir registrert som avslutningsdato. Det er denne datoen som danner utgangspunktet for beregningen av gjennomsnittlig epikrisetid i den enkelte poliklinikk.

6.2 Systematiske kvalitetstiltak hos tjenestene

For å sikre tjenestenes kvalitet er det vesentlig at det bygges opp systemer som skal ivareta dette. For helsetjenestene ble plikten til å ha intern-kontrollsystem innført ved lov i 1994. Arbeidet kom imidlertid sent i gang, og målet ble derfor reformulert til at alle virksomheter skulle ha etablert et effektivt og helhetlig internkontroll-system innen 2000. Helsetilsynet påpekte i 2002 overfor departementet at målet var for ambisiøst ut fra deres erfaringer.⁴⁷

6.2.1 I hvilken grad har tjenestene et intern-kontrollsystem på plass?

Tjenestene er bedt om å beskrive sitt system for internkontroll med utgangspunkt i regelverket i internkontrollforskriften §§ 4 og 5, jf. punkt 3.2. Tabell 6.3 gir oversikt over hvor stor andel av tjenestene som har beskrevet systematiske tiltak innenfor fem sentrale deler av et internkontroll-system, og som oppgir å ha dokumentasjon av systemet.

46) 43 gyldige svar.

47) Helsetilsynet (2002): *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetje-nesten*. Rapport 5/2002 fra Helsetilsynet til HOD.

Tabell 6.3 Andel tjenester med spesifiserte internkontrolltiltak. Prosent – antall i parentes

Tjeneste	N	Andel som har oppgitt:						
		Hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt (§ 4a)	Tiltak som gir oversikt over risiko (§ 4f)	Tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivning (§ 4g)	Tiltak for overvåking av internkontrollen (§ 4h)	Dokumentasjon av internkontrollen (§ 5)	Om internkontrollen oppdateres (§ 5)	Gjennomsnitt
Poliklinikker	12	100 (12)	17 (2)	100 (12)	50 (6)	58 (7)	42 (5)	61 (7)
PP-tjenesten	17	47 (8)	6 (1)	76 (13)	12 (2)	18 (3)	18 (3)	29 (5)
Barnevernet	18	28 (5)	11 (2)	61 (11)	6 (1)	17 (3)	17 (3)	23 (4)
Helsestasjoner	18	67 (12)	6 (1)	89 (16)	50 (9)	72 (13)	56 (10)	56 (10)
Totalt	65	57 (37)	9 (6)	80 (52)	29 (18)	40 (26)	32 (21)	40 (26)

Kilde: Innsendte dokumenter fra poliklinikker og kommunale deltjenester

Det er kun de tjenesteyterne som har gitt oss opplysninger som indikerer at de har ivaretatt alle de seks kontrollpunktene i tabell 6.3, som kan sies å ha et helhetlig internkontrollsystem. Tabellen kan leses slik at det maksimale antallet enheter som kan sies å ha et fullverdig internkontrollsystem, er bestemt av kontrollpunktet – eller kolonnen – der vi finner det laveste tallet for hver tjeneste. Tabellen viser at det bare gjelder én eller to enheter innenfor hver tjeneste. Men dersom disse enhetene skal ha et helhetlig system, forutsetter det at de også svarer bekrefte på samtlige av de andre punktene. Gjennomgangen av materialet viser at det bare er tilfelle for én tjenesteyter, én poliklinikk.

For alle tjenester under ett viser tabellen at 80 prosent – eller 52 enheter – beskriver at de har tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivning (§ 4g). Det kontrollpunktet som færrest enheter har ivaretatt, gjelder tiltak som gir oversikt over risiko (§ 4f). Bare 9 prosent – eller seks enheter – beskriver at de har slike tiltak.

Hos et flertall av virksomhetene er det generelt store mangler ved internkontrollen. Kolonnen lengst til høyre – gjennomsnitt – er en oppsummering av utfallet av denne undersøkelsen for hver av tjenestene. Den viser hvor stor andel (antall i parentes) av hver enkelt tjeneste som i gjennomsnitt har svart positivt på de seks kontrollpunktene. Tallet kan brukes til å vurdere tjenestene innbyrdes, og viser at poliklinikkene og helsestasjonene kommer vesentlig bedre ut enn de to øvrige tjenestene.

Poliklinikkene

De to poliklinikkene som foretar risikoanalyse (§ 4f), skiller seg positivt ut. Den ene har tiltak på

alle de andre kontrollpunktene og beskriver såpass dekkende tiltak i forhold til internkontrollforskriften at systemet for internkontroll kan karakteriseres som helhetlig. Den andre klinikken mangler beskrivelser av ett enkelt punkt.

Svarene viser dessuten:

- Alle har beskrivelser av hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og av tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen.
- Halvparten av poliklinikkene – seks stykker – sier at de har tiltak for å ivareta kvalitetsovervåking og -forbedring.
- 58 prosent – sju klinikker – sier at de har dokumentasjon av internkontrollsystemet.
- 42 prosent – fem klinikker – sier at de oppdaterer kvalitetssikringssystemet.

PP-tjenesten

Ingen av PP-tjenestene kan sies å ha et helhetlig internkontrollsystem. Det eneste som flertallet (76 prosent) har på plass, er tiltak for å avdekke, forebygge og rette opp overtredelse av lovgivningen. Det er ellers store mangler, og de kan oppsummeres slik:

- Mindre enn halvparten – 8 av 17 – svarer at det finnes beskrivelse av ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling.
- 6 prosent – én PP-tjeneste – oppgir å ha gjennomført tiltak for å avdekke områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- 12 prosent – to tjenester – har tiltak for overvåking av internkontrollen.
- 18 prosent – tre tjenester – sier at de har dokumentert internkontrollen, og at den oppdateres jevnlig.

Eksempler på kvalitetsovervåking i PP-tjenesten er kvartalsvis gjennomgang av ventelistetall,

halvårlig gjennomgang av tilbakemelding fra brukere og tertialvis gjennomgang av saker der arbeid og framdrift vurderes av leder for tjenesten.

Barnevernet

Barneverntjenesten kommer samlet sett litt dårligere ut enn PP-tjenesten, og det er her det gjenstår mest for å oppfylle internkontrollforskriften. Ingen av barneverntjenestene har et helhetlig internkontrollsystem. I likhet med PP-tjenesten er det kun tiltak for å avdekke, forebygge og rette opp overtredelse av lovgivningen som er på plass hos et flertall av tjenestene (61 prosent).

Det innsendte materialet viser også:

- 28 prosent – fem tjenester – svarer at det finnes beskrivelse av ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling. Svarene indikerer at det dreier seg om minimumsbeskrivelser.
- 11 prosent – to tjenester – har gjort risikovurderinger av tjenesten eller deler av den.
- 6 prosent – én tjeneste – oppgir å ha tiltak for overvåking av internkontrollen.
- 17 prosent – tre tjenester – sier de har dokumentasjon av systemet og oppdaterer det.

Helsestasjons-/skolehelsetjenesten

Samlet sett har helsestasjonstjenesten i større grad enn de andre kommunale deltjenestene etablert et internkontrollsystem. Det er imidlertid bare i én kommune at det er gjort en vurdering av risikoen for svikt eller mangel i forhold til de

kravene som stilles. Denne tjenesten har andre mangler, så det er heller ikke noen helsestasjon som har et helhetlig system. Flertallet har alle de øvrige forholdene på plass. Når en ser bort fra kartlegging av risiko for svikt, er ytterpunktene representert ved:

- 89 prosent – 16 av de 18 helsestasjonene – sier at de har tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen.
- Halvparten av helsestasjonene i undersøkelsen har tiltak for å overvåke internkontrollen.

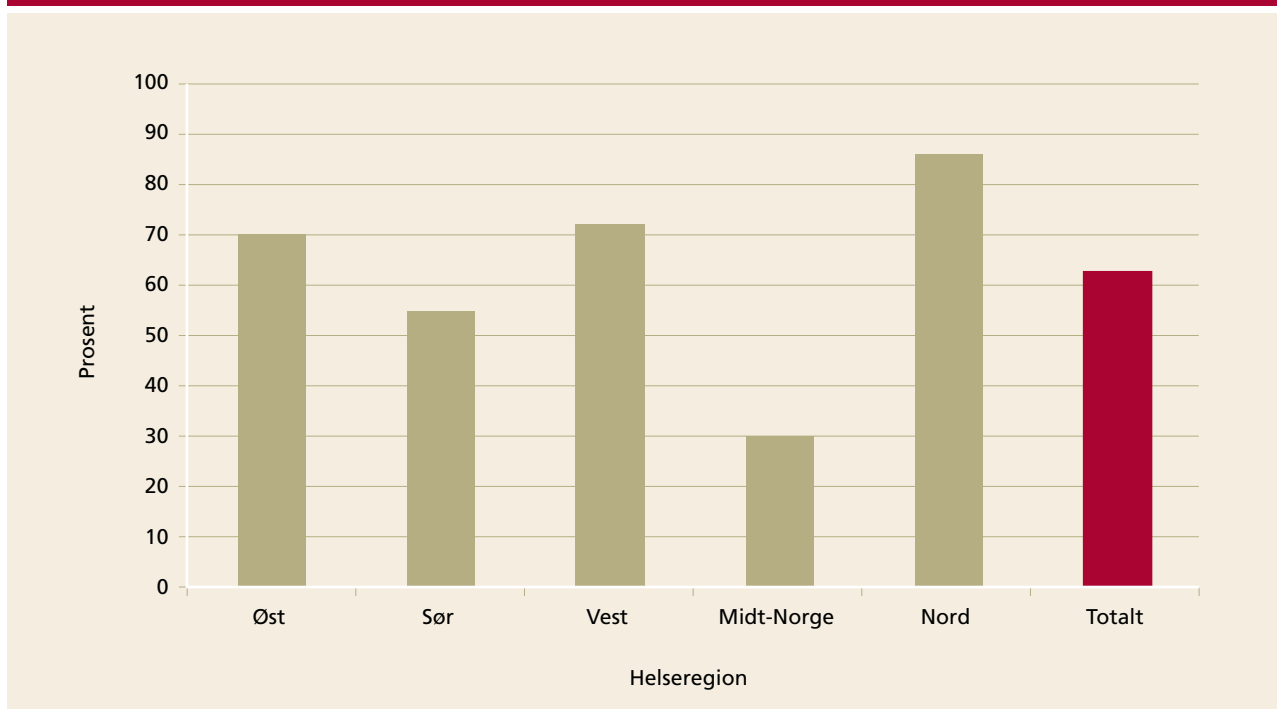
6.2.2 I hvilken grad har tjenestene konkretisert kvalitetsbegrepet?

Kvalitet er ikke et entydig begrep. Flertallet av poliklinikkene (63 prosent) sier at de har definert innholdet i kvalitetsbegrepet for sine tjenester. En drøy tredel har med andre ord svart nei på spørsmålet.

Figur 6.4 viser at det er store forskjeller mellom regionene i andelen poliklinikker som har definert kvalitetsbegrepet. Poliklinikkene i region Midt-Norge har i mindre grad enn de øvrige definert kvalitetsbegrepet for sine tjenester.

Av de 50 poliklinikkene som har definert kvalitet, er det 29 som har utarbeidet måltall for kvalitet. Når de skal gi eksempler på måltall, oppgir de fleste av poliklinikkene noen eller alle

Figur 6.4 Andel poliklinikker som har definert kvalitetsbegrepet, etter helseregion



Kilde: Spørreundersøkelsen

de fire nasjonale kvalitetsindikatorne som gjelder for psykisk helsevern for barn og unge:

- Andel epikriser sendt innen sju dager
- Ventetid til første konsultasjon
- Andel barn med ADHD som har individuell plan
- Andel pasienter som er diagnostisk vurdert

Av måltall som er knyttet til kvalitet, oppgis f.eks. det at alle pasienter skal spørres om de vil ha individuell plan, vektball/utdannelse til dem som jobber i poliklinikken, og fristbrudd i forhold til ventetid. Poliklinikkene nevner også antall tiltak per behandler, antall tiltak per år og antall pasienter per behandler som eksempler på måltall for kvalitet. Det er begreper som vanligvis brukes til å uttrykke produktivitet.

Til sammen 38 prosent av de kommunale deltjenestene sier at de har definert innholdet i kvalitetsbegrepet for sine tjenester. Flertallet av de kommunale deltjenestene har med andre ord ikke definert begrepet kvalitet, og det er heller ikke forskjeller i svarene mellom de tre deltjenestene på det spørsmålet. Av de 121 som har definert kvalitet, er det bare 17 tjenester (14 prosent) som også har utarbeidet måltall for kvalitet, og det er svært få som har konkretisert hva disse måltallene er.

6.2.3 Har tjenestene sentrale retningslinjer på plass?

De fleste poliklinikkene har skriftlige retningslinjer for sentrale sider ved behandlingen av pasienter, jf. tabell 6.4.

I tabellene 6.4 og 6.5 er retningslinjene sortert etter hvor stor utbredelse de har hos henholdsvis poliklinikkene og de kommunale deltjenestene. Retningslinjer for utskriving av pasienter og tilbakemeldinger til eksterne skiller seg noe fra det generelle bildet, ved at en drøy firedel av poliklinikkene mangler slike. Over 90 prosent av poliklinikkene har retningslinjer for mottak/registrering av henvisning, for prioritering, for inntak av pasienter og for utforming av epikriser.

Blant de kommunale deltjenestene er andelene som har utarbeidet retningslinjer for ulike forhold knyttet til kontakten de har med brukerne, gjennomgående noe lavere enn blant poliklinikkene. Samtidig har et flertall av deltjenestene noen av de sentrale retningslinjene på plass.

Tabell 6.5 viser at over halvparten av de kommunale deltjenestene har retningslinjer for individuell plan, for behandling av henvendelser og tilbakemeldinger til brukere/foreldre og andre. Det er imidlertid få deltjenester, 19 prosent, som

Tabell 6.4 Andelen av poliklinikkene som har retningslinjer

Skriftlige retningslinjer for:	Prosent som svarer ja
Prioritering av pasienter	95
Mottak/registrering av henvisninger	94
Inntak av pasienter	93
Utforming av epikriser	93
Registrering av tiltak	88
Føring av pasientjournal	86
Utarbeidelse av individuell plan	79
Tilbakemeldinger til eksterne	73
Utskriving av pasienter	70

Kilde: Spørreundersøkelsen, antall svar er mellom 81 og 85

Tabell 6.5 Andel av de kommunale deltjenestene som har retningslinjer

Skriftlige retningslinjer for:	Prosent som svarer ja
Utarbeidelse av individuell plan	60
Behandling av henvendelser fra brukere/foreldre/andre	56
Tilbakemeldinger til brukere/foreldre/andre	52
Utredning av brukere	38
Avslutning av brukerforhold	37
Prioritering av brukere	19

Kilde: Spørreundersøkelsen, antall svar er mellom 323 og 330

har retningslinjer for prioritering av brukere. I lys av at bl.a. helsestasjonene er et lavterskeltilbud med åpen dør til alle, er ikke det overraskende. Også for de øvrige retningslinjene varierer det mellom den enkelte kategori tjeneste i hvilken grad de har slike. Mens f.eks. 71 prosent av helsestasjonene sier at de har retningslinjer for individuell plan, er det tilsvarende tallet for PP-tjenesten og barneverntjenesten i overkant av 50 prosent.

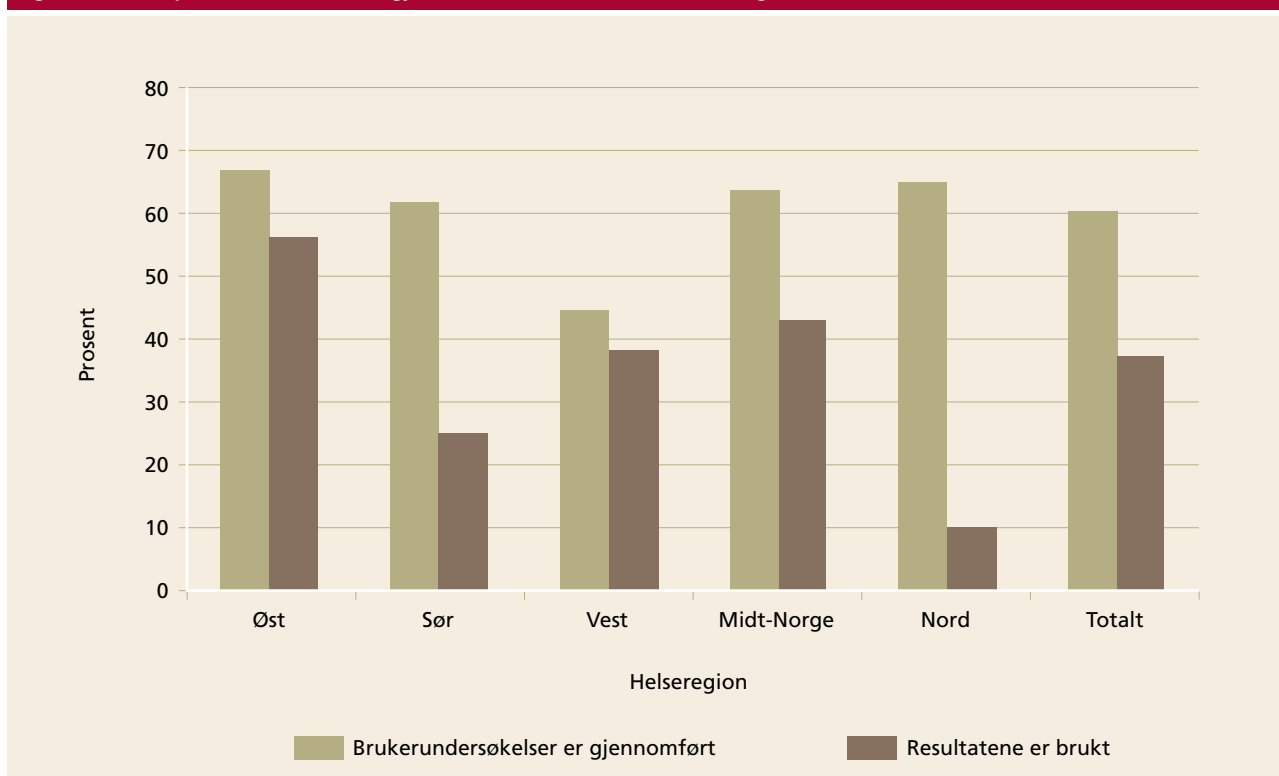
6.2.4 Brukes resultatene fra brukerundersøkelser?

Tilbakemeldinger fra og kontakt med pasienter/brukere og deres pårørende kan være en viktig rettesnor når virksomhetene skal utvikle kvaliteten i tjenestetilbudet. Brukermedvirkning er også en viktig målsetting i opptrappingsplanen. 60 prosent av poliklinikkene sier at de har gjennomført brukerundersøkelser i løpet av de siste fem årene. Men bare 36 prosent av dem som har gjennomført slike undersøkelser, har brukt resultatene i sitt utviklingsarbeid. Det betyr at bare 18 av poliklinikkene i utvalget bruker resultatene.⁴⁸ Figur 6.5 gjengir svarene fordelt på helseregion.

Region vest skiller seg ut ved at under halvparten av poliklinikkene i denne helseregionen har gjennomført brukerundersøkelser de fem siste årene. Figuren illustrerer også at det varierer mellom regionene i hvor stor grad de har brukt resultatene eller ikke.⁴⁹ I region øst har 67 prosent av poliklinikkene gjort brukerundersøkelser og 56 prosent av disse har brukt resultatene. Det betyr at i den helseregionen som er mest aktiv når det gjelder brukerundersøkelser, gjør 38 prosent av poliklinikkene i regionen seg nytte av resultatene fra undersøkelsene. Tilsvarende tall for region nord, som er minst aktiv, er 7 prosent.

Flertallet av de kommunale deltjenestene, 70 prosent, har ikke gjennomført brukerundersøkelser i løpet av de siste fem årene. Det er imidlertid noen forskjeller mellom de tre deltjenestene. Mens rundt 25 prosent av helsestasjonene og barneverntjenestene har gjort slike undersøkelser, oppgir 43 prosent av PP-tjenestene at de har gjort brukerundersøkelser. De få kommunale deltjenester som har gjort brukerundersøkelser, sier også at de har brukt resultatene fra disse i internt utviklingsarbeid.

Figur 6.5 Andel poliklinikker som har gjennomført brukerundersøkelser, og andel av disse som har brukt resultatene



Kilde: Spørreundersøkelsen

48) Fra bestillerdokumentet 2005: "Brukerne skal medvirke systematisk gjennom sine erfaringer i utviklingen av tjenestetilbudet ved alle helseforetak."

49) Det er nasjonalt kunnskapssenter for helsevesenet som på oppdrag av SH-dir, HOD eller helseforetak gjennomfører brukerundersøkelser i poliklinikkene i det psykiske helsevernet for barn og unge. Høsten

2006 ble foresatte til barn og unge i alle landets poliklinikker omfattet av en undersøkelse om ulike sider av tjenestetilbudet. Brukerne av kunnskapssenterets tjenester er primært helsepersonell, forvaltningen og ledere i helseforetakene. Resultater fra brukerundersøkelser publiseres på www.sykehusvalg.net. Kunnskapssenteret er et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet.

Verken blant poliklinikkene eller de kommunale tjenestene er det mange som har regelmessig kontakt med brukerorganisasjonene. Bare 8 prosent av de kommunale deltjenestene har slik kontakt.⁵⁰ Blant poliklinikkene er det noen flere – i overkant av en firedel sier at de har regelmessig kontakt med brukerorganisasjoner for barn og unge med psykiske problemer. ADHD-foreningen er den organisasjonen som nevnes oftest på spørsmål om hvilke organisasjoner de er i kontakt med.

6.3 Vurderinger

6.3.1 Systematisk arbeid med kvalitet mangler i stor grad

Undersøkelsen viser at det fortsatt er betydelige svakheter og mangler i internkontrollsystemene i poliklinikkene. Det illustreres ved at bare 17 prosent kartlegger risikoområder og bare én klinikk har beskrevet et helhetlig internkontrollsystem. Det er også alvorlig at selv om de fleste har prosedyrer og tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge lovovertridelser, er inntrykket at flertallet av prosedyrene bare dekker deler av, og ikke hele, virksomheten som forutsatt. Det har tatt lang tid før arbeidet med kvalitet har fått den nødvendige oppmerksomheten. I foretaksmøtene i januar 2005 tok departementet opp behovet for å styrke internkontrollen. Det er fulgt opp i bestillerdokumentene for 2006, hvor de regionale helseforetakene blir bedt om å påse at helseforetakenes internkontroll følges opp i tråd med forskriften og etablerte systemer.

Undersøkelsen viser også at det blant de kommunale deltjenestene er betydelige mangler ved internkontrollsystemene, og det gjenstår store utfordringer for kommunene for å få helhetlige systemer på plass.

Samlet sett er det bare 9 prosent av de 65 tjenesteyterne som kartlegger risiko, og bare én tjenesteyter har et helhetlig internkontrollsystem. Mange mangler som er påpekt i undersøkelsen, kan skyldes at tjenesteyterne ikke i tilstrekkelig grad arbeider systematisk med internkontrollen.

Flere andre forhold tyder på at det ikke arbeides tilstrekkelig systematisk med kvalitet. Blant annet, sier en tredel av poliklinikkene at de ikke har definert innholdet i kvalitetsbegrepet for sine tjenester. Bare litt over halvparten av poliklinik-

kene som har operasjonalisert begrepet, har samtidig utarbeidet måltall for kvalitet. Blant de kommunale deltjenestene er dette arbeidet kommet enda kortere. Undersøkelsen viser også at et fåtall av kommunene og poliklinikkene har regelmessig kontakt med brukerorganisasjonene for barn og unge med psykiske problemer, og bare 30 prosent av de kommunale deltjenestene og 60 prosent av poliklinikkene har gjennomført brukerundersøkelser i løpet av de siste fem årene. Enda færre bruker resultatene av undersøkelsene i sitt interne utviklingsarbeid, kun 21 prosent av poliklinikkene og 24 prosent av de kommunale tjenestene.

Det vesentlige er ikke å stille krav om flere brukerundersøkelser, men å sørge for at undersøkelsene kommer til nytte i det løpende kvalitets-sikringsarbeidet. Fra 2005 har det vært stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede midler at kommunene kunne godtgjøre reell brukermidvirkning. Det er også understreket i St.prp. nr. 1 (2006–2007), hvor det står at regjeringen vil at helsetjenesten i større grad bruker resultater av brukermidvirkningen på politikk- og systemnivå, og det er kommunisert til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentene for 2007.

6.3.2 Planer og planverktøy brukes i liten grad

Undersøkelsen viser at det ikke er samsvar mellom tjenestenes egne vurderinger av hvor flinke de er til å utarbeide individuelle planer, og funn i journalgjennomgangen. Til tross for at det har vært gjort en rekke tiltak og rettet betydelig oppmerksomhet mot økt bruk av slike planer, viser journalgjennomgangen at de er nærmest fraværende; mindre enn 3 prosent av pasientene hadde individuell plan. Én årsak kan være at det har vært forskjellig regelverk for første- og andrelinjen fram til 1. januar 2007.

Det delte ansvaret mellom første- og andrelinjen for å utarbeide individuell plan fungerer også dårlig. Undersøkelsen viser at det er uklart for både de kommunale deltjenestene og poliklinikkene hvem som er ansvarlig for at arbeidet kommer i gang og for å koordinere det. Arbeidet med slike planer har ikke fått tilstrekkelig fotfeste, verken i poliklinikkene eller i kommunene.

Halvparten av poliklinikkene svarer at de i stor grad utarbeider utrednings- og behandlingsplaner for pasientene. Likevel er slike planer omtrent fraværende for de 220 pasientene som journalgjennomgangen omfatter. I en forløpstenkning synes det naturlig å forvente at det stilles en ten-

50) Det er noen flere helsesøstre enn barneverntjenester og PPT som har regelmessig kontakt, dvs. 13 mot 4 og 6 prosent.

tativ diagnose etter utredningen, og at den styrer behandlingen. Visse milepæler i et behandlingsforløp kan være viktig ut fra hensynet både til kvalitet og til intern styring og kontroll. Det kan også ta svært lang tid før pasientene får en diagnose, og mange får ikke noen i det hele tatt. Det er grunn til å spørre hvor målrettet behandlingen kan bli så lenge det verken finnes behandlingsplan eller diagnose.

6.3.3 Ventetiden øker, og vurderingen av forsvarlig ventetid spriker

Ledere/fagpersonell i poliklinikkene har vurdert forsvarlig ventetid for tolv ulike hovedgrupper av lidelser. Flertallet hevder at forsvarlig ventetid for alle disse gruppene er under gjennomsnittlig ventetid i 2005. Det året var ventetiden 82 dager på landsbasis. For åtte av de tolv gruppene er oppfatningen at forsvarlig ventetid er maksimalt 30 dager. Undersøkelsen viser at fagmiljøet hevder at mange pasienter venter lenger enn det som er faglig forsvarlig.

Ved 27 poliklinikker er oppfatningen at forsvarlig ventetid ved alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer/kriser maksimalt bør være 7 dager, mens ved 12 klinikker sies det at det er forsvarlig å vente 90 dager med å behandle samme tilstand. Ved 3 poliklinikker strekker en dette til 180 dager. Det viser at vurderingen av forsvarlig ventetid er svært ulik. Som følge av det praktiseres prioriteringsforskriften forskjellig, slik at tilbudet ikke blir likeverdig.

7 Samarbeidet mellom tjenestene

7.1 Hvordan oppfatter aktørene ansvarsgrensene?

Svarene i spørreundersøkelsen viser at ansvarsgrensene for barn og unge som trenger et tilbud innen psykisk helse, oppfattes som uklare, både mellom poliklinikken og de kommunale deltjenestene og de kommunale deltjenestene i mellom.

7.1.1 Hvor klare er grensene mellom poliklinikkene og de kommunale deltjenestene?

Klare ansvarsgrenser er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig, forutsetning for at pasienter ikke skal oppleve å bli kasteball mellom de ulike tjenesteyterne. Når alle tjenester ses under ett, viser svarene i spørreundersøkelsen at om lag én av tre synes grensene er klare, én av tre synes grensene er uklare, mens den siste tredelen verken synes grensene er klare eller uklare. Det er ikke overraskende at så mange synes at ansvarsgrensene er uklare. Det er trukket en vid grenseoppgang mellom hva som er kommunehelsetjeneste, og hva som er spesialisthelsetjeneste. Kommunehelsetjeneste er avgrenset til å være helsetjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste.⁵¹ De regionale helseforetakenes ansvar er på sin side beskrevet som å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.⁵² Det er ikke gitt noen uttømmende beskrivelse av hva som er spesialisthelsetjeneste. Det er derfor nødvendig at ansvarsgrensen trekkes opp av tjenesteyterne selv, enten i form av skriftlige avtaler eller i form av en klar og konsekvent praksis, eller som en kombinasjon av disse alternativene.

Svarene i spørreundersøkelsen viser at bare én av tre kommunale deltjenester oppfatter grensene mellom eget og spesialisthelsetjenestens ansvar som klare, mens en tilsvarende andel synes grensene er uklare. De tre kommunale deltjenestene har en sammenfallende oppfatning av hvor klare eller uklare ansvarsgrensene er.

51) Kommunehelsetjenesteloven §§ 1-1 og 1-3.

52) Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 og 2-1a.

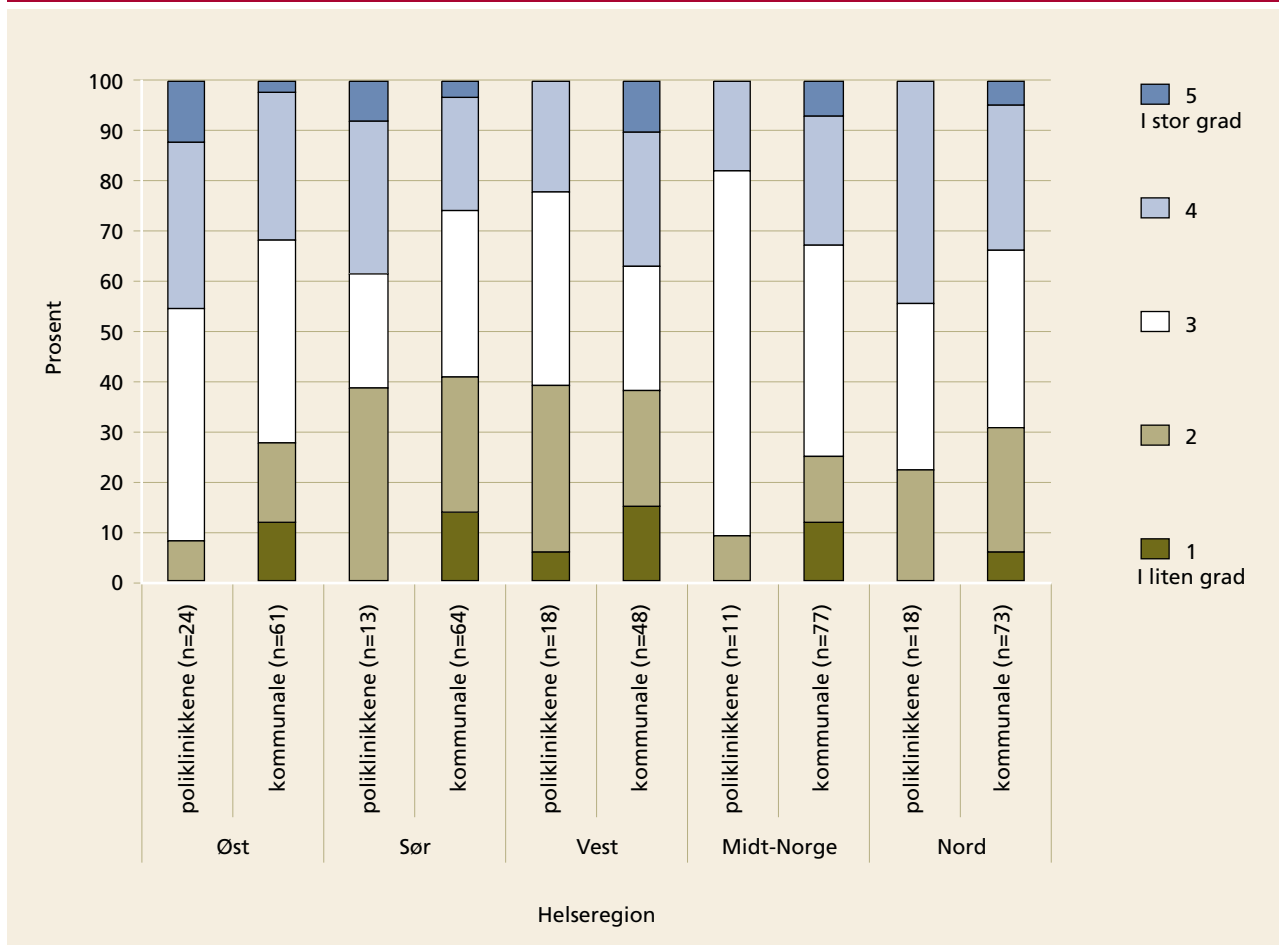
Poliklinikkens oppfatning skiller seg ikke mye fra de kommunale deltjenestene. Blant poliklinikkene er det imidlertid en noe lavere andel som synes ansvarsgrensene mellom eget og de kommunale deltjenestenes ansvar er uklare. Snaut en firedel svarer det, mens en drøy tredel av de kommunale tjenestene svarer det. Bare én poliklinikk vurderer ansvarsgrensene som så uklare at den gir laveste score – mens andelen som gir laveste score, er 15 prosent i barneverntjenesten. Blant poliklinikkene svarer fire av ti at de oppfatter ansvarsgrensene som verken klare eller uklare, mens den siste tredelen oppfatter ansvarsgrensene som klare.

Ansvars- og rolleavklaring er også et forhold som mange understreker når de blir spurt om hva som er avgjørende for å få til et godt samarbeid. Respondentene framhever at det er lite tydelig hvem som har ansvaret, rutiner er lite formalisert, og det er uklart hvem som følger opp pasienten hos andre tjenestene.

På bakgrunn av svarene er det grunn til å tro at oppfatningen av hvor grensene går i praksis, varierer. Poliklinikkene, som forholder seg til deltjenester i alle kommunene i sitt opptaksområde, sier at grensene er bevegelige. Det kan også ha sammenheng med ressurser og kompetanse i førstelinjen, men det betyr uansett at terskelen for å få et tilbud og hvilket tilbud som blir gitt, vil variere. Noen poliklinikker sier at de har lagt vekt på å formidle hvordan de praktiserer prioriteringsforskriften, og hevder det skal gi en tydeligere grense mellom første- og andrelinjens og poliklinikkens ansvar. Det ser imidlertid ikke ut til at deltjenestene i kommunene i opptaksområdet til disse klinikkene i særlig grad vurderer ansvarsgrensene som mer klare eller uklare enn andre.

Det er noen forskjeller mellom helseregionene i oppfatningen av hvor klare ansvarsgrensene mellom første- og andrelinjen er. Figur 7.1 oppsummerer fordelingen av svarene fra første- og andrelinjen i de ulike helseregionene. Den grønne delen av søylene viser andelen som oppfatter grensen som klar.

Figur 7.1 Tjenestenivåenes oppfatning av i hvilken grad det er klare ansvarsgrenser mellom dem



Kilde: Spørreundersøkelsen

Svarfordelingen viser at ansvarsgrensen oppfattes som uklar (de grønne delene av søylene), særlig i regionene vest og sør. Det gjelder både poliklinikkene og de kommunale deltjenestene. Generelt synes poliklinikkene at ansvarsgrensene er klarere (de blå delene av søylene) enn de kommunale tjenestene, men region Midt-Norge skiller seg ut fra de øvrige ved at en stor andel – i underkant av tre firedeler – av poliklinikkene sier at grensene er verken klare eller uklare. I regionene vest og Midt-Norge oppfatter de kommunale deltjenestene ansvarsgrensene som noe klarere enn poliklinikkene, i motsetning til hva som er tilfelle i de tre andre regionene.

Tekstboks 7.1 Uklare grenser i praksis

Testing og utredning av barn og unge med psykiske problemer er en situasjon der det kan være uklart hvem som har ansvaret. Behandlingskjeden tilsier at det skjer en viss siling i førstelinjen før pasienten eventuelt henvises videre til andrelinjen.

Det går fram av kommentarene i spørreundersøkelsen at flere hevder det er uklart om og i hvor stor grad

barn og unge skal testes og utredes for psykiske problemer i PP-tjenesten (PPT). "Det oppleves som et trykk fra poliklinikk om at det bør gjøres mer utredninger av PPT før tilmelding," sier én PP-tjeneste, mens en annen kommenterer: "[V]i opplever stadig tilfeller der poliklinikk gjør en utredning som kommunene i stor grad kan gjøre selv." Poliklinikkene kommenterer også uklare ansvarsgrenser: "[V]i får henvist en stor andel saker vedrørende konsentrasjons- og lærevansker som burde vært utredet i PPT, eller atferdsvansker som barnevernet burde håndtere. [...] Vi gjør nok en del av PPTs arbeid, ser en tendens til at de ikke behandler emosjonell problematikk og enklere psykiatriske tilstander."

Spørreundersøkelsen viser at praksis varierer både når det gjelder hvilke utredninger og tester PP-tjenesten utfører, og hvilken grad testene blir viderefremmet til poliklinikk. 11 av 104 PP-tjenester svarer at de ikke bruker standardiserte tester. Flertallet av PP-tjenestene som gjør tester, sier at de sender resultatene videre til poliklinikken. Journalgjennomgangen viser imidlertid at over 80 prosent av testene som var dokumentert, ble gjort av poliklinikkene.

7.1.2 Er ansvars grensene mellom de kommunale tjenestene klare?

Også internt i førstelinjen oppfattes ansvars grensene som uklare. Svarfordelingen er om lag som i spørsmålet om ansvars grensen mot andrelinjen. Snaut tre av ti oppfatter grensen som klar, fire av ti som verken klar eller uklar, mens drøyt tre av ti oppfatter grensen mellom eget og andres ansvar som uklar. Barnevernet er den deltjenesten som i størst grad oppfatter grensene mot de andre som lite klare; én av tre svarer at de oppfatter ansvars grensen mot andre kommunale deltjenester som uklare.

7.2 Hvordan fungerer det praktiske samarbeidet?

Svarene fra spørreundersøkelsen viser at 34 prosent av de kommunale ikke samarbeider rutinemessig med poliklinikkene. Datamaterialet viser også:

- Drøyt tre firedeler av de kommunale deltjenestene har ikke skriftlig samarbeidsavtale med poliklinikken.
- Drøyt en tredel deltar sjelden i møter med poliklinikken.
- To tredeler har ikke fast kontaktperson i poliklinikken.
- Mer enn halvparten mottar ikke veiledning fra poliklinikken.

Norsk institutt for by- og regionforskning har undersøkt hvordan samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer har utviklet seg fra 2002 til 2005.⁵³ I rapporten kommer det fram at kommunene ikke rapporterer om mer samarbeid med andrelinjen i 2005 enn i 2002.

Sosialkomiteen påpekte ved behandlingen av opptrappingsplanen at det ikke var tilstrekkelig kun å oppfordre til samarbeid. Komiteen foreslo derfor, som vedtatt av Stortinget:

”Stortinget ber Regjeringen fremme konkrete tiltak for å sikre forpliktende samarbeid mellom arbeidsmarkedsetaten, trygdekontor, sosialkontor og helsevesenet, samt mellom kommuner og fylkeskommuner.”⁵⁴

Departementet har i møte opplyst at det ikke har lagt fram for Stortinget noen egen sak om slike tiltak, men at disse er løpende rapportert i de

årlige budsjettproposisjonene. En gjennomgang av proposisjonene viser få konkrete tiltak. I proposisjonen for 2005 konstateres det at helhet og kontinuitet i tilbudet fortsatt mangler i betydelig grad, og at det derfor er nedsatt et utvalg, Samhandlingsutvalget, som skal foreslå forbedringer. Utvalget la fram resultatet i NOU 2005:3.⁵⁵ Noen av forslagene er gjennomført, bl.a. som endringer i regelverket. Det ble også nedsatt en egen prosjektgruppe som skulle arbeide videre med spørsmålet om samhandling. Gruppen leverte sin sluttrapport i juni 2006, og hovedkonklusjonen er at det ikke er noe enkeltstående grep som alene kan løse helsetjenestens utfordringer om bedre samhandling. I budsjettproposisjonen for 2007 under Nasjonal helseplan (2007–2010) sier departementet at det er etablert en rekke ordninger for å understøtte samhandling. Det vises til samarbeidsavtaler, samarbeidsfora, legenes praksiskonsulentordning, ambulante team, it-basert kommunikasjon og systematisk arbeid med gjennomgående pasientforløp, i tillegg til lov- og forskriftsfestede ordninger.

7.2.1 Hvor mange har skriftlige samarbeidsavtaler?

Helse- og omsorgsdepartementet sier at det fra 2005 er stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd at den enkelte kommune har inngått samarbeidsavtale med det aktuelle helseforetaket. Departementet viser også til at det i oktober 2006 ble inngått en overordnet avtale med Kommunenes Sentralforbund om samarbeid for å sikre bedre samhandling. Fra 2006 er de regionale helseforetakene pålagt å sørge for at poliklinikkene inngår forpliktende samarbeidsavtaler med kommunene. Skriftlige samarbeidsavtaler er et viktig virkemiddel for å forplikte samarbeidet og synliggjøre ansvars grensene. Tabell 7.1 på neste side oppsummerer svarene fra de kommunale deltjenestene om de har skriftlig samarbeidsavtale med sin lokale poliklinikk.

Totalt sier 20 prosent av de kommunale deltjenestene at de har en skriftlig samarbeidsavtale med sin poliklinikk. I opptaksområdet til region Midt-Norge er det fire ganger så mange kommunale deltjenester som har skriftlige samarbeidsavtaler som i region sør, der andelen er lavest. Tallene er henholdsvis 32 og 8 prosent. Det er en langt større andel av poliklinikkene som sier at de har inngått skriftlige avtaler. Svarene er gjengitt i tabell 7.2 på neste side.

53) Myrvold, Trine Monica (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid – utviklingstrekk 2002-2005*. NIBR-rapport 2006:11.

54) Innst. S. nr. 222 (1997–98).

55) Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste.

Tabell 7.1 Andel kommunale deltjenester som har skriftlig samarbeidsavtale med sin poliklinikk. Svarfordeling i prosent

	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
ja	13	8	27	32	16	20
nei	84	84	68	63	78	75
vet ikke	3	8	5	5	6	5

Kilde: Spørreundersøkelsen

Tabell 7.2 Andel poliklinikker som har skriftlig samarbeidsavtale med minst én kommune i sitt opptaksområde. Svarfordeling i prosent

	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
ja	33	46	41	36	18	34
nei	67	54	59	64	82	66

Kilde: Spørreundersøkelsen

Hver tredje poliklinikk sier at de har skriftlig samarbeidsavtale med minst én kommune i sitt opptaksområde, mens andelen var én av fem blant de kommunale deltjenestene. Forskjellen skyldes at det for poliklinikkene er tilstrekkelig å ha avtale med én kommune i opptaksområdet sitt for å svare bekreftende. Noe av forskjellen i svarene skyldes også at avtaler inngås mellom poliklinikken og kommunen og ikke direkte med den enkelte deltjeneste, og at den som inngår avtalen på vegne av kommunen, ikke bringer informasjon om det videre til den enkelte tjeneste. Det kan forklare at 17 (av 316) deltjenester svarer at de ikke vet om de har samarbeidsavtale med poliklinikken.

Forskjellene i svarene fra de kommunale deltjenestene er størst i helseregion sør; mens bare 8 prosent av deltjenestene svarer at de har skriftlig avtale med sin lokale poliklinikk, svarer nesten halvparten av poliklinikkene at de har skriftlig avtale med minst én kommune i sitt opptaksområde. Bare to poliklinikker (Kristiansand og Halden) oppgir å ha skriftlig samarbeidsavtale med alle kommunene i sitt opptaksområde. Svarene viser imidlertid at det er et godt stykke igjen til kravet om skriftlige samarbeidsavtaler mellom poliklinikkene og kommunene er oppfylt.

7.2.2 Hvor vanlig er rutinemessig samarbeid og fast kontaktperson?

Det er visse forskjeller mellom helseregionene når det gjelder utbredelsen av rutinemessig samarbeid mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten, se figur 7.2.

Totalt har snaut to tredeler av de kommunale deltjenestene rutinemessig samarbeid med poli-

linikken. Andelen er høyest i region Midt-Norge, der drøyt sju av ti deltjenester sier at de samarbeider rutinemessig med sin poliklinikk. Den laveste andelen er i region vest, der bare halvparten av de kommunale deltjenestene sier at de samarbeider rutinemessig med poliklinikken.

En måte å legge forholdene til rette på for samarbeid og å senke terskelen for å ta kontakt, kan være å sørge for at de kommunale deltjenestene får en fast kontaktperson i poliklinikken. Rundt en tredel av alle de kommunale tjenestene har fast kontaktperson i poliklinikken, men det er store forskjeller mellom helseregionene. Det er mest utbredt i region Midt-Norge, hvor 55 prosent oppgir at de har en fast kontaktperson. Andelen er nede i 17 prosent i region vest, der fast kontaktperson er minst utbredt.

Spørreundersøkelsen viser at fast kontaktperson hos de andre tjenestene er noe mer utbredt internt i førstelinjen enn mellom første- og andrelinjen. Hos helsestasjonene og i PP-tjenesten svarer i underkant av 50 prosent at de har fast kontaktperson hos noen av de andre deltjenestene. I barnevernet er andelen lavere: Fire av ti svarer at de har fast kontaktperson hos noen av de andre deltjenestene.

7.2.3 I hvilken grad får de kommunale tjenestene veiledning?

Helsepersonell som er ansatt i spesialisthelsetjenesten, er pålagt å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger som er nødvendig for at de kommunale tjenestene på sin side kan løse oppgavene de er pålagt gjennom lov og forskrift. Veiledningen skal gis både på eget initiativ og etter anmodning fra de kommunale deltjenestene. I 2002 gjennomførte Helsetilsynet et

Figur 7.2 Andel kommunale deltjenester som har rutinemessig samarbeid med poliklinikken



Kilde: Spørreundersøkelsen

landsomfattende tilsyn av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. I oppsummeringsrapporten pekte tilsynet på at det er flere uklarheter i loven slik den er formulert, sammenholdt med vurderingene i forarbeidene til loven. Tilsynet anbefalte å endre ordlyden i loven slik at plikten til å veilede legges på foretaksnivå, og det bør tydeliggjøres hva slags veiledning som kan forventes.

Departementet opplyser at det legger til grunn en vid tolkning av begrepet veiledning. Den er ikke begrenset til veiledning om enkeltpasienter, men er av generell karakter innenfor rammen av tjenesten. Departementets henstilling i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene om å etablere skriftlige samarbeidsavtaler med førstelinjen må ses i lys av en slik vid tolkning. Også regionssettene for barns og unges psykiske helse skal se oppgavene sine i lys av dette.

Når de kommunale tjenestene ses under ett, svarer 51 prosent at de ikke mottar veiledning. Av de tre deltjenestene er det bare helsestasjonene som sorterer under kommunehelsetjenesten. Andelen helsestasjoner som får veiledning, er noe høyere enn gjennomsnittet: Seks av ti mottar veiledning. Det er barneverntjenesten som i minst grad får veiledning, bare en tredel svarer ja på dette spørsmålet, mens PP-tjenesten ligger

litt over gjennomsnittet med 54 prosent. Undersøkelsen viser også at kommunale deltjenester som har skriftlig samarbeidsavtale og fast kontaktperson i poliklinikken, i større grad mottar veiledning enn de som ikke har et slikt rammeverk på plass. Om lag en tredel av de samlede deltjenestene sier at de synes veiledningen de mottar, er tilstrekkelig. Både blant barnevernet og helsestasjonene svarer om lag fire av ti at de er fornøyd med den veiledningen de får, mens andelen faller til hver fjerde for PP-tjenestene.

Norsk institutt for by- og regionforskning har undersøkt hvordan samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer har utviklet seg fra 2002 til 2005, og de finner at andelen kommuner som bruker mulighetene til å få veiledning, var omtrent uendret i perioden.⁵⁶ Videre viser en SINTEF-rapport som omfatter 89 kommuner, at i underkant av 30 prosent av kommunene får fast formalisert veiledning/undervisning fra andrelinjen.⁵⁷

56) Myrvold, Trine Monica (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid – utviklingstrekk 2002–2005*. NIBR-rapport 2006:11.

57) Andersson, Helle Wessel, Solveig Osborg Ose, Reidun Norvoll og Marian Ådnanes (2006): *Kommunale tjenester for barn, unge og familier; samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*. A246. SINTEF Helse.

7.2.4 Samarbeides det om pasientene?

I tillegg til rutinemessig samarbeid er det for mange pasienter behov for samarbeid og kontakt både mellom første- og andrelinjen og på tvers i førstelinjen. Det er registrert som kontakt når det i journalgjennomgangen er funnet en eller annen form for skriftlig dokumentasjon av samarbeid mellom de ulike tjenestene. Henvisninger, svar på henvisninger og utsendelse av epikrise er holdt utenfor registreringen av samarbeidskontakt.

Tabell 7.3 oppsummerer funnene av dokumentert samarbeid. Journalgjennomgangen viser at det for 76 av 220 pasienter ikke var noen dokumentasjon på samarbeid og kontakt i form av brev eller møter mellom to eller flere tjenester.⁵⁸

I 19 av sakene der det ikke var dokumentert noen kontakt mellom de ulike tjenestene, var det samtidig en mappe på pasienten både ved poliklinikken og hos minst to kommunale deltjenester. Det betyr at pasienten har vært i kontakt med barnevernet og/eller PP-tjenesten i tillegg til poliklinikk og helsestasjon i 2002–2005. Bare for 4 av de 19 pasientene var det informasjon i mappene hos de kommunale tjenestene om at barnet eller ungdommen også mottok behandling i poliklinikken. I de 15 øvrige sakene var det ikke mulig å se av mappen hos de kommunale deltjenestene at barnet eller ungdommen hadde et tilbud i poliklinikkene.

I 43 saker – 20 prosent av pasientene – var det dokumentasjon på at det har vært møter mellom første- og andrelinjen om pasienten. Møtehyppigheten mellom første- og andrelinjen, målt ved antall pasienter der det er dokumentert at minst ett møte om pasienten har funnet sted, varierer betydelig mellom poliklinikkene og helseregionene:

- I to poliklinikker – fordelt på to helseregioner – var dokumentert samarbeid helt fraværende, og vi fant ikke én eneste mappe med dokumentasjon av møter mellom poliklinikk og kommunal deltjeneste.
- I én poliklinikk var det 8 saker (av i alt 20 saker) med dokumentasjon av møter med én eller flere kommunale deltjenester.
- Omfanget av møter per pasient varierer mellom 1 og 19 i løpet av behandlingsperioden. For de pasientene der det var dokumentert samarbeidskontakt, ble det i gjennomsnitt avholdt fire møter.

De kommunale deltjenestene møtes også uten at poliklinikken deltar. I 54 saker – 25 prosent av pasientene – var det dokumentasjon på møter mellom kommunale tjenester.

7.2.5 Hvor utbredt er bruk av ansvarsgrupper?

Ansvarsgrupper etableres for pasienter der det er behov for å koordinere innsatsen fra de ulike instansene og ha klare ansvarsforhold for det samlede tilbudet til pasienten. Det har vært den mest brukte modellen for samarbeid om enkeltpasienter, og undersøkelser viser at bruken er økende.⁵⁹ Ansvarsgruppen kan være sammensatt på tvers av fag og etater, og i noen grupper deltar også pasienten og/eller foresatte. Den vil som oftest være forankret hos en av de kommunale deltjenestene.

Blant pasientene i journalgjennomgangen var utbredelsen av ansvarsgrupper relativt beskjeden. I 29 saker var det etablert en ansvarsgruppe. Det tilsvarer 13 prosent av pasientene i utvalget.

- Poliklinikkene deltok i halvparten av ansvarsgruppene.
- I sju av sakene var barnevernet ansvarlig for å koordinere arbeidet, mens det i fem saker var skole eller barnehage. PP-tjenesten var

Tabell 7.3 Samarbeid i form av dokumentert kontakt, i prosent og absolutte tall

	Andel av alle sakene, prosent	Antall
Saker med dokumentasjon av møter mellom poliklinikk og kommunal(e) deltjeneste(r)	20	43
Saker med dokumentasjon av møter mellom bare kommunale deltjenester	25	54
Saker med dokumentasjon av telefon eller brev mellom poliklinikk og kommunal(e) deltjeneste(r) eller mellom kommunale deltjenester	20	47
Saker uten dokumentert kontakt	35	76
Totalt	100	220

Kilde: Journalgjennomgangen

58) Vi har ikke vurdert om det burde vært et samarbeid i disse sakene.

59) Myrvold, Trine Monica (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid – utviklingstrekk 2002–2005*. NIBR-rapport 2006:11.

ansvarlig koordinator i fire saker, mens poliklinikk, skole og lege var ansvarlig koordinator for én sak hver.

- I ti av sakene framgår det ikke av dokumentasjonen hvilken instans som er ansvarlig koordinator.

Barn og unge med ADHD er en pasientgruppe som svært ofte vil ha behov for tiltak fra mange tjenester. Sosial- og helsedirektoratet har etablert andelen ADHD-pasienter med individuell plan som en kvalitetsindikator for samhandling mellom de ulike tjenestenivåene. I utvalget var det 19 pasienter med ADHD-diagnose. Blant disse pasientene var det ett tilfelle der det ikke var dokumentert kontakt mellom de ulike aktørene. I de øvrige sakene var det dokumentasjon på kontakt mellom tjenestene. Men bare fire pasienter i utvalget hadde fått opprettet en fast ansvarsgruppe, og bare én hadde fått utarbeidet individuell plan. Alle barn og unge som er i kontakt med poliklinikkene, har i den perioden undersøkelsen omfatter, hatt rett til individuell plan.

7.2.6 Hvordan oppfattes utveksling av informasjon mellom de kommunale tjenestene og poliklinikkene?

Samarbeid om pasienter forutsetter at de involverte partene utveksler informasjon om pasien-

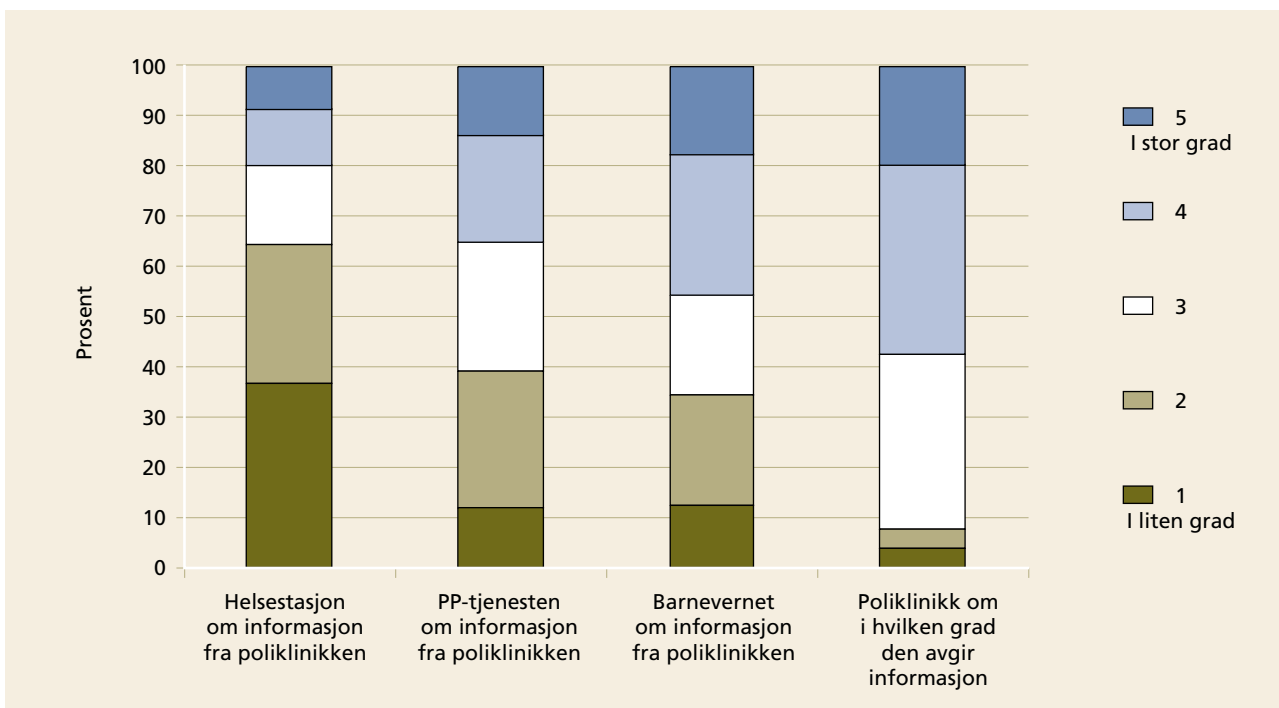
ten. Poliklinikkene og de kommunale deltjenestene har nokså ulik oppfatning av i hvilken grad det blir utvekslet informasjon om pasientene. Poliklinikkene hevder de i større grad avgir informasjon om henviste pasienter enn de kommunale deltjenestene oppfatter at de mottar slik informasjon. Figur 7.3 oppsummerer hvordan svarene fordeler seg.

Særlig helsestasjonene hevder de får lite informasjon om pasienter som de – via lege – har henvist til poliklinikkene. Det er i tråd med funnene fra journalgjennomgangen, der vi fant sparsomt med dokumentasjon av kontakt med helsestasjonene. Helsetilsynet påpeker et lignende funn i en samlrapport fra november 2006.⁶⁰

Henvisninger og epikrise

Henvisningen er vanligvis den første formelle utvekslingen av informasjon mellom første- og andrelinjen. Fra spørreundersøkelsen går det fram at 14 poliklinikker ikke stiller krav om at det standardiserte henvisningsskjemaet skal brukes. Over halvparten av poliklinikkene sier at de stiller krav til henvisningene utover at skjemaet skal være fullstendig utfylt. Av de kommunale deltjenestene er det kun PP-tjenestene som synes å oppfatte dette. Hele 60 prosent av disse svarer ja på spørsmålet om poliklinikkene stiller flere

Figur 7.3 Vurdering av informasjonsutveksling, henholdsvis i hvilken grad poliklinikken avgir og de kommunale deltjenestene mottar informasjon om henviste pasienter



Kilde: Spørreundersøkelsen

60) Helsetilsynet (2006): Samlerapport etter tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer.

krav til henvisningene, mens bare rundt en fire- del av barnevern- og helsestasjonstjenestene gjør det. Mange poliklinikker sier at de ofte må etter- spørre informasjon om pasienter fordi henvis- ningene er mangelfullt utfylt. Flertallet av de kommunale deltjenestene svarer imidlertid at de sjelden får henvendelser fra poliklinikkene om tilleggsmateriale om brukere/pasienter i for- bindelse med henvisninger. Det er også inntryk- ket fra journalgjennomgangen.

Gjennomgangen av 220 journaler viser at hen- visningsskjemaene til poliklinikkene i mange til- feller mangler viktig informasjon. I 14 prosent av sakene var det ikke oppgitt noen henvisnings- grunn, og i 30 prosent av sakene manglet en nærmere beskrivelse av henvisningsgrunnen. 27 prosent av henvisningene manglet en beskrivelse av hva henviser mente poliklinikken skulle bidra med. Mindre enn halvparten av de kommunale deltjenestene – 44 prosent – mottar ofte epikrise for pasienter de selv har henvist. Andelen er høyest blant deltjenestene som hører til opptaks- området til poliklinikkene i regionene vest og Midt-Norge med henholdsvis 60 og 55 prosent. I region nord er andelen 35 prosent. Rundt en tre- del av de kommunale deltjenestene sier at de deltar i utskrivingsmøter for pasienter de har henvist. Det var ingen dokumentasjon av utskrivningsmøter blant de 220 pasientene i journalgjennomgangen.

Løfter om tiltak

Fire av ti kommunale deltjenester opplever at

poliklinikkene lover pasienter og/eller pårørende tiltak fra vedkommende kommunale deltjeneste, uten at denne er orientert om dette løftet på for- hånd. Det skjer imidlertid relativt sjelden, bare 19 prosent svarer at det skjer ofte. Det er en ten- dens til at kommunale deltjenester som har opp- levd at poliklinikken har lovet tiltak fra deres side uten å konferere med dem på forhånd, også vurderer ansvars grensene som uklare.

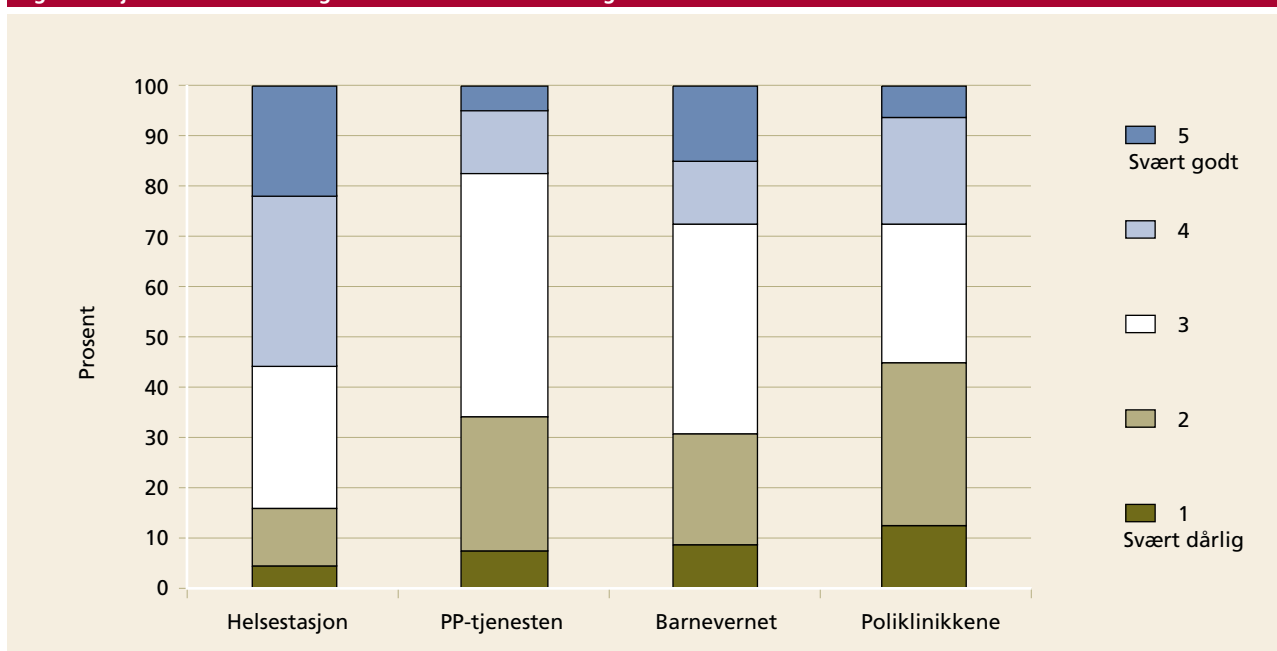
7.2.7 Hvordan fungerer samarbeidet med fastlegene?

Fastlegene har en spesiell stilling i samhandling- en i førstelinjen. Det kreves at pasienten skal være undersøkt av lege ved henvisning til poli- klinikk. Det er viktig for å kartlegge problemene og unngå at barn og unge med somatiske lidelser feilaktig blir henvist til poliklinikk. Journal- gjennomgangen viser at det i 54 prosent av sakene ikke gikk fram av dokumentasjonen om fastlegen hadde undersøkt pasienten før henvis- ning.

Fastlegene inngår i denne undersøkelsen kun ved at poliklinikkene og kommunale deltjenester har fått noen spørsmål som handler om samarbeidet med fastlegene. Svarene viser at både poliklinik- kene og kommunale tjenester, unntatt helsesta- sjonstjenesten, synes samarbeidet fungerer dår- lig, se figur 7.4.

Det er helsestasjonstjenesten som samarbeider tettest med fastlegene, og som også vurderer samarbeidet som best. Halvparten av de kommu-

Figur 7.4 Tjenestenes vurdering av samarbeidet med fastlegene



Kilde: Spørreundersøkelsen

nale deltjenestene sier at de samarbeider med fastlegene på rutinemessig basis, men en tredel sier likevel at de sjelden involverer fastlegene. Kommentarene viser at svært mange kommunale deltjenester oppfatter samarbeidet med fastlegene som personavhengig og lite systematisk. Svarene viser også at fastlegene relativt ofte utblir fra møter de er kalt inn til. Blant deltjenestene i førstelinjen svarer fire av ti at legene i liten grad deltar i møter de er innkalt til, mens sju av ti poliklinikker svarer det samme. Uteblivelse fra møter er lite utbredt blant de andre tjenestene som inngår i undersøkelsen.

Samtidig mener 80 prosent av de kommunale deltjenestene i spørreskjemaundersøkelsen at fastlegene i større grad burde involveres i arbeidet med barn og unge med psykiske problemer. Fastlegene er ikke spurt i denne undersøkelsen. En undersøkelse fra SINTEF Helse viser at kommunale deltjenester i større grad enn fastlegene selv ønsker at de skal involvere seg, både ved mer deltakelse i utredning, men også gjennom utveksling av informasjon, deltakelse i ansvarsgrupper, utarbeidelse av individuell plan, oppfølging av medisiner og lignende.⁶¹ En undersøkelse fra Norsk institutt for by- og regionforskning viser at det har vært en viss positiv utvikling i samarbeidet, og at legetjenesten oppleves som mer involvert i arbeidet med barns og unges

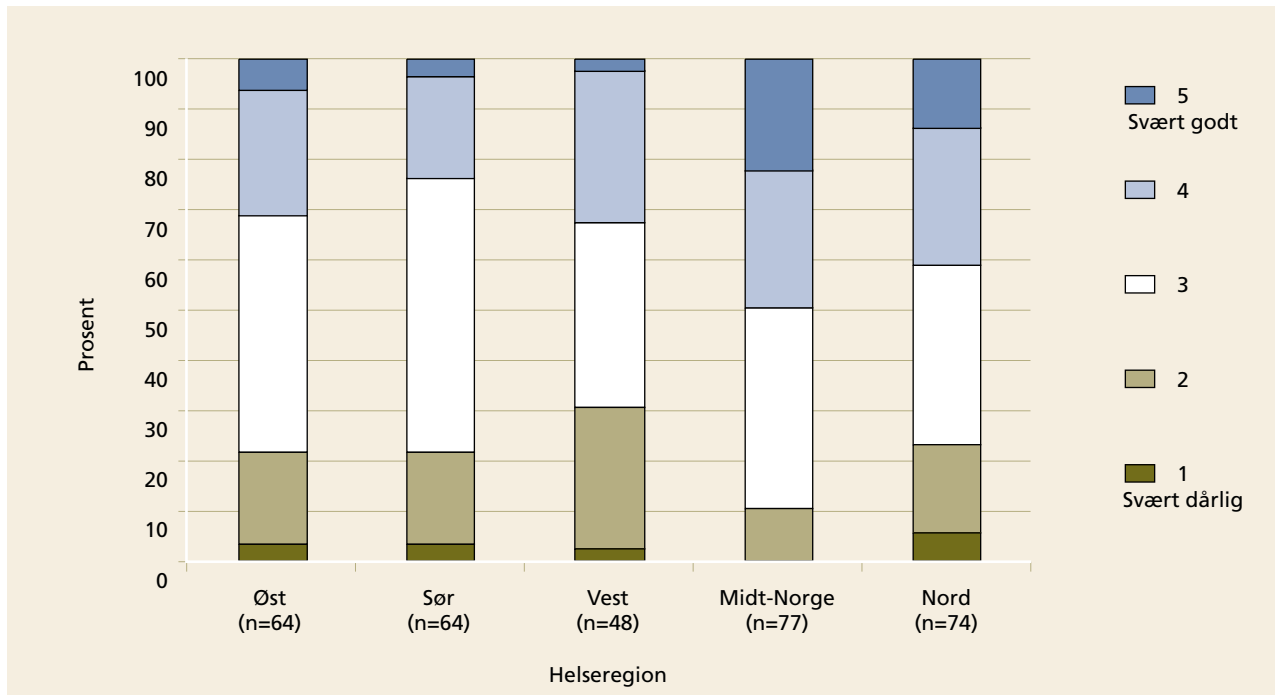
psykiske problemer i 2005 enn den var tre år tidligere.⁶²

7.2.8 Hvordan vurderer de kommunale tjenestene og poliklinikkene samarbeidet?

En oppsummering av spørreundersøkelsen viser at poliklinikkene er mer fornøyd med samarbeidet om tilbudet til barn og unge med psykiske problemer enn de kommunale deltjenestene. En mulig forklaring kan være at samarbeid ikke oppleves som like viktig sett fra poliklinikkens ståsted. Poliklinikkene har spesialistkompetansen og samtidig ikke så tett kontakt med barnet eller ungdommen i det daglige.

Det er poliklinikkene og helsestasjonstjenesten som i størst grad vurderer samarbeidet ulikt. 28 av 118 helsestasjonstjenester – i underkant av hver fjerde helsestasjon – svarer at samarbeidet fungerer dårlig. Det står i sterk kontrast til hvordan poliklinikkene oppfatter samarbeidet. Bare 1 prosent av poliklinikkene oppfatter samarbeidet med helsestasjonstjenesten som dårlig. Inntrykket fra journalgjennomgangen er at det er sparsomt med samarbeid mellom poliklinikk og helsestasjon. Både hos PP-tjenesten, barnevernet og poliklinikkene er det enheter som vurderer samarbeidet som dårlig, men poliklinikkene er totalt sett mer fornøyd med samarbeidet enn de to kommunale deltjenestene.

Figur 7.5 Kommunale deltjenesters vurdering av samarbeidet med poliklinikken

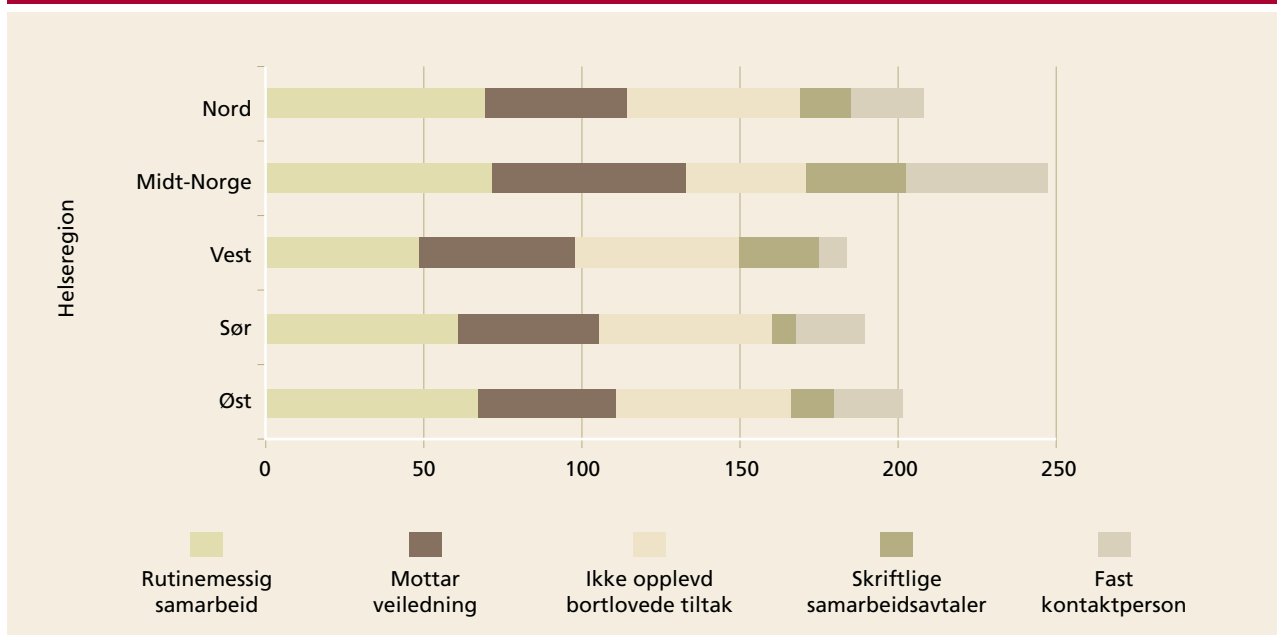


Kilde: Spørreundersøkelsen

61) Andersson, Helle Wessel (2006): *Fastlegenes tiltak for barn og unge med psykiske problemer*, SINTEF Helse.

62) Myrvold, Trine Monica (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid – utviklingstrekk 2002–2005*. NIBR-rapport 2006:11.

Figur 7.6 Summen av andel "ja-svar" fra de kommunale deltjenestene på spørsmål som synes å påvirke opplevelsen av samarbeid



Kilde: Spørreundersøkelsen

Igjen er det forskjeller mellom regionene i hvordan de ulike kommunale deltjenestene vurderer samarbeidet, se figur 7.5. Den blå delen av søylene viser hvor stor andel som har vurdert samarbeidet som godt. Nesten halvparten av de kommunale deltjenestene i region Midt-Norge svarer at samarbeidet fungerer godt. I de øvrige regionene ligger andelen mellom 24 prosent (sør) og 41 prosent (nord).

En oppsummering av hvordan de kommunale deltjenestene har svart på en rekke av spørsmålene i spørreundersøkelsen, er gjengitt i figur 7.6.

Figuren viser at summen av ja-svar er høyere i kommunene som hører til opptaksområdet til poliklinikkene i region Midt-Norge enn i de andre regionene. Nyansene er kommentert tidligere i framstillingen.

Svarene i spørreundersøkelsen viser at det er en klar sammenheng mellom hvor godt tjenestene synes samarbeidet fungerer, og i hvilken grad de oppfatter ansvarsgrensene som klare. Det gjelder både mellom første- og andrelinjen og på tvers i førstelinjen.

Det er en klar tendens til at de som har rutinemessig samarbeid med poliklinikkene, også vurderer samarbeidet som godt. Gjennomgangen av svarene viser i tillegg at det er en tendens til at de kommunale deltjenestene som har en fast kontaktperson, også opplever samarbeidet med poliklinikken som godt.

Spørreundersøkelsen viser videre klart at de som oppgir at deltjenestene i stor grad deltar på møter de er innkalt til, også vurderer samarbeidet med den aktuelle deltjenesten som godt.

7.2.9 Er det forskjeller i samarbeidet mellom første- og andrelinjen i små og store kommuner?

Svarene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at det i flere spørsmål er forskjeller mellom små (inntil 4000 innbyggere), mellomstore (mellom 4000 og 20 000 innbyggere) og store kommuner (20 000 innbyggere eller mer).⁶³ Det kan være særskilte utfordringer knyttet til samarbeid i mindre kommuner. Små kommuner er gjerne sårbare når det gjelder å tiltrekke seg og beholde kompetanse. Undersøkelsen viser at egen kompetanse ofte oppfattes som bedre i store enn i små kommuner. Mens bare hver tredje av de kommunale deltjenestene vurderer egen kompetanse som god i små kommuner, øker andelen til ca. hver andre i mellomstore og store kommuner.

Et annet forhold er at "alle kjenner alle" i små kommuner. Det kan lette kontakten mellom tjenestene, og det kan gå raskere å avklare roller og ansvar i enkeltsaker. Disse forholdene kan i neste omgang påvirke hvordan aktørene opplever samarbeidet. Andre temaer i spørreundersøkelsen som viser at det er forskjeller i hvordan små, mellomstore og store kommuner opplever samarbeidet, er:

⁶³ Svarfordelingen er vist i vedlegg 2.

- I små kommuner synes de kommunale deltjenestene at ansvarsgrensen mot andrelinjen er klarere enn det som er tilfellet i mellomstore og store kommuner.
- Drøyt fire av ti deltjenester i små kommuner synes samarbeidet med poliklinikken er godt, mens det tilsvarende tallet for mellomstore og store kommuner er omtrent tre av ti.
- Deltjenester i små kommuner mottar i noe større grad veiledning enn mellomstore og store. Tallene er henholdsvis 55, 48 og 39 prosent.
- Deltjenester i små kommuner opplever i langt mindre grad enn i store kommuner at poliklinikken lover tiltak fra førstelinjen uten å ha informert om det på forhånd. Andelen er henholdsvis 21 og 70 prosent, mens det for mellomstore kommuner er 46 prosent.

Det kan dermed se ut som om poliklinikken i noen grad kompenserer kommunenes mangel på kompetanse og ressurser, bl.a. ved å gi mer veiledning og i mindre grad love tiltak fra kommunens side når kommunen er liten.

7.3 Vurderinger

7.3.1 Samarbeidsverktøy brukes ikke som forutsatt

Individuell plan er et viktig verktøy for samarbeid fordi det forutsetter medvirkning fra alle som er involvert med tjenester i forhold til tjenestemottaker. Men som vist under punkt 6.1.2 er slike planer omtrent fraværende, og arbeidet med slike planer blir dermed ikke den samarbeidsarenaen som forutsatt. Det er også naturlig å se henvisninger og epikriser ut fra samme synsvinkel. Undersøkelsen har vist at henvisningene ofte mangler viktig informasjon fra henviser til poliklinikk, og epikrisene mangler ofte, eller de er sendt ut altfor sent til å bli det verktøyet for oppfølging av pasienten i førstelinjen som hensikten er.⁶⁴

Undersøkelsen har også vist at ansvarsgupper sjelden brukes, og at poliklinikkene bare er involvert i halvparten av disse. Andelen ADHD-pasienter med individuell plan er en av flere kvalitetsindikatorer. Journalgjennomgangen omfattet 19 pasienter hvor det er klart at det er diagnosen. Bare én hadde fått individuell plan, og det var etablert ansvarsgruppe for bare fire pasienter. Det virker derfor som slike samarbeidsfora for

pasienter med behov for sammensatte tjenester brukes i for liten grad.

Også utøvelsen av poliklinikkens veiledningsplikt er et viktig samarbeidspunkt. Bare fire av ti helsestasjonstjenester sier imidlertid at de får veiledning fra poliklinikkene, og bare en tredel av de kommunale deltjenestene har en fast kontaktperson i poliklinikken. Samhandlingsutvalget sa at gjeldende lovbestemmelse om veiledningsplikten er uklar og lite hensiktsmessig; uklar med hensyn til om plikten er generell eller bare gjelder enkeltpasienter, og lite hensiktsmessig ved at den gjelder helsepersonellet og ikke virksomheten. Det er tidligere påpekt av Helse-tilsynet, som har gjentatt det i høringsuttalelsen til utredningen. Samhandlingsutvalget foreslo at lovbestemmelsen ble endret for å rette på dette. Departementet har ikke fulgt opp disse anbefalingene, og det kan synes som det har vært rettet for liten oppmerksomhet mot dette forholdet til tross for at det også er viktig for kompetanseoverføring til førstelinjen.

7.3.2 Uklart ansvar og manglende samarbeidsavtaler

I regelverket som de ulike tjenestene skal forholde seg til, er det trukket opp vide grenser for de ulike tjenestenes ansvar. Det er derfor en forutsetning at oppgavefordelingen reguleres gjennom skriftlige samarbeidsavtaler, og at avtalenes innhold utøves i praktisk, løpende samarbeid mellom tjenestene. Behovet er naturlig nok størst i forhold til de deltjenestene som ikke omfattes av regelverket for helsetjenestene.

Undersøkelsen viser at bare en tredel av de kommunale deltjenestene oppfatter ansvarsgrensene som klare både seg imellom og i forhold til poliklinikkene. Det tilsvarer den andelen av poliklinikkene som i 2006 hadde skriftlige samarbeidsavtaler med minst én kommune i sitt opptaksområde. Fra 2006 har departementet krevd at helseforetakene skal inngå samarbeidsavtaler med alle kommunene i sitt område. Resultatet av manglene på systemnivå viser seg i manglende samarbeid på individnivå, som påpekt ovenfor. For å få til et velfungerende samarbeid må det være forankret hos tjenestenes ledelse og nedfelles i avtaler på systemnivå. Det er det som i vesentlig grad mangler. Enkeltstående tiltak har liten virkning så lenge ikke slike grunnleggende forutsetninger er på plass. Resultatet er at bare omtrent en tredel av de kommunale deltjenestene oppfatter samarbeidet som godt. Undersøkelsen viser også at poliklinikkene gjennomgående samarbei-

64) Behandlet i punktene 6.1.5 og 7.2.6.

der bedre med deltjenester i små kommuner, og dermed er også disse deltjenestene mer fornøyd med samarbeidet enn tilfellet er når kommunen er større.

8 Samlet vurdering

8.1 Brukernes behov for tjenester dekkes ikke godt nok

Førstelinjens tilbud

Kapasiteten i de kommunale tjenestene innenfor skolehelsetjenesten, PP-tjenesten og barnevernet varierer i stor grad fra kommune til kommune. Høyeste kapasitet er fem til ni ganger høyere enn laveste kapasitet hos de tre deltjenestene. Hvis en tar utgangspunkt i at de tjenesteyterne som ligger i den øverste delen av kapasitetsskalaen, ikke har bygd opp en unødig høy kapasitet, er det grunn til å spørre om de tjenestene som har lavest kapasitet, er i stand til å tilby barn og unge med psykiske problemer nødvendige tjenester i tilstrekkelig omfang.

Andrelinjens tilbud

Undersøkelsen viser at det er store variasjoner i kapasitet både mellom poliklinikkene og mellom helseregionene. Mellom poliklinikkene varierer fagårsverkene fra 7 til 24,4 per 10 000 under 18 år. Regional kapasitet varierer fra 9,6 fagårsverk i region sør til 15,1 fagårsverk i region nord. Region vest har hatt lengst ventetid i hele perioden 2003–2005 og har lavest andel nyhenviste per 10 000 barn og unge. Forskjellene kan derfor ikke forklares med regionale forskjeller i behovet for polikliniske tjenester. Det er også store forskjeller i andelen spesialister i poliklinikkene, den varierer fra 10 til 78 prosent. Denne forskjellen, sammen med forskjellen i totalt antall fagårsverk per 10 000 under 18 år, gjør at tilbudet ikke er likeverdig verken internt i helseregionene eller mellom helseregionene.

Etterspørselen etter polikliniske tjenester er større enn tilbudet, og det fører til ventetider. Ventetiden er lang, i gjennomsnitt 82 dager i 2005, og den er økende. For øvrig er de mest negative trekkene ved utviklingen i 2005 at de lange ventetidene i region vest ikke går ned (104 dager), og at ventetiden i regionene Midt-Norge og nord har økt med henholdsvis 17 og 25 prosent. Ledere/fagpersonell i poliklinikkene har vurdert forsvarlig ventetid for tolv grupper av tilstander. Flertallet hevder at forsvarlig ventetid for alle tilstandene ligger under gjennomsnittlig ventetid i 2005. For åtte av gruppene er oppfat-

ningen at forsvarlig ventetid er maksimalt 30 dager. Det er derfor en klar oppfatning i fagmiljøet at mange pasienter venter lenger enn det som er faglig forsvarlig.

I 27 poliklinikker er oppfatningen at forsvarlig ventetid ved alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer/kriser maksimalt bør være sju dager, mens en ved tolv klinikker hevder at det er forsvarlig å vente 90 dager med å behandle samme tilstand. Ved tre poliklinikker strekker en det til 180 dager. Det viser at vurderingen av forsvarlig ventetid er svært ulik. Som en følge av dette prioriteres pasienter ulikt, og det resulterer i at tilbudet ikke blir likeverdig.

Undersøkelsen viser at de ti poliklinikkene som har lavest kapasitet, bare har åtte fagårsverk i snitt per 10 000 under 18 år. Basert på gjennomsnittsklinikken, vil disse klinikkene hver for seg bare være i stand til å gi et tilbud til 2,5 prosent av målgruppen. De 20 poliklinikkene som har nådd målet på 5 prosent dekningsgrad, har i gjennomsnitt 14,4 fagårsverk per 10 000 under 18 år. Det kan derfor vise seg vanskelig for de poliklinikkene som ligger på den nedre del av kapasitetsskalaen, å nå målet uten at ressursene og/eller produktiviteten økes.

Norsk pasientregisters aktivitetsdata for 2005 viser at dekningsgraden for polikliniske tjenester er kommet opp i 4 prosent. Undersøkelsen har vist at 52 prosent av økningen i pasienttallet fra 2004 til 2005 kan føres tilbake til økt gjennomsnittlig behandlingstid for pasientene. I 2005 økte behandlingstiden med 5,9 prosent. Hvis behandlingstiden øker med 8,3 prosent i gjennomsnitt for de resterende tre årene av planperioden, vil det i seg selv være tilstrekkelig til å nå dekningsgraden på 5 prosent. Men det kan spørres om det er opptrappingsplanens intensjon å nå dette målet ved at poliklinikkene øker antallet dager mellom hver konsultasjon, med den følge at både behandlingstiden og pasienttallet økes, uten at den reelle kapasiteten blir større.

8.2 Grunnleggende forutsetninger for samarbeid og kvalitet er ikke ivaretatt godt nok

Undersøkelsen viser at det ved utgangen av 2005 fortsatt var betydelige svakheter og mangler i internkontrollsystemet hos de 65 tjenesteyterne. Et slikt system skal bl.a. sikre at tjenesteyterne overholder regelverket som gjelder for tjenestene, og at eventuelle avvik fanges opp og gjøres til gjenstand for tiltak. Bare 9 prosent kartlegger risiko, og bare én tjenesteyter har et helhetlig internkontrollsystem. Flere av de manglene som er påpekt i undersøkelsen, kan skyldes at tjenesteyterne ikke i tilstrekkelig grad har iverksatt internkontrollforskriftens krav til tiltak, og at det ikke er kompensert med andre systematiske tiltak for kvalitetssikring. Det styrkes også av andre funn. En tredel av poliklinikkene sier at de ikke har definert innholdet i kvalitetsbegrepet for sine tjenester. Bare litt over halvparten av de poliklinikkene som har operasjonalisert begrepet, har samtidig utarbeidet kriterier for kvalitet. Blant de kommunale deltjenestene er dette arbeidet kommet enda kortere.

En vesentlig side ved systematisk arbeid for å forbedre kvaliteten er løpende å overvåke at den er som forutsatt, rapportere avvik og iverksette korrigerende tiltak. Undersøkelsen viser at et fåtall av kommunene og poliklinikkene har regelmessig kontakt med brukerorganisasjoner, og bare 30 prosent av de kommunale deltjenestene og 60 prosent av poliklinikkene har gjort brukerundersøkelser i løpet av de siste fem årene. Enda færre bruker resultatene av undersøkelsene i sitt interne utviklingsarbeid, kun 21 prosent av poliklinikkene og 24 prosent av de kommunale tjenestene.

Det er ikke samsvar mellom tjenestenes egne vurderinger av hvor flinke de er til å utarbeide individuelle planer, og funn i journalgjennomgangen. Til tross for at det har vært gjort en rekke tiltak og rettet betydelig oppmerksomhet mot økt bruk av individuelle planer, viser journalgjennomgangen liten utbredelse; mindre enn 3 prosent av pasientene hadde individuell plan. Undersøkelsen viser at det er uklart for både de kommunale deltjenestene og poliklinikkene hvem som er ansvarlig for at arbeidet kommer i gang, og for å koordinere det. Arbeidet med individuelle planer har ikke fått tilstrekkelig fotfeste, verken i poliklinikkene eller i kommunene. Det samarbeidet mellom tjenestene som skulle gi pasientene bedre sammenheng i tilbudet og dermed bedre kvalitet, er nærmest fraværende.

Også andre verktøy enn individuell plan har betydning for kvalitet og samarbeid, i første rekke henvisningsskjemaer og epikriser. Undersøkelsen viser at henvisningsskjemaene ofte mangler vesentlige opplysninger, og at epikrisene altfor ofte uteblir eller sendes ut for sent. Det er særlig bekymringsfullt at henviser/fastlege ofte ikke mottar epikrise for pasienter som avbryter sin behandling. Journalgjennomgangen har også vist at ansvarsgrupper brukes i liten grad. Det gjelder også for barn med ADHD-diagnose, som er ansett som en gruppe med særlig behov for samarbeid rundt tjenestebehovet.

Undersøkelsen har også påvist andre mangler ved kvalitet og samarbeid. Journalgjennomgangen viste at så godt som ingen pasienter fikk utarbeidet utrednings- eller behandlingsplaner. Den viste også at det kan ta svært lang tid før pasientene får en diagnose, og at mange ikke får noen i det hele tatt. Bare halvparten av de kommunale tjenestene sier at de mottar veiledning fra poliklinikkene. Det kan delvis skyldes at plikten til å gi veiledning overfor kommunehelsetjenesten av mange oppfattes som uklar både med hensyn til pliktsubjekt og til hva plikten omfatter. Dette er påpekt av Helsetilsynet og av Samhandlingsutvalget, men departementet har så langt ikke foreslått endringer i regelverket.

Årsakene til at samarbeidet mellom tjenesteyterne ikke har fått det omfanget som opptrappingsplanen har hatt som mål, kan bl.a. være at få av de kommunale tjenesteyterne har skriftlige samarbeidsavtaler med poliklinikken i sitt område. Det forsterkes av at bare en tredel av disse tjenesteyterne mener at det er en klar grense mellom eget og poliklinikkens ansvar.

Helsetilsynet har gjentatte ganger rapportert om mangler i forhold som gjelder kvalitet og samarbeid. Det er derfor en svakhet at arbeidet med å følge opp etablering av internkontroll hos tjenestene ikke har kommet lenger; både når det gjelder departementet og de regionale helseforetakene i forhold til poliklinikkene, og kommunene i forhold til de kommunale tjenestene.

Departementet utformet forskjellige regler for retten til individuell plan i første- og andrelinjen. Det kan i seg selv ha vært en årsak til at regelverket ikke er blitt fulgt. En annen årsak kan være det delte ansvaret mellom første- og andrelinjen. Det gjenstår store utfordringer før individuell plan har fått den utbredelse som regelverket legger opp til.

8.3 Kvaliteten på styringsdata er for dårlig

Førstelinjens

For at departementet skal kunne ivareta sitt overordnede nasjonale ansvar for de kommunale tjenestene, må det finnes styringsinformasjon om utviklingen av disse tjenestene. Det forutsetter bl.a. at det rapporteres om måloppnåelse og virkninger, slik at departementet kan vurdere sammenhengen mellom virkemidler og resultater. Statistisk sentralbyrå har opplysninger om personellinnsats i kommunene, men de gir ingen holdepunkter for hvor stor andel som brukes på psykisk helsearbeid. Det er derfor mangel på data som kan si noe om hvordan status var ved starten av opptrappingsplanen, hvordan utviklingen har vært, og hvordan situasjonen er i dag. De geografiske forskjellene i kapasitet er så store at det reiser spørsmål ved om kommunene i tilstrekkelig grad prioriterer utbyggingen av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

Andrelinjen

Opptrappingsplanen hadde som mål å øke konsultasjonene i poliklinikkene med 166 prosent som følge av økt antall fagårsværk og økt produktivitet. Produktivitetsveksten skulle alene stå for 50 prosent av økningen. Undersøkelsen viser at de målene for produksjon som departementet bruker i beregningene av produktivitet, antall pasienter og tiltak, ikke er gyldige måleenheter fordi de ikke viser reell produksjon. Samtidig har departementet lagt avgjørende vekt på produktivitetsindikatorer og dekningsgrad som uttrykk for hvor godt en har lyktes med å nå de kvantitative målene i opptrappingsplanen. Departementet har basert sin styring på indikatorer og data som ikke er egnet til formålet. Det resulterer bl.a. i at det ikke er mulig å konstatere om sentrale mål i opptrappingsplanen nås. Det spørres derfor om ikke departementet burde brukt ressurser til å utvikle andre og mer robuste måleenheter og lagt større vekt på å øke den lave andelen av pasientrelatert arbeid i poliklinikkene.

Undersøkelsen viser at pasienttallet økes som direkte følge av at en øker tidsrommet mellom hver konsultasjon med pasientene. Det fører til at det er store svakheter knyttet til beregningene av dekningsgrad og spesielt til utviklingen i dette tallet. Store geografiske forskjeller og lav dekningsgrad var vesentlige årsaker til at planperioden i 2003 ble foreslått forlenget med to år. Undersøkelsen har vist at utviklingen i dekningsgrad er en svært usikker styringsparameter. Men

de store forskjellene i kapasitet og dekningsgrad viser også at departementet og de regionale helseforetakene ikke har lyktes i å styre ressursene i forhold til behovene.

Det finnes videre ingen data som viser barns og unges totale behov for polikliniske tjenester. Ventelistedata gjelder bare de pasientene som får et tilbud, ikke de pasientene som avvises i andrelinjen. Det er liten sammenheng i data for kapasitet, produksjon, etterspørsel og ventetider, og det tyder på at det kan være feilkilder i tallmaterialet som gjør de nevnte dataene lite egnet som styringsdata. Departementet og helseforetakene har vært for lite aktive for å få den enkelte virksomhet til å rapportere data til nasjonale registre og til å kvalitetssikre dataene i tilstrekkelig grad. Resultatet er bl.a. at det for hvert eneste rapporteringstidspunkt er enheter som ikke leverer data, selv om systemene er på plass.

Departementet har formulert krav om tiltak som skal fremme kvalitet og samarbeid. Men det er i altfor liten grad fulgt opp ved å utforme mål og indikatorer som gjør det mulig å følge opp om slike tiltak iverksettes, og hvilke resultater de i så fall gir.

Referanseliste

Stortingsdokumenter

- St.meld. nr. 23 (1992–93) *Om forholdet mellom staten og kommunene*
- St.meld. nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet*, jf. Innst. S. nr. 258 (1996–97)
- St.prp. nr. 63 (1997–98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*, jf. Innst. S. nr. 222 (1997–98)
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001)
- Budsjettproposisjonene (St.prp. nr. 1) for Helse- og omsorgsdepartementet for årene 2004–2007

Lover og forskrifter

- Lov av 19. november 1982 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov av 13. desember 1991 nr. 81: Lov om sosiale tjenester m.v.
- Lov av 17. juli 1992 nr. 100: Lov om barneverntjenester
- Lov av 17. juli 1998 nr. 61: Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov av 2. juli 1999 nr. 62: Om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63: Lov om pasientrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v.
- FOR 2000-12-01 nr. 1208: Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd
- FOR 2000-12-07 nr. 1233: Forskrift om ventelisterregistrering
- FOR 2000-12-21 nr. 1385: Forskrift om pasientjournal
- FOR 2000-12-01 nr. 1389 Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak
- FOR 2002-12-20 nr. 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

- FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- FOR 2004-12-23 nr. 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- FOR 2005-12-14 nr. 1584: Forskrift om internkontroll etter barnevernloven

Styringsdokumenter

- Reglement for økonomistyring i staten, fastsatt ved kronprinsregentens resolusjon 12. desember 2003
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Bestillerdokument fra HOD til de regionale helseforetakene for 2005, 2006 og 2007*
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til de regionale helseforetakene*

Utredninger og andre dokumenter

- Andersson, Helle Wessel (2005): *Kunnskapsstatus for det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. SINTEF Helse
- Andersson, Helle Wessel, Solveig Osborg Ose, Reidun Norvoll og Marian Ådnanes (2006): *Kommunale tjenester for barn, unge og familier; samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*. A246. SINTEF Helse
- Andersson, Helle Wessel (2006): *Fastlegenestiltak for barn og unge med psykiske problemer*. SINTEF Helse
- Helsetilsynet (2000): *Psykiatriske poliklinikker en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien*. Utredningsserien 4-2000
- Helsetilsynet (2002): *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Rapport 5/2002
- Helsetilsynet (2003): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer i 2002*. Rapport 4/2003
- Helsetilsynet (2006): *Samlerapport etter tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer*

- Myrvold, Trine Monica (2006): *Kommunalt psykisk helsearbeid – utviklingstrekk 2002-2005*. NIBR-rapport 2006:11
- Norsk pasientregister (2006): *Ventelistenotat2. tertial 2006* og *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge – driftsåret 2005*
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*
- SAMDATA psykisk helsevern (2005): *Sektorrapport 2004*
- SAMDATA psykisk helsevern (2006): *Sektorrapport 2005*
- SINTEF Helse (2005): *Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Sluttrapport*. Utgitt 28.6.2005
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Utgitt 31.10.2006
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Individuell plan 2005*. Utgitt 11.10.2005
- Statistisk sentralbyrå: Tabell 15.2 for 2003 og tabell 03809 for 2005

Vedlegg 1: Kapasitet og fordeling på fagkategori hos de kommunale tjenesteyterne

Oversikt over kapasiteten hos hver av de kommunale tjenesteyterne etter helseregion og totalt:

Kapasitet skolehelsetjenesten per helseregion og totalt

Helseregion	Minimum	Maksimum	Variasjon	Gjennomsnitt	Antall tjenesteytere
Øst	19,2	34,8	15,6	23,0	18
Sør	16,4	45,8	29,4	22,7	19
Vest	15,5	41,8	26,3	19,5	17
Midt-Norge	17,7	69,8	52,1	26,9	24
Nord	18,2	68,7	50,5	26,5	21
Alle	15,5	69,8	54,3	22,8	99

Kilde: Spørreundersøkelsen

Kapasitet i PP-tjenesten per helseregion og totalt

Helseregion	Minimum	Maksimum	Variasjon	Gjennomsnitt	Antall tjenesteytere
Øst	6,1	24,0	17,9	13,7	19
Sør	9,4	32,6	23,2	15,4	20
Vest	5,9	32,6	26,7	13,7	15
Midt-Norge	8,8	32,2	23,4	18,7	25
Nord	11,5	39,5	28,0	18,5	17
Alle	5,9	39,5	33,6	15,5	96

Kilde: Spørreundersøkelsen

Kapasitet i det kommunale barnevernet per helseregion og totalt

Helseregion	Minimum	Maksimum	Variasjon	Gjennomsnitt	Antall tjenesteytere
Øst	15,7	35,4	19,7	21,0	16
Sør	16,4	88,3	71,9	27,3	17
Vest	16,5	27,2	10,7	23,9	9
Midt-Norge	9,5	36,1	26,6	16,1	16
Nord	16,5	88,9	72,4	30,0	21
Alle	8,5	88,9	80,4	23,9	79

Kilde: Spørreundersøkelsen

Fagårsverkenes fordeling på fagkategori hos de kommunale tjenesteyterne:

Fagårsverk i helsesøster- og skolehelsetjenesten etter fagkategori, totalt og per helseregion

	Helse Øst		Helse Sør		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Sum HS	
	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst
Leger/psykiatere	1,2	5,4	1,0	4,5	1,4	7,0	2,0	7,6	2,3	8,6	1,5	6,4
Psykologer	0,7	2,9	0,0	0,0	0,4	2,2	0,5	1,7	0,1	0,3	0,3	1,5
Sosionomer	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5
Pedagoger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,0	1,2	4,6	0,0	0,0	0,3	1,2
Helsesøstre	16,4	71,5	16,3	71,9	14,7	75,1	18,9	70,3	20,4	77,1	16,7	73,1
Psykiatriske sykepleiere	1,0	4,4	0,8	3,6	0,2	1,2	0,4	1,4	0,7	2,6	0,6	2,7
Andre typer personell	3,5	15,3	4,4	19,3	2,3	11,8	3,9	14,4	3,0	11,4	3,4	14,7
Sum HS per helseregion	23,0	100,0	22,7	100,0	19,5	100,0	26,9	100,0	26,5	100,0	22,8	100,0

Kilde: Spørreundersøkelsen

Fagårsverk i PP-tjenesten etter fagkategori, totalt og per helseregion

	Helse Øst		Helse Sør		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Sum HS	
	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst
Leger/psykiatere	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Psykologer	1,7	12,3	2,1	13,7	2,7	19,5	1,2	6,4	2,0	10,7	2,0	12,6
Sosionomer	0,3	2,6	0,2	1,4	0,8	5,7	0,6	3,0	1,3	6,9	0,6	3,9
Pedagoger	9,2	66,8	10,2	65,8	8,8	64,3	11,4	61,1	14,1	76,3	10,4	67,0
Psykiatriske sykepleiere	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre typer personell	2,5	18,3	2,9	19,1	1,4	10,6	5,5	29,5	1,1	6,0	2,5	16,3
Sum PPT per helseregion	13,7	100,0	15,4	100,0	13,7	100,0	18,7	100,0	18,5	100,0	15,5	100,0

Kilde: Spørreundersøkelsen

Fagårsverk i barnevernet etter fagkategori, totalt og per helseregion

	Helse Øst		Helse Sør		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Sum HS	
	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst	Fagårs	Pst
Leger/psykiatere	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,3	2,0	0,0	0,0	0,1	0,3
Psykologer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sosionomer	7,7	36,7	8,0	29,2	11,1	46,5	6,9	42,9	16,1	53,6	9,7	40,7
Pedagoger	9,0	43,1	14,4	52,7	12,3	51,3	6,3	39,1	13,2	43,9	11,4	47,7
Psykiatriske sykepleiere	0,0	0,0	1,1	4,2	0,2	0,6	0,2	1,0	0,0	0,0	0,3	1,4
Andre typer personell	4,2	20,2	3,7	13,6	0,4	1,6	2,4	15,1	0,7	2,5	2,4	10,0
Sum BV per helseregion	21,0	100,0	27,3	100,0	23,9	100,0	16,1	100,0	30,0	100,0	23,9	100,0

Kilde: Spørreundersøkelsen

Vedlegg 2: Spørsmål der det er klar sammenheng mellom svar og kommunestørrelse

Svarfordeling for noen spørsmål som gjelder samarbeid, fordelt etter kommunestørrelse. Kommunene er gruppert slik:

Liten kommune: inntil 4000 innbyggere

Mellomstor kommune: mellom 4000 og 20 000 innbyggere

Stor kommune: mer enn 20 000 innbyggere

Spørsmål som er besvart med ja, nei eller vet ikke

	Liten kommune		Mellomstor kommune		Stor kommune	
	ja	nei	ja	nei	ja	nei
Mottar din tjeneste veiledning fra poliklinikken?	55	45	48	52	39	61
Forekommer det at poliklinikken lover pasient/pårørende tiltak fra din tjeneste uten å involvere dere på forhånd?*	21	51	46	31	70	17
Rutinemessig samarbeid med poliklinikken	63	37	66	33	71	29
Skriftlig samarbeidsavtale med poliklinikken**	21	73	19	76	18	80
Fast kontaktperson i poliklinikken	37	63	34	66	35	66

* Andel som har svart vet ikke, er 28 prosent i små kommuner, 23 prosent i mellomstore og 13 prosent i store kommuner.

** Andel som har svart vet ikke, er 6 prosent i både for små og mellomstore kommuner og 2 prosent i store kommuner.

Spørsmål som er forutsatt besvart ved avkryssing på en skala fra 1 til 5*

	Liten kommune			Mellomstor kommune			Stor kommune		
	dårlig	verken eller	godt	dårlig	verken eller	godt	dårlig	verken eller	godt
Hvordan synes du samarbeidet med poliklinikken fungerer?	21	36	43	24	43	33	13	58	29
I hvilken grad synes du det er klare grenser mellom din virksomhet og spesialisthelse-tjenestens ansvar for barn og unge med psykiske problemer?	15	35	40	36	37	27	36	37	27

*Antall som har svart på de ulike spørsmålene, varierer mellom:

Små kommuner: 121–134

Mellomstore kommuner: 135–142

Store kommuner: 51–55



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





Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

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

www.riksrevisjonen.no

23 257 3 978 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 528