

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: Bryndis Rogde og Anikken Aaseng

Mulige forklaringer på lange ventetider og variasjon i pasientforløpene innen voksenpsykiatriske poliklinikker

Dato: 20.06.2022

Totalt antall sider: 79

Forord

Tusen takk til Nord Universitet med Pål, Sverre og Anita i spissen som til de grader har levert på oppdraget innenfor MBA helseledelse. Engasjerende forelesere har delt av sin kunnskap og erfaringer som har bidratt til at vi som ledere sitter igjen med kompetanse som vi mener kan være med på å gjøre oss til bedre ledere. Vi har fått gleden av å bli kjent med de andre medstudentene som også jobber innenfor ulike fagområder i Helse Nord. Alle har med sin faglige bakgrunn delt erfaringer og sørget for gode diskusjoner både under forelesninger, men også i gruppearbeid som vi alle har deltatt i.

Siden vi har vært på Sommarøy, Kjerringøy, Saltstraumen, Tromsø, Oslo og Bodø, har vi nesten glemt at ved starten på studiet var det teams som gjaldt. De to første semestrene var det enda Corona restriksjoner, dermed var det digital undervisning. Den digitale undervisningen gikk stort sett helt utmerket, litt “krøll” under med gruppearbeid siden foreleser ikke var helt vant til det digitale undervisningsverktøyet. For oss som studenter tenker vi at fikk utvidet læringsmålene innen digitale kompetanse.

Vi har gjennom studiet fått god kunnskap og innsikt om ledelse i helsetjenesten. Vi valgte å skrive sammen for å utveksle og dele erfaringer og undersøke mulige årsaker til den variasjonen internrevisjonen kom frem til innenfor ventetid og kapasitetsutnyttelse i poliklinikkene. Vi ønsket med dette å gi noe tilbake til foretakene som ga oss mulighet til å ta dette studiet. Vi har blitt godt kjent med hverandre, vært på besøk til hverandre og hatt skrivesamlinger i Hammerfest og Mo i Rana. Vi har erfart at det til tider har vært travelt med jobb og studie, men prosessen med å skrive master med de drøftingene vi har hatt har vært god “terapi” i en travel hverdag. Vi har delt erfaringer, drøftet og støttet hverandre hele veien frem til mål!

Takk til familien vår som har vist tålmodighet, spesiell takk til Magnus som har vært tekstleser. Ikke minst vil vi takke våre informanter som har delt sine tanker om disse felles utfordringene

Til slutt ønsker vi å gi en spesiell takk til veilederen vår, Pål A. Pedersen som har vært tålmodig, støttende, positiv og hjelpsom!

16.06.2022 Bryndis Rogde og Anikken Aaseng

Sammendrag

På bakgrunn av resultat etter gjennomført internkontroll i Helse Nord, der resultatet viste at det var variasjon innen ventetid og kapasitetsutnyttelse og faglig praksis ønsket vi å undersøke dette nærmere. Formålet med vår undersøkelse har vært å søke mulige forklaringer på denne variasjonen, ved å intervju fire enhetsledere om hva de tenker er årsaken til dette. Valget av informanter er gjort, da vi tenker at det er ledere nærmest drift som kjenner til utfordringene best.

Problemstilling

Hvorfor mener ledere det er variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse innen voksenpsykiatrisk poliklinikk og hvordan følger de opp mål om redusert ventetid og bedre kapasitetsutnyttelse

Metode

Vi har benyttet kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte intervju. Informantene som vi intervjuet, er ledere nærmest drift i de poliklinikkene. De samme poliklinikkene var også en del av internrevisjonen i Helse Nord. Den metodiske tilnærmingen bygger på en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming av datagrunnlaget.

Hovedfunn

Gjennom analyse av data kom vi frem til at variasjon innen ventetid og kapasitetsutnyttelse kan forklares med at poliklinikkene vil ha utfordringer med å nå mål om ventetid hvis de ikke har mulighet til å organisere tjenesten hensiktsmessig, med sentrale og nødvendige produksjonsfaktorer. Vi ser en tendens til at det må være en viss mengde av sentrale ansatte med en spesifikk kompetanse for å kunne drifte poliklinikkene effektivt, uavhengig av pasienttilførsel. Dermed er det ikke nødvendigvis like kostnadseffektivt å drifte psykiatriske poliklinikker i rurale strøk.

Abstract

On the basis of results found by an internal control of systems by the hospital organization; Helse Nord, we wanted to study why the report from the inspection concluded that it was a variation between patients' waiting time and capacity utilization in the different hospital units within Helse Nord. By interviewing leaders, our goal is to find possible explanations for this variation. The choice of informants was made by us. We had an idea that the best way to search for possible explanations was to interview leaders who know the daily operations in the hospital departments best.

Issues

How do department leaders explain the variation between waiting time and capacity utilization within psychiatry polyclinics, and how do they follow-up when patients waiting time is too high and the capacity utilization is low?

Method

Our results are based on a qualitative research method where we applied semi-structured interviews. The informants who we interviewed are all leaders close to the daily operations of the adult psychiatry polyclinics. The same clinics were also a part of the internal audit by the hospital organization Helse Nord. The methodical approach that we used is built on a phenomenological hermeneutic philosophy where each informant's subjective meaning is important to catch.

Main findings

Through the analysis of the data we found that the variation of the waiting time for patients and the capacity utilization can be explained by many factors giving several challenges in running the adult polyclinics. Factors as scarce human professional resources and trouble in organizing the services efficiently. We also see a tendency that some of the leaders, responsible for the smallest units, struggle organize appropriate professional teams to meet the different kinds of patients. Particularly, the units located in the most rural areas do not run and operate the psychiatric polyclinics efficiently due to lack of key professionals and lack of financial resources.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
Forkortelser som er benyttet:.....	5
1.0 Innledning.....	6
2.0 Bakgrunn	9
2.1 Distriktpspsykiatriske senter og voksenpsykiatriske poliklinikker	9
2.2 Organisering av voksenpsykiatriske poliklinikker i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset	10
2.3 Mål- og resultatstyring	12
2.4 Styringskrav til voksenpsykiatriske poliklinikker	12
2.5 Faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester.....	14
2.6 Kapasitetsutnyttelse.....	16
2.7 Ventetid	17
2.8 Internrevisjon	18
3.0 Teoretisk referanseramme	20
3.1. Produksjon av helsetjenester i voksenpsykiatrisk poliklinikk.....	23
3.2 Markedet.....	27
3.3 organisering	28
3.4 Hvordan private aktører påvirker poliklinikkene	29
3.5 Lederens funksjon i voksenpsykiatriske poliklinikker	30
3.6 Organisasjonskultur.....	32
3.7 Stordriftsfordeler	33
4.0 Metode.....	35
4.1 Valg av metode.....	35
4.2 Forskningsdesign.....	36
4.3 Gjennomføring av undersøkelsen.....	37
4.4 Etisk refleksjon og personvern.....	40
4.5 Validitet og reliabilitet	41
5.0 Empiri.....	42
5.1 organisatoriske forhold.....	42
5.2 Ventetid	46
5.3 Kapasitetsutnyttelse i poliklinikkene	47
5.4 Ledernes formening om mulige årsaker til lang ventetid og variasjon i forløpene	50
5.5 Ledernes forslag til tiltak for å nå målene om ventetid og kapasitetsutnyttelse	52
5.6 Oppsummering og vår forståelse av hovedfunn.....	54
6.0 Analyse/ drøfting.....	55
6.1 Omgivelsene.....	55
6.2 Hvordan organisatoriske forhold påvirker drift	58
6.3 Organisasjonsatferd.....	61
6.4 Hvordan måles og kontrolleres produksjon i poliklinikkene	65
6.5 Oppsummering	72
7.0 Konklusjon	73
8. Litteraturliste	75

Forkortelser som er benyttet:

AAP arbeidsavklaringspenger

AAT ambulant akutt team

DIPS ARENA Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus

DPS Distriktpsikiatriske senter

FIN-SYK Finnmarkssykehuset

HN Helse Nord

HOD Helse- og omsorgsdepartementet

HSYK Helgelandssykehuset

LIS lege i spesialisering

MRS Mål- og resultatstyring

PHV psykisk helsevern

TSB tverrfaglig spesialisert rusbehandling

TUD tvunget psykisk helsevern uten døgn

VPP/VOP voksenpsikiatrisk poliklinikk

Figur liste:

1. PDCA hjulet, inspirert av kvalitetsleder i Helgelandssykehuset
2. Helhetlig modell tegnet fritt etter inspirasjon fra D. I. Jakobsen og J. Thorsvik.
3. Produksjon/ etterspørsel tegnet fritt etter inspirasjon fra J. A. Olsen.
4. Pasientforløp i voksenpsikiatriske poliklinikker, tegnet fritt.
5. Lederfunksjoner i poliklinikk, tegnet fritt etter inspirasjon fra T. Strand.

1.0 Innledning

Revolusjonen innenfor moderne medisin slik vi kjenner den i dag skjedde på 1800-1900 tallet og betegnes som gullalderen i medisins historie. I denne tidsepoken ble det gjort en mengde nye oppdagelser og oppfinnelser innen fagfeltet. Denne utviklingen medførte at legene i større grad kunne diagnostisere og behandle en rekke sykdommer som tidligere ikke lot seg helbrede. Forskning innen fagfeltet har siden den gang utviklet seg i et raskt tempo, slik at dagens helsevesen kan forstå, behandle og helbrede både kjente og mer ukjente tilstander.

Dagens helsevesen bærer preg på at vi lever i et høyteknologisk samfunn, hvor informasjon og kunnskap om symptomer, mulige diagnoser og behandling er lett tilgjengelig for alle på internett. Folk kan dermed søke informasjon om egne symptomer, eventuelle diagnoser og ulike behandlingsmetoder. Denne kunnskapen medfører til høye forventninger om helsehjelp og påvirker helsevesenet på mange områder.

Det er en høy andel av befolkningen som henvises til spesialisthelsetjenesten, samtidig som det er en for liten andel av befolkningen som utdanner seg innenfor medisin eller helsefaglige utdanninger. Helsetjenestene står dermed overfor store utfordringer i fremtiden. Allerede i dag er det for lange ventetider fra henvisning sendes til helsehjelpen starter opp og utviklingen vil medføre økt press på helsetjenesten i tiden fremover.

Økt etterspørsel og press har ført til at poliklinikkene stilles krav om at ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse i helsetjenestene må følges tett opp. Det er krav om å iverksette tiltak som understøttes i styringsdokumenter som sykehusene skal følge opp. Helsepolitiske mål er blant annet å unngå unødvendig ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse.

En bærekraftig helsetjeneste i fremtiden vil kreve organisatorisk planlegging og at vi utnytter teknologiske muligheter i størst mulig grad. Helsetjenestene kan gjennomføres ved at

pasientene mottar helsehjelp der de bor, og ved at vi sørger for å utnytte kompetanse best mulig på riktige oppgaver.

Psykisk helsevern er underlagt Helseforetakene, voksenpsykiatriske poliklinikker i Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset er begge underlagt Helse Nord og organisert inn under distriktpsikiatriske sentre.

Intensjonen med innføring av pakkeforløp var å løse dagens utfordringer innenfor helsehjelpen når det gjelder variasjon i ventetider, utrednings- og behandlingsforløp. Innføring av pakkeforløp skal medvirke til likeverdige tilbud til befolkningen uavhengig av hvor du bor.

Kapasitetsutnyttelse, variasjon i forløp, jobbe smartere, effektivisering og langsiktig planlegging er av den grunn velkjente begreper innen norsk helsevesen og voksenpsykiatriske poliklinikker. Det norske helsevesenet skal sikre gode helsetjenester til alle innbyggere som trenger det, tjenestene skal være av god kvalitet og utføres av kompetente fagfolk. Ledere har plikt til å følge med på ventetidsutvikling og variasjoner i pasientforløpene.

I perioden september 2020- juli 2021 ble det gjennomført en internrevisjon i Helse Nord som hadde som formål å søke bekreftelse om at helseforetakene hadde styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne. Resultatet viser at det er høyere gjennomsnittlig ventetid enn målkravet for tre av fire helseforetak og at ventetiden er økende. Det er avdekket stor variasjon i kapasitetsutnyttelse og faglig praksis. Resultatene av undersøkelsen inspirerte oss til å undersøke nærmere mulige forklaringer til dette.

Vi valgte å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse ved å intervju fire ledere på voksenpsykiatriske poliklinikker. Vi har i denne oppgaven valgt å begrense undersøkelsen til

å omhandle Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset med totalt fire poliklinikker, to poliklinikker ved Finnmarkssykehuset og to poliklinikker ved Helgelandssykehuset.

Bakgrunnen for at vi valgte nettopp disse to foretakene er fordi internrevisjonen konkluderte med at det var ulik praksis og at de er organisert på to ulike måter. Vår undersøkelse bygger på samfunnsvitenskapelige teorier, hvor vi forsøker å finne forklaringer til ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse som finnes ved disse fire voksenpsykiatriske poliklinikkene i Helse Nord.

For å finne ut hvorfor det er variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse, har vi i hovedsak benyttet oss av en forenklet organisasjonsmodell inspirert av Jacobsen og Thorsvik`s (2021) helhetlige modell, for å beskrive hvordan omgivelsene påvirker spesialisthelsetjenestenes virke og Torodd Strands sin PAIE (2010) modell for å beskrive lederens handlingsrom. Vi har i tillegg benyttet forskningsresultater fra Nyland og Pettersen (2018), for å understøtte og tydeliggjøre utfordringer som ledere opplever i forbindelse med styring i spesialisthelsetjenesten.

Problemstilling

Hvorfor er det variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse innen voksenpsykiatrisk poliklinikker, og hvordan følger leder opp mål om redusert ventetid og bedre kapasitetsutnyttelse?

Forskningsspørsmål:

Hva tenker ledere er mulige forklaringer på lange ventetider og variasjon i pasientforløpet?

2.0 Bakgrunn

Det kan være mange faktorer som påvirker kapasiteten i poliklinikkene og som påvirker hvor lenge pasientene må vente før helsehjelpen starter opp. Vi vil i dette kapittelet redegjøre for distrikts psykiatriske senteres oppgaver (2.1) og organisering av poliklinikkene ved Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset (2.2). Vi ønsker videre å redegjøre hva mål- og resultatstyring innebærer (2.3), og hvilke styringskrav som foreligger i foretakene (2.4). Videre vil vi avklare begrepene faglig forsvarlige helse og omsorgstjenester (2.5), kapasitetsutnyttelse (2.6), ventetid (2.7) og internrevisjonsrapporten fra 2021 inneholdt (2.8). Det er vår formening er at dette er relevant bakgrunnsinformasjon for å oss før vi går løs på undersøkelsen.

2.1 Distriktpsykiatriske senter og voksenpsykiatriske poliklinikker

Innenfor Helse Nord er det per i dag 14 DPS underlagt de fire sykehusforetakene i Helse Nord. Innenfor psykisk helsevern for voksne har de fleste DPS` er et tilbud innenfor poliklinikk, ambulante akutt team og døgnenheter. Polikliniske tilbud er det mest utbredte.

Helse Nord har utarbeidet en regional utviklingsplan¹ innenfor psykisk helsevern og TSB som er gjeldende for perioden 2016-2025. Det fremkommer i planen av helsetjenestene innen psykisk helsevern for voksne skal baseres på kjerneverdiene til helse nord som er kvalitet, trygghet og respekt. I planen fremkommer det at verdiene i dette tilfellet betyr at pasientene skal ha nytteeffekt av helsehjelpen, målt ut fra pasientopplevd og faglig kvalitet. For å levere på dette kreves det at det etableres systemer for å overvåke pasientsikkerhet og pasientskader innenfor området slik som det er i somatikken.

Utviklingsplanen beskriver sentrale elementer som skal ivaretas innenfor voksenpsykiatriske poliklinikker. Planen omhandler deriblant pasientsikkerhet, brukermedvirkning, helsetjenester til den samiske befolkningen og fremmedkulturell befolkning, barn som pårørende, digitale helsetjenester, kvalitetsindikatorer og samhandling.

¹ [Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016-2025 endelig vedtak.pdf \(helse-nord.no\)](#)

Når det gjelder organisatoriske forhold fremkommer det i planen at innenfor psykisk helsevern skal DPS fortsatt behandle hoveddelen av psykiske lidelser for voksne pasienter. DPS må etablere team for områdefunksjon eller fordele funksjoner mellom DPS for å sikre et likeverdig, helhetlig og tilstrekkelig spesialisert helsetilbud for pasientgruppen.

Utviklingsplanen beskriver også sentrale kompetansekrav innen DPS og voksenpsykiatriske poliklinikker. Ledelse skal sørge for at tjenesten har tilstrekkelig basiskompetanse for å utrede og behandle de vanligste psykiske lidelsene som er følgende tilstander; Moderat til alvorlig angst, tvangslidelser, moderat til alvorlig depresjon, psykoseutvikling og psykoselidelser, bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, ADHD, PTSD og andre alvorlige traumer, rus og avhengighetslidelser, alderspsykiatri. Alle DPS skal også ha et tilbud innen Akutt- og krisetjenester, tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), krise og katastrofepsykiatri. Ut over dette forutsettes det også følgende kompetanse; Vurdering av selvmord- og voldsrisiko, familie og pårørende arbeid, utredning og behandlings kompetanse av pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og recovery-baserte tilnærminger.

2.2 Organisering av voksenpsykiatriske poliklinikker i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset

Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset består av to lokalsykehus i henholdsvis Kirkenes og Hammerfest, samt et nærsykehus i Alta og Sàmi Klinihkka som ligger i Karasjok. SANKS, Samisk nasjonal kompetansetjeneste innen psykisk helsevern og rus ligger i Karasjok.

Frem til januar 2020 var psykisk helsevern og rus organisert i egen klinikk, som en samlet klinikk på tvers av de fire somatiske klinikkene. Administrasjonen var plassert i Alta. SANKS har fått i oppdrag og gi helsetjenester til hele den samiske befolkningen i Norge og Sápmi som inkluderer nord- Sverige og nord-Finland. Dette oppdraget fordrer spesiell kompetanse og ekstra ressurser. De har et Nasjonalt team og en forskningsavdeling. Dette medfører at de har et annet opptaksområde en de øvrige poliklinikkene i Finnmark.

SANKS har avsatt 2,5 stillinger for å bistå i arbeidet med Sannhets- og forsoningskommisjonen, som har fått i oppdrag av regjeringen og granske fornorskningss politikk og urett ovenfor samer, kvener og norskfinner og ledes av Dagfinn Høybråten. SANKS tilbyr krise- og støtteamtaler i forbindelse med dette arbeidet.

I januar 2020 ble klinikk psykisk helse og TSB omorganisert inn under de fire somatiske klinikkene i helseforetaket. DPS vest, som er avdelingene Alta og Hammerfest er organisert inn under hver sin klinikk, henholdsvis Klinikk Alta og Klinikk Hammerfest sykehus. DPS-Øst er organisert inn under Kirkenes sykehus og tidligere DPS-Midt inn under Såmi klinikk. Øverste leder for alle avdelingene er administrerende direktør i Finnmarkssykehuset.

DPS-Øst har to voksenpsykiatriske poliklinikker som ligger i Kirkenes og Tana. DPS-Vest har to voksenpsykiatriske poliklinikker, en i Hammerfest og en i Alta. DPS-midt/SANKS ligger i Karasjok og den voksenpsykiatriske poliklinikken er lokalisert der. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom de tre DPS` ene og Klinikk Alta har et koordinerende ansvar.

Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF består av tre lokalsykehus og tre distriktpsikiatriske senter henholdsvis i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana, i tillegg til disse sykehusene er det et distrikts medisinsk senter i Brønnøysund som også inneholder en voksenpsykiatrisk poliklinikk. Øverste leder for helseforetaket er administrerende direktør i Helgelandssykehuset.

Frem til 2020 var de tre DPS` ene organisatorisk underlagt hvert sitt lokalsykehus i samme ledelsesstruktur som somatikk. I 2020 ble det foretatt en omorganisering av DPS strukturen, der de tre DPS` ene ble underlagt egen klinikk, klinikk psykisk helse og TSB med enhetlig ledelse som ikke er tilknyttet somatikk på samme måte som tidligere. Øverste leder for alle DPS er klinikkssjef, øverste leder for de tre DPS` ene er områdesjef på hver lokalisasjon.

2.3 Mål- og resultatstyring

Mål- og resultatstyring (MRS) ble innført i Norge ved at regjeringen fattet vedtak i 1987 på bakgrunn av Haga-utvalgets innstilling om “Produktivitetsfremmende reformer i statens budsjettssystem”. Kontrollfokus var tidligere rettet mot om midlene som var tildelt, ble benyttet som Stortinget hadde bestemt, men ikke på prosessen og resultatene. Haga utvalget argumenterte for at en dreining i retning mål- og resultatstyring ville øke produktivitetspresset tilnærmet det som fantes i det private markedet (Veggeland, 2015).

MRS benyttes for å systematisk overvåke, rapportere og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten og er det overordnede styringsprinsippet i all offentlig virksomhet og virker i og mellom alle nivåer. Retning for helsetjenestene legges av Helse- og omsorgsdepartementet og Regionale Helseforetak. Retningen og mål for å innfri krav, formidles videre i form av oppdragsdokument til Helseforetakene. Fra helseforetakene formidles kravene og målene så videre til DPS` ene, avdelinger og enheter. Formålet med oppdragsdokumentet er å styre mot at politiske mål innfris ved å definere mål og tiltak for virksomhetene. Kvalitetsindikatorer er konkrete mål som forventes fulgt opp på alle nivåer. De mest sentrale indikatorene innen psykisk helse og rus som følges opp er ventetid, fristbrudd, epikrisetid og antall konsultasjoner.

2.4 Styringskrav til voksenpsykiatriske poliklinikker

Helseforetakene mottar årlig sentrale krav som skal gjennomføres i oppdragsdokument fra det Regionale Helseforetaket. I oppdragsdokumentet er det mange og mer detaljerte krav og krav fra tidligere år som forventes implementert. Vi har valgt ut krav som vi mener er relevante å belyse i vår oppgave.

I årets oppdragsdokument er det tre hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.

Foruten om hovedmålene skal poliklinikkene levere på følgende krav i oppdragsdokumentet i 2022:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager innenfor psykisk helsevern for voksne.
- Pasientene skal kunne medvirke i valg av behandling og hvordan denne gjennomføres. 80 % av behandlingsplanene skal være utarbeidet sammen med pasienter.
- Pakkeforløp innen psykisk helse og rus endres til å hete pasientforløp, og vil på sikt erstattes med nye løsninger.
- Aktiviteten innen Psykisk helse og rus skal sammenlignet med 2021 være høyere i 2022, både innen døgnbehandling og poliklinikk.
- Behandling skal evalueres, andelen skal være minimum 80 %
- Mins 70 % av epikrisene skal være sendt innen en dag.
- Det skal jobbes med planer for å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell
- Antall LIS-stillinger skal økes i 2022 sammenlignet med 2021
- 15% av polikliniske konsultasjoner gjennomføres digitalt.

Samtidig er krav i oppdragsdokumentene fra tidligere år fortsatt gjeldende

I oppdragsdokument fra Helse Nord til Finnmarkssykehuset² og Helgelandssykehuset³, utgitt i 2010, ble det til psykisk helsevern stilt krav om at aktiviteten skulle økes og måltallet for voksen psykiatrisk poliklinikk, ble da satt til 3 konsultasjoner per dag per behandler, innen 2011. Måltallene rapporteres inn kvartalsvis og regnes ut ved å dele antall konsultasjoner på antall stillingshjemler.

² <https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Arkiv/2010%20Oppdragsdokument%20Helse%20Finnmark.pdf>

³ <https://helse-nord.no/documents/oppdragsdokument/arkiv/2010%20oppdragsdokument%20helgelandssykehuset.pdf>

Utviklingen og mål innen psykisk helsevern for voksne har vært å forskyve ressursbruk ved å minske bruk av innleggelses til å benytte ambulante tjenester og poliklinikk. Dette målet er for å i størst mulig grad kunne tilby pasientene hjelp nærmest mulig der de bor⁴. Døgnopphold har siden 1998 blitt redusert med 54 %.

Regjeringens mål er å kunne gi helsehjelp til alle som har behov for det, når de trenger det. Poliklinikkene skal tilby et godt, rettferdig og likeverdig tilbud til pasientene, med de ressursene som er tilgjengelige krever dette tydelige prioriteringer. Et av samfunnsoppdragene som kan være med å påvirke prioriteringen av pasienter i nord, er å gjøre opp for tidligere forskjellsbehandling av den samiske befolkningen. Denne delen av befolkningen har vært utsatt for stor urett tidligere og et tiltak for å gjøre opp for dette, er å forfordele i dag som beskrevet i 2.2. Gode prioriteringer skal sikre en bærekraftig helsetjeneste og en offentlig finansiert helsetjeneste for alle som har behov for det⁵

2.5 Faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Ledelsen har et særskilt ansvar for å påse at tjenesten som drives er faglig forsvarlig. Krav til organisering av virksomheten innen helse- og omsorgstjenestene er konkretisert iblant annet lov om helsepersonell og spesialisthelsetjenesteloven.

I Helsepersonelloven §16 er det krav til organisering av virksomheter innen helse- og omsorgstjenester, konkretisert ved at tjenesten skal organiseres slik at *“helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”*. I praksis betyr dette at ledelsen må organisere tjenesten slik det er tilstrekkelige med personell, sikre at personell har nødvendig kompetanse og utstyr. Ansvar skal være tydelig fordelt og det skal foreligge nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer som skal være skriftlige og kjente.

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1>

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1>

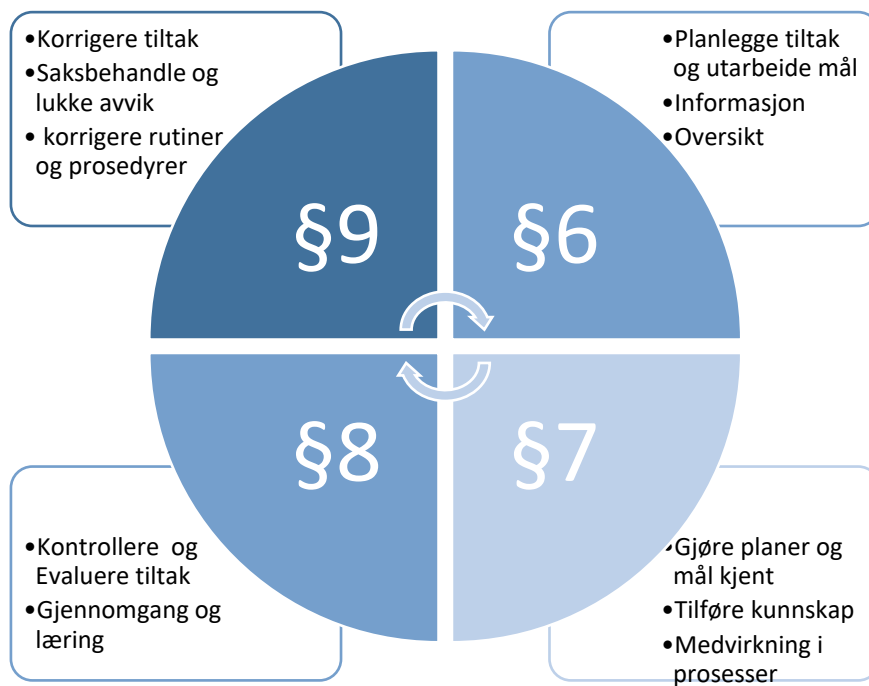
I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten⁶ tydeliggjøres også ledelsens plikter til å bidra til faglig og forsvarlige tjenester *“Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, “evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen “.*

Helsedirektoratet har utarbeidet veilederen *“Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten⁷“*. Formålet med veilederen er å sikre at ledelsen har et godt verktøy for systematisk ledelse og styring og for å sikre kontinuerlig evaluering og forbedringsarbeid i virksomheten. Ved å styre virksomheten innenfor Demingsirkel eller PDCA hjulet som står for Plan, Do, Check, Adjust, sikrer en at driften er i henhold til krav om ledelse og styring jfr. §§6-9.

Dette betyr i praksis at alle med et lederansvar har det øverste ansvar innenfor sitt område for å sikre systematisk styring. Helse Nord ønsker at ledelsen benytter PDCA sirkelen for å sikre kvalitet i tjenesten på alle nivå.

⁶ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>



Figur 1. PDCA hjulet, inspirert av kvalitetsleder i Helgelandssykehuset.

2.6 Kapasitetsutnyttelse

Internrevisjonen slår fast at ingen av foretakene som var revidert hadde en tilfredsstillende kapasitetsutnyttelse. Med kapasitetsutnyttelse tenker vi her på rutiner og organisering for å utnytte enhetens kapasitet, slik at det jobbes mest mulig effektivt og skapes et forsvarlig helsetilbud til de pasientene som har rett på behandling i enhetenes opptaksområde.

Det er på nasjonalt nivå igangsatt en rekke tiltak for å effektivisere og kvalitetssikre pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2016 de fire Regionale helseforetakene via oppdragsdokumentet i oppgave å etablere indikatorer for å måle kapasitetsutnyttelsen og effektivitet i spesialisthelsetjenesten. I versjon 1 av denne bestillingen fra HOD er: Redusere variasjon og etablerer indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet, leveranse av 01.06.2016 fra HOD. Indikatorene som ble anbefalt benyttet i styring og kontroll av kravene var ventetid, kapasitetsutnyttelse og effektivitet, variasjon i liggetid og andel dagbehandling. Nyland og Pettersen viser til en mulig utfordring i å fokusere på måling av produktivitet fremfor kvalitet. Kvaliteten av helsehjelpen er komplisert å måle, mens antall og tidsbruk, lettere lar seg måle. Når kraven til

helsetjenesten settes med prosentvis økning av produktiviteten og effektiviteten, uten at vi kan måle hvordan dette påvirker kvaliteten på helsetjenestene kan det føre til at pasientene på sikt får behov for re henvisning eller dårligere helse (Nyland og Pettersen, 2018).

2.7 Ventetid

Som tidligere nevnt i bakgrunns kapittel skal: *Gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.* Ventetid regnes ut fra den tidsperioden henvisningen sendes til PHR i spesialisthelsetjenesten til første konsultasjon da det registreres ventetid stopp. Ventetid er en av kvalitetsindikatorerne innen psykisk helsevern, og det er ledelsens ansvar å følge opp på ventetidsutviklingen gjennom virksomhetsportalen også kaldt HN-LIS. Indikatoren viser gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter, gjennomsnittlig ventetid avviklede og hvor mange pasienter som venter i øyeblikket. Indikatoren er godkjent av helsedirektoratet. Foretakene plikter å informere om ventetidsutvikling til styret i det enkelte helseforetak. Data på helseforetaksnivå publiseres hvert tertial på nettsiden www.helsenorge.no. Der kan pasientene gå inn og se hvor det er kortest ventetid på den tilstanden det søkes hjelp og å finne kontaktinformasjon. Internrevisjonen stadfester at det er stor variasjon i ventetiden innad i helse Nord ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene, Helgelandssykehuset var det eneste foretaket som på dette tidspunkt innfridde kravet om ventetid.

Prioriteringer og planlagt ventetid for pasientene før behandling starter opp, vurderes og begrunnes av spesialister som støtter seg til Pasient- og brukerrettighetslove og Forskrifter om prioritering av helsetjenester, som er det lovmessige grunnlaget for utarbeidelse av prioriteringsveileder for pasienter som blir henvist for behandling. Intensjonen er at de pasientene med størst behov for helsehjelp, skal få raskest hjelp. Veilederen er en beslutningsstøtte for de som skal gjøre vurdering om rett til helsehjelp og angir maksimumsfrist for de ulike tilstandene som er fra 2- til 26 uker. Fristen for oppstart av helsehjelp registreres i DIPS Arena under i vedtaksmodulen.

Internrevisjonen fastslo at ingen av foretakene hadde en planleggingshorisont på planlagte konsultasjoner i poliklinikkene mer enn to mnd. frem i tid (Internrevisjonen HN 05/2021). Ledere har ansvar å iverksette nødvendig tiltak i for å sikre at virksomheten blant annet skal planlegge virksomhetens aktivitet slik som beskrevet i kapittel 2.5. I oppdragsdokument 2021 ble det stilt krav om at helsetjenesten skulle øke planlagte episoder og at helsetjenestene skal ha en planleggingshorisont på minimum 6. mnd. frem i tid. Ett av tiltakene for å nå målet om bedre planleggingshorisont er å benytte assistert timebok, som omhandler at behandlere definerer time boken ved å merke av hvor det er ledig time for pasienter i DIPS Arena

2.8 Internrevisjon

Vi vil i vår avhandling ta utgangspunkt i rapport 05/2021⁸, internrevisjon som ble gjennomført i HN i perioden september 2020- juli 2021 i Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset.

“Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at helseforetakene har styring og kontroll med ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne”.

Resultatene bygger på data fra dokumenter og indikatorresultater, intervjuer, journalgjennomgang, dataanalyse og spørreundersøkelser. Funnene i internrevisjonen viser at det er stor og uberettiget variasjon i Helse Nord, konklusjonen var:

- for tre av fire foretak er gjennomsnittlig ventetid høyere enn måltallet på 40 dager og at det er en økende trend
- store variasjoner i kapasitetsutnyttelse og i faglig praksis
- tre av foretakene ikke hadde etablert tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen
- ingen av foretakene hadde en tilfredsstillende styring med kapasitetsutnyttelsen
- for ett av foretakene var ventetid avviklede og ventende pasienter kortere enn 40 dager

⁸ <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Internrevisjonen/Revisjonsrapporter/2021-05%20Ventetidsutvikling%20og%20kapasitetsutnyttelse%20innen%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%20i%20Helse%20Nord,%20Oppsummering.pdf>

De pekte på at de største svakhetene var at det ikke var gjennomført gode nok risikovurderinger og at lederoppfølgingen var noe mangelfull. De kom med individuelle og generelle anbefalinger til foretakene.

3.0 Teoretisk referanseramme

Vi er inspirert av den helhetlige modellen fra Jacobsen og Thorsvik for å illustrere hvordan omgivelsene påvirker driften av de voksenpsykiatriske poliklinikkene, og hvordan driften av poliklinikken påvirkes av interne forhold.

Omgivelsene er viktige å studere når vi ser på mulige forklaringer til variasjoner i ventetid og kapasitetsutnyttelse. Helseforetakene og voksenpsykiatriske poliklinikker er alle organisasjoner som har sitt virkeområde innenfor et begrenset område i samfunnet og er avhengige og påvirkes av markedet innenfor sitt virkeområde. Alle ressurser som arbeidskraft, økonomi, råvarer og pasient tilstrømming hentes fra omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik, 2021)

Omgivelsene kan deles inn i tekniske og institusjonelle omgivelser, da de de påvirker organisasjonen ulikt. Institusjonelle omgivelser viser til verdier, normer og forventninger i omgivelsene. Spesialisthelsetjenesten dermed utsatt for et sterkt institusjonelt press fra omgivelsene, da pasientene og andre viktige samarbeidspartnere har klare forventninger og krav som må innfris for å skape legitimitet. Forhold som påvirker organisasjonene direkte er tekniske omgivelser og kan grupperes i tre kategorier: Den første er forhold som har direkte betydning for organisasjonens ressurstilgang, dette er for eksempel økonomiske midler, kvalifisert arbeidskraft og nødvendig informasjon. Den andre er forhold som har direkte betydning for organisasjonens produksjon, herunder regnes teknologi som maskiner og kunnskap, og den tredje grupperingen som er forhold som har direkte betydning for organisasjonens resultater. Dette er for eksempel det som pasientene etterspør som utredning og behandling av spesifikke psykiske lidelser (Jacobsen og Thorsvik:2021).

For å kunne forstå hvordan organisasjonen fungerer, må vi som Thorsvik under sine forelesninger poengterte tydelig for oss, gå inn. Vi går derfor videre fra omgivelsene og inn i organisasjonen og undersøke den organisatoriske konteksten, som grovt deles inn i to hovedelementer: den formelle og uformelle.

Formelle trekk som for poliklinikken handler hvordan organisasjonsstrukturen er planlagt, der mål og krav fra oppdragsgiver og gjeldende lover og forskrifter, skal følges opp. Dette er formaliteter som setter noen formelle krav til poliklinikkens funksjon.

Organisasjonsstrukturen beskriver hvordan arbeidet er planlagt fordelt, ansvarsområder, beslutningsmyndighet og er vanligvis skriftlig nedfelt. Den formelle strukturen omtales ofte som organisasjonenes skjelett. Sykehus er et godt eksempel på et profesjonelt byråkrati, der beslutningsmyndighet i faglige spørsmål er delegert til den enkelte medarbeider, men i et hierarki der spesialisten har øverste ansvar for faglige beslutninger (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

Uformelle trekk i en organisasjon påvirker også på sin måte organisasjonens fungering, i form av at kulturen i enheten og ulike maktforhold i avdelingen spiller inn på alle prosesser innad. Ved å studere det kulturelle perspektivet oppnår vi dypere innsikt i hvordan organisasjonen egentlig fungerer, fordi vi da går inn og studerer handlingsmønster mellom ansatte, som preges av felles holdninger og meninger, som er utviklet over tid. Maktforhold hører også inn under uformelle trekk, da det i en organisasjon kan finnes ulike former for makt som er med på å forme organisasjonen, den kan være både åpen og skjult (Jacobsen og Thorsvik, 2021)

Modellen beskriver også hvordan pasienttilstrømming, pasientforløp og ferdig behandlede pasienter påvirker prosesser og organisasjonsadferd. Ledelse i poliklinikker handler om hvordan leder påvirker og styrer innenfor alle disse rammene. Det finnes mange definisjoner og teorier om ledelse, men det er stor enighet om at ledelse er en prosess, rettet mot å påvirke sine medarbeidere for å nå felles mål. Ledelse foregår i relasjoner og lederen er avhengig av at de som ledes, lar seg lede, ved å motivere til å yte mest mulig og skape trivsel på arbeidsplassen. Ledelse av ansatte med spesialisert og høy kompetanse, eller menneskelig kapital, fordrer at leder har tillitt til og delegerer handlefrihet og legger opp til selvledelse, for å kunne utnytte den enkeltes intellektuelle kapital best mulig (Jacobsen og Thorsvik, 2021). Vi har i tillegg valgt å benytte PAIE i 3,5 for å se nærmere på ledelsesfunksjonen.

Figur 2 er tegnet fritt etter inspirasjon fra Jakobsen og Thorsvik`s helhetlige modell (2021), som vi har benyttet for å illustrere forholdet mellom omgivelsene og poliklinikken, samt produksjon inne i poliklinikken, som er avhengig av ressurser for produksjon resultater. Vi vil komme tilbake til denne i vår drøfting for å se nærmere på disse prosessene i kapittel 6.



Figur 2: Hvordan poliklinikken påvirkes av omgivelser og interne forhold.

Vi vil i resten av kapitlet først redegjøre for produksjon av helsetjenester i voksenpsykiatriske poliklinikker (3.1). Deretter vil vi fokusere på markedet for polikliniske tjenester i voksenpsykiatrien (3.2). Så følger en beskrivelse av organisatoriske forhold (3.3). Videre vil vi nevne hvordan private aktører påvirker poliklinikken (3.4). I (3.5) skriver vi om lederens funksjon og deretter kort om hvordan organisasjonskultur påvirker drift, (3.6) og helt til slutt stordriftsfordeler (3.7).

Foruten denne modellen har vi valgt Torodd Strands PAIE-modell som en forståelse av viktige lederfunksjoner som fokuserer mer direkte på hvordan psykiatriske poliklinikker er

avhengig av utøvelse av ulike lederfunksjoner og lederroller. Som nevnt i innledningen har vi i tillegg valgt å benytte forskning fra Nyland og Pettersen, for å understøtte vår drøfting av disse utfordringene i kapittel 6.

Vi vil også kort presentere en helseøkonomisk modell for å forklare produksjon av helsetjenester i voksenpsykiatriske poliklinikker. Avslutningsvis skal vi diskutere begrepet stordriftsfordeler, og vurdere om størrelsen på klinikkene kan ha betydning for kostnader i drift og kvaliteten på det som tilbys av tjenester for pasientene, og dermed forklare variasjoner som ble pekt på i internrevisjonene rapport. Samlet tenker vi at teoriene og de ulike forståelsesrammene kan hjelpe oss med å søke svar på mulige forklaringer på variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse innenfor voksenpsykiatriske poliklinikker.

3.1. Produksjon av helsetjenester i voksenpsykiatrisk poliklinikk

Det er forskjell på produksjon av varer og tjenester. Psykiatriske poliklinikker er organisasjoner som produserer helsetjenester til befolkningen og er derfor en tjenesteleverandør. I en typisk tjenesteorganisasjon vil den sosiale relasjonen mellom produsent og konsument være viktig og vil kreve mer arbeidskraft siden tjenesten normalt konsumeres i et fysisk møte mellom pasient og helsearbeider, det vil si at tjenesten konsumeres samtidig som den produseres. Eksempler er, rettighetsvurdering, diagnostisk utredning og terapeutisk behandling som foregår i poliklinikker (Jacobsen og Thorsvik,2021).

I organisasjoner som produserer fysiske produkter som kan lagres og selges, vil det ikke nødvendigvis være behov for en relasjon mellom produsent og kunde. Digitalisering og informasjonsteknologi kan bidra med å viske ut det klare skillet mellom vare- og tjenesteproduksjon, siden teknologien gjør det mulig å utføre tjenester uten at eksempelvis behandleren fysisk møter pasienten for å gi behandling. De poliklinikkene vi har kjennskap til tilbyr per i dag ikke digitale tjenester, der produksjonen gjøres tilgjengelig på digitale flater og kan konsumeres når pasienten ønsker det, eksempelvis selvhjelpskurs eller

psykoedukasjon som nærmest ville kunne forstås som “vareproduksjon” (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

Poliklinikkene bemannes av mennesker med ulik fagkompetanse, som samhandler og er gjensidig avhengige av hverandre for å dekke organisasjonens krav til oppgaveløsning. For å nå mål om lavest mulig ventetid og for å unngå stor variasjon i pasientforløpene er organisasjonens sammensetning og hvordan de ulike enhetene og personene evner å samspille er viktig. I poliklinikkene vil effektivisering være å se nærmere på ressursutnyttelse ut fra om oppgavene løses på best mulig måte, med kvalitet og med minst mulig bruk av ressurser. (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

Poliklinikkene er avhengige av legitimitet og at de oppfattes som nyttig. Fornøyde pasienter gir god legitimitet og omtale av tjenesten og vil medføre til at pasientene velger å komme tilbake hvis det er behov for det, istedenfor å velge andre behandlingsalternativer (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

Den viktigste produksjonsfaktoren i voksenpsykiatriske poliklinikker er tilgang på ansatte med riktig kompetanse for å drifte forsvarlig og effektivt. Antall stillingshjemler er beregnet ut fra antall pasienter i målgruppen som bor i klinikkens opptaksområde. Ved liten tilgang på kompetent personell vil dette påvirke produksjonen og kvaliteten på helsetjenestene negativt. Rekruttering og stabilisering er derfor en hovedoppgave for ledere nærmest drift. Det er pålagt med spesialistinvolvering i alle deler av pasientforløpene og det finnes ulike måter å kvalitetssikre dette på (Olsen, 2019)



Figur 3: Produksjon/etterspørsel, Inspirert av modell i Helseøkonomi, (Olsen, 2019).

Produksjonsfaktorer innenfor voksenpsykiatriske poliklinikker er arbeidskraft, kapital som er utstyr og lokale, og pasienttilstrømming. Selve produksjonsprosessen foregår inne i den “store boksen” som i dette tilfellet er poliklinikken og bidrar til ferdig behandlede pasienter (Olsen, 2019). I oppdragsdokumentet 2010 fra Helse Nord, ble kravet til produksjon i voksenpsykiatriske poliklinikker satt til tre inntekts berettigede konsultasjoner per dag, eller 660 konsultasjoner per år for en ansatt i 100% stilling. Nyland og Pettersen peker på svakheter ved å fokusere på effektivitet i ressursbruken, da antallet gjennomførte konsultasjoner ikke sier noe om effekten, eller helsegevinsten, men kun om antallet pasienter og ressursen, (antall konsultasjoner), som benyttes, før pasientene er ferdigbehandlet (Nyland og Pettersen, 2018).

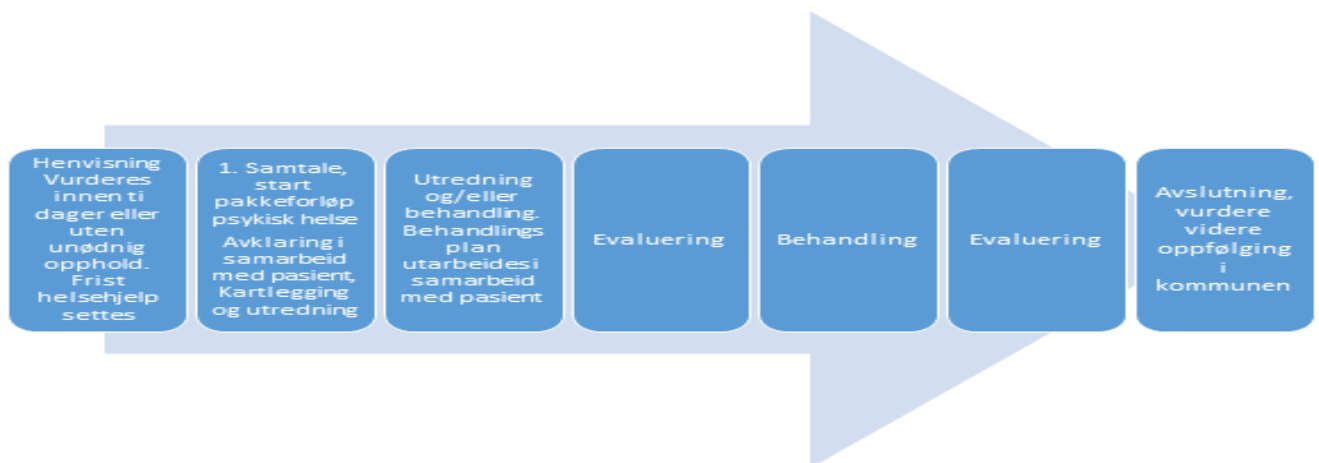
Generelt er ansatte den innsatsfaktoren som utgjør størst andel av driftskostnadene i helsevesenet, og utgjør 70 % av de totale kostnadene. Foruten personell og lokaler er typiske driftskostnader i en voksenpsykiatrisk poliklinikk utgifter til lisenser for tester, sertifiseringer, kursing, utdanning og vedlikehold av kompetanse hos ansatte. Innen psykiske helse er det ikke stort behov for medisinteknisk utstyr, da de ansattes formelle og kliniske kompetanse er den viktigste innsatsfaktoren (Olsen 2019).

Det skilles mellom faste og variable innsatsfaktorer. De faste innsatsfaktorene i en poliklinikk er lokaler og IKT-utstyr. Disse innsatsfaktorene er “låst” og anskaffet og varierer ikke med

produsert mengde. De variable innsatsfaktorene er for eksempel antall stillingshjemler, ledige timer for konsultasjoner og varierer med ansattes arbeidskapasitet og kompetanse (Nyland og Pettersen, 2018).

Voksenpsykiatriske poliklinikkens hoved aktivitet er rettighetsprioritering, utredning, diagnostisering og tilpasset behandling før utskrivelse til hjem eller førstelinjen. Foruten dette er utdanning av helsepersonell og veiledning til førstelinjen også pålagte oppgaver. Det som produseres, er altså ferdig behandlede pasienter, spesialisert kompetanse og støtte til førstelinjen.

Pasientforløp og aktivitet i voksenpsykiatrisk poliklinikk:



Figur 4. Tegnet fritt for å illustrere pasientforløpet i poliklinikkene fra henvisning mottas til avslutning og epikrise utarbeides.

Figur 4 er en svært forenklet beskrivelse av selve produksjonen av helsetjenester som foregår i poliklinikkene. I den første boksen må det være en spesialist som godkjenner vurderingen av henvisning innen 10 dager. Prioriteringer innen voksenpsykiatriske poliklinikker gjennomføres i henhold til prioriteringsveileder som er utarbeidet av helsedirektoratet. Dette skal sikre at pasientene får samme vurdering og tilbud uavhengig av bosted⁹. Det utarbeides vedtak på rettighetsvurderingen og brev går ut til henvisende instans og pasient. Forløpet registreres og kodes som utredning, eller behandling av avklart tilstand. Vanligste kode for avvisninger er ikke medisinsk indisert. I den andre boksen starter forløpet opp. Pasienten har

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>

nå fått møte en behandler og det skal informeres om rammer for utredning eller behandling. Den tredje boksen markerer basis utredning som skal foregå innen seks konsultasjoner. Her må det være en spesialist som involveres for å konkludere diagnostisk og må registreres som ansvarlig for diagnosen. Det skal registreres minst en kode for tjenestebehov når utredning er ferdig. Hvis det ikke foreligger tilstrekkelig utredning, utvides tiden for utredning med seks nye uker og kodes. Boks fire omhandler evaluering og eventuell endring i behandlingsforløp som skal drøftes med spesialist. I den siste boksen som omhandler avslutning skal epikriser gjennomgå og godkjennes av spesialist. Epikrisen ferdigstilles og sendes pasient og henvisende instans innen en dag. Forløpet registreres med avslutningskode.

3.2 Markedet

Det vil alltid være knyttet usikkerhet i markedet for hvordan eksempelvis leverandører og samarbeidspartnere vil følge opp og levere etter avtaler. Ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk vil det for eksempel være en viss usikkerhet på hvor mange pasienter som henvises, selv om man statistisk sett har en formening om hva som kan forventes. Det utarbeides måltall for produksjon i enhetene. Nyland og Pettersen peker på et potensielt konfliktområde som er kravene om produktivitet og kvalitet. Når det bestemmes i toppledelsen at de voksenpsykiatriske poliklinikkene skal øke antallet pasientkonsultasjoner og setter det som målekriterier, blir det viktig først å vurdere om enheten har de nødvendige ressursene til å gjennomføre dette. Det er vanskelig å måle kvaliteten, mens kvantitet finnes registrert i poliklinikkene (Nyland og Pettersen,2018).

I tilfeller med økt etterspørsel vil det kunne oppstå asymmetri i forholdet mellom samfunnets behov for helsehjelp og poliklinikkens kapasitet til å hjelpe. Dette understøtte av forskning gjort av Nyland og Pettersen som poengterer at ledere i helseforetak har et ansvar for å ta vare på og utvikle samarbeid med omgivelsene, da endringer utenfor organisasjonen vil påvirke interne forhold (Nyland & Pettersen,2018).

Andre forhold som kan skape usikkerhet i markedet er samfunnskriser som eksempelvis nedleggelse og tap av arbeidsplasser lokalt, som kan gi økt etterspørsel på helsetjenester innen voksenpsykiatri. Globale kriser vil også kunne påvirke i den forstand at det kommer

flykninger som vil ha behov for helsetjenester som for eksempel behandling av traumer. Nasjonale kriser kan være ustabilitet i fastlegeordningen, som medfører økte henvisninger. Dette kan forstås ved at fastlegen ikke kjenner pasienten over tid og dermed finner de det utfordrende å romme økt symptomtrykk hos pasienten i perioder, som dermed kan medføre til lavere terskel for å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten (Jacobsen og Thorsvik,2021).

I boken fremtidens helsetjenester beskrives morgendagens utfordringer med at vi i større grad står overfor sykdommer som ikke så lett lar seg kurrere, det kan være mer kroniske tilstander innenfor psykiske lidelser som vil kreve en endring i hva omgivelsene kan forvente av helbredelse og hvordan helsevesenet bør organiseres. Kronikere vil antageligvis ha størst behov for helsetjenester i fremtiden. (Melberg og Kjekshus,2012). Som beskrevet i bakgrunns kapittel er det en dreining fra døgnplasser til oppfølging i poliklinikker. En slik dreining medfører til at vi i dag har flere alvorlig psykisk syke som mottar poliklinisk oppfølging.

Det er kjent at pasienttilstrømming er økende i voksenpsykiatriske poliklinikker. Ledelsen på alle nivåer kan følge med på utviklingen av antall henvisninger gjennom virksomhetsportalen som er et av styringsverktøyene til foretakene. Det er utfordrende å forutse fremtidens pasienttilstrømming, siden det er flere faktorer som spiller inn. En rekke samfunnsmessige trender som eksempelvis økt krav til formell kompetanse generelt i yrkeslivet, åpenhet om psykiske lidelser, globalisering og flere spesialiserte behandlingstilbud som pasienter etterspør. Disse faktorene vil kunne øke etterspørselen etter spesialiserte tjenester ved allmennpsykiatriske poliklinikker. Helsetjenesten tilpasser seg ved at vi prioriterer annerledes, forventninger og oppfatninger endres i takt med utviklingen og systemet tilpasser seg (Melberg og Kjekshus,2012)

3.3 organisering

Det vil være mange varianter av hvordan poliklinikkene er organisert, oppgaver og størrelse på virksomhetene vil være avgjørende for valg og muligheter for organisasjonsstruktur. Den formelle organisasjonsstrukturen er ofte nedfelt i et organisasjonskart. Begrepet organisasjonsstruktur beskriver hvordan organisasjonen er delt opp og hvilke ansvarsområder

den enkelte innehar i forhold til koordinering, kontroll og styring, som er vedtatt i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik,2021).

Organiseringen av poliklinikkene er viktig siden de er bevisst satt sammen for å løse spesialisthelsetjenestens oppgaver og realisere mål som omfattes blant annet i Lov om spesialisthelsetjenester¹⁰, Lov om psykisk helsevern¹¹ og Prioriteringsveileder for psykisk helsevern voksen.

For at poliklinikkene skal kunne klare å løse oppgavene som ligger til enheten, må kjernen i organisasjonen bestå av mennesker med ulike kvalifikasjoner som samhandler for å løse oppgavene. Når vi skal studere mulige forklaringer til ventetid og variasjon i forløpene, må vi skape en innsikt i den grunnleggende sosiale og menneskelige karakteren ved enheten, for nærmere kunne forstå bakgrunnen for lang ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. (Jacobsen og Thorsvik,2021).

3.4 Hvordan private aktører påvirker poliklinikkene

Før private aktører kontaktes, skal helseforetaket forsøke å innfri frist om helsehjelp innen eget foretak. Hvis helseforetaket ikke har ledig kapasitet ved andre poliklinikker, skal truende fristbrudd som meldes HELFO. Oppgaven til HELFO er da å finne behandlingsted, enten innen det offentlige eller hos private aktører. Omkostningene for reise og behandling av pasienter som mottar helsehjelp ved en annen lokalisasjon, belastes da enheten der fristbrudd oppsto ¹².

For å opprettholde forsvarlig drift er alle voksenpsykiatriske poliklinikker avhengig av å ha riktig kompetanse og nok ressurser tilgjengelig. Ved vakante stillinger og utfordringer med

¹⁰ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

¹¹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=lov%20om%20psykisk%20helsevern>

¹² <https://www.helfo.no/fristbrudd/fristbruddordningen-generell-informasjon>

rekruttering er løsningen å leie inn fra private byråer. Dette foregår gjennom Sykehusinnkjøp, som er foretakenes felles selskap, der de fire foretakene eier 25 % hver. Sykehusinnkjøp ivaretar/forvalter nasjonale rammeavtale for å leie inn helsepersonellvikarer. Det medfører konsekvenser om reglene for å leie inn og inngåtte avtaler brytes, både av enhetsleder og vikar. Byråene som leverer spesialister, er rangert etter hvem som skal velges først. Det er vanligvis leder nærmest drift som spesifiserer oppdraget, som skal inneholde informasjon om spesialitet, varighet på oppdraget, krav til spesialkompetanse og frist for byråene å svare på bestillingen. Når fristen er gått og enhetsleder har mottatt svar fra de ulike byråene, må det gis tilbakemelding til alle byråene som står på listen der det opplyses om hvilket byrå som har løst oppdraget, etter rangering, innen fristen. Det er ikke alltid at det byrået som er rangert høyest, er det som har den “riktige” kandidaten for å løse oppdraget, derfor er det viktig at enhetsleder benytter tid på å spisse oppdraget, slik at riktig kompetanse hentes inn¹³.

3.5 Lederens funksjon i voksenpsykiatriske poliklinikker.

Det finnes mange ulike ledelses teorier og strategier, men ingen bestemt måte å lede på. Torodd Strand beskriver ledelse som en samling kunnskapsbrokker fra mange felter og at det er mer et interessefelt enn et eget fag. Strand er opptatt av at ledelse får mening og virkning avhengig av konteksten den inngår i og at det i utøvelsen av ledelse ikke er uvanlig å forholde seg til usikkerhet, interessekonflikter og stadige utfordringer (Strand,2010).

Strand presenterer PAIE modellen som en skjematisk modell for å forklare nødvendige kvaliteter, funksjoner og typisk atferd ved de ulike lederfunksjonene en leder har. Ledelse foregår i ulike kontekster innenfor samme organisasjon og i de ulike hovedkategoriene av organisasjoner er rollene ulikt vektlagt (Strand,2010).

Fellestrekk ved lederrollen er å ha oversikt og sørge for at de viktigste funksjonene for organisasjonen blir utført for å nå bestemte mål. Strand påpeker at ledere er organisasjonsmedlemmer som må ha egenskaper til å påvirke sine medarbeideres atferd. Ledere holdes ansvarlig for hva som skjer i organisasjonen og må ha tillit og mandat for å

¹³ www.sykehusinnkjop.no.

handle på vegne av organisasjonen. Lederrollen er en sentral og synlig rolle i organisasjoner, den preges av stadig skifte av fokus, tempo, avbrudd og sterk sosial intensitet. Utøvelse av ledelse er en kompleks aktivitet (Strand,2010).

Vi har valgt å benytte PAIE modellen, for å systematisere og tydeliggjøre hvordan lederstrategier påvirker viktige og ulike lederfunksjoner. Vi har tegnet modellen etter inspirasjon fra Torodd Stand.



Figur 5: Lederfunksjoner i poliklinikk.

Torodd Strands PAIE-modell, er inspirert av PAIE-termene til Isac Adizes, og omhandler fire typiske lederfunksjoner; produsent(P), administrator(A), integrator(I) og entreprenør(E). Hvilken rolle som er mest fremtredende er avhengig av organisasjonsform, kontekst og personlige preferanser, samt personlige egenskaper ved lederen. (Strand, 2010).

Hovedatferden for de ulike funksjonene beskrives ved spesifikk atferd tilknyttet lederfunksjonene. Produsenten er pådriver for å nå oppsatte mål og resultater.

Administratoren sørger for at regler og systemer etterfølges og fungerer. Integratoren har fokus på å støtte, motivere og utvikle sine medarbeidere, samt skape felles forståelse og styrke sine medarbeideres tilknytning til organisasjonen. Entreprenøren forholder seg aktivt til omgivelsene utenfor organisasjonen, for å utnytte muligheter og avverge trusler (Strand,2010).

Disse fire funksjonene er viktige lederfunksjoner, men konteksten avgjør hvilken funksjon og roller, som er fremtredende. Samlet bidrar disse rollene til overlevelse for poliklinikken. Alle lederfunksjonene er viktig for å kunne tilpasse seg interne og eksterne skiftende krav til produksjon og utvikling. Produsentrollen er ofte den mest fremtredende funksjonen for ledere nærmest drift i poliklinikkene (Strand,2010).

3.6 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur kjennetegnes ved at ansatte i samme organisasjon har felles verdigrunnlag, meninger og symboler, som påvirker fellesskapet og organisasjonens fungering. Kultur innad i organisasjonen omhandler uskrevne regler og hvilken atferd som aksepteres i organisasjonen og hva som anses som riktig og god atferd (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

Kulturens styrke i organisasjonen kan måles ut fra to dimensjoner. Det ene handler om hvor stor grad av omslutning meningene og verdiene har blant de ansatte som definerer organisasjonskulturen. Det andre handler om hvordan brudd på verdier og normer vil bli straffet eller føre til sanksjoner. Kulturens styrke vil være svært sterk hvis begge av disse to dimensjonene er til stede i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik,2021).

Når man observerer hvordan poliklinikkene fungerer, tenkes det at både struktur og kultur er gjensidig prosesser som påvirker organisasjonen og de ansattes atferd. Det er vanskelig å definere hva som påvirker organisasjoner mest, man må i slike tilfeller se på den situasjonen

eller analysere nærmere hvordan struktur som beskrevet i kapittel 3.3 eller kultur påvirker organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik,2021).

3.7 Stordriftsfordeler

Helse Nord består av fire helseforetak, der det er flere sykehus underlagt de enkelte foretakene. Organisatorisk er det både økonomisk og faglig utfordrende å drifte flere små sykehus i hvert foretak. Utfordringene går hovedsakelig ut på at helseforetakene har de samme kravene om å levere gode helsetjenester til befolkningen, uavhengig av størrelse på foretaket, befolkningstetthet og økonomi (Thorsvik,2021).

Politisk er det et ønske om å slå sammen flere foretak, slik at foretakene kan ivareta større deler av samfunnsoppdraget i et tettere samarbeid. Det har vært og er fremdeles politiske føringer om sammenslåing av mindre kommuner og små sykehus. Effekten av sammenslåing vil kunne gi stordriftsfordeler med tanke om å samarbeide om samfunnsoppdraget (Thorsvik, 2021).

Stordriftsmodellene som kan tenkes å være innenfor drift av voksenpsykiatriske poliklinikker, kan ifølge økonomisk teori komme fra forskjellige kilder. For det første, ved store enheter er det ikke utenkelig at en evner å utnytte faste installasjoner (bygg og utstyr) mer effektivt enn ved mindre enheter, da blir det flere pasienter å dele de faste kostnadene på. Videre er det ikke utenkelig at også bemanningsressursene kan utnyttes mer effektivt ved de større enhetene sammenliknet med de mindre enhetene, ved at det blir mindre “luft” mellom pasientene.

I tillegg til disse kildene til stordriftsfordeler, er det også rimelig å tenke seg at de største poliklinikkene nok kan velge en mer spesialisering i bemanning på grunn av større pasienttilstrømning, noe som gjør at pasientforløpene kan gå raskere fordi pasientene møter mer spesialisert kompetanse. Et annet moment er at kvaliteten på behandlingen også kan bli bedre, når enheten er større, fordi pasientene møter fagfolk som er mer spesialisert på den psykiske tilstanden som pasientene kommer med. Forhold som trekker i motsatt retning, og

som gjør at det kan være fordelaktig med mindre klinikker, kan være at pasientene ikke trenger å påta seg store reisekostnader, pasientene og helsepersonell har større nærhet til hverandre, noe som skaper trygghet i utredning og behandling (Olsen,2019)

Vi har gjennom dette kapitlet beskrevet ulike teoretiske referanser som vi studerer for å søke etter mulige forklaringer til variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse innenfor voksenpsykiatriske poliklinikker. Figur 3 som omhandler produksjon og etterspørsel, er en tydeligere redegjørelse for hvordan omgivelser i den helhetlige modellen (figur 1) påvirker poliklinikken. Hvis pasienttilstrømmingen er større enn kapasiteten vil organisasjonen kunne bryte sammen. Resultatet kan i så måte være at poliklinikkene må sette inntaksstopp.

Det samme gjelder Figur 4 pasientforløp, denne figuren beskriver hva som foregår i poliklinikken i figur 3. og kan igjen sees i helhetlige modell Figur 1, organisasjonsadferd, formelle og uformelle trekk i poliklinikken. Hvis poliklinikken for eksempel ikke er organisatorisk riktig satt sammen eller mangler ansatte med formell og nødvendig kompetanse vil en kunne få problemer med å utføre nødvendige utredning og behandling. Resultatet vil da kunne føre til lange forløp og lengre ventetid, siden vi ikke får avsluttet pasienter og gitt rom for nye. Fristbrudd er en konsekvens av at poliklinikken ikke får til maksimal forventet kapasitetsutnyttelse innad, men det kan også være at forklaringen er at det mangler ressurser til å utføre oppgaver som er delegert til den voksenpsykiatriske poliklinikken. PAIE modellen studeres også for å søke etter mulige lederegenskaper på hvordan ledere påvirker variasjon i kapasitet og forløp. I vår studie vil lederrollene sees igjen i den helhetlige modellen i Figur 1. under ledelse.

4.0 Metode

Internrevisjonen slår fast at der er variasjon i kapasitetsutnyttelse. Det er ulik faglig praksis og gjennomsnittlig ventetid har vært høyere enn måltallet, men internrevisjonen sier ikke noe utdypende om årsakene til dette.

Resultatet etter internrevisjonen viser størst avvik mellom to av de fire foretakene som var med i revisjonen. På grunnlag av dette mener vi at det kunne være interessant å velge informanter som sto lengst fra hverandre resultatmessig. Vi ønsker med dette å kunne få ta del i de erfaringer som disse informantene har og på denne måten søke å lære av de ulike foretakene.

Kvantitativ metode tar sikte på å innhente data i form av tall, mens kvalitativ metode baseres på innhenting og registrering av tekster, lyd og bilde. Kvantitative data kalles harde data, da de er presise og gir mindre rom for tolkning. Kvalitative data betegnes ofte som myke data og gir innblikk i andres opplevelse og forståelse av fenomener. Enkelt kan vi si at kvantitative data er tallenes tale, mens kvalitative er tekstens tale (Johannessen, Christoffersen og Tuft, 2020). Internrevisjonen bygger på både kvantitative og kvalitative data.

I dette kapittelet vil vi først gjøre rede for vårt valg av metode (4.1). Deretter diskuterer vi i avsnitt 4.2 forskningsdesignet vårt, for så å redegjøre for fremgangsmåten vi valgte (4.3). I kapitlets siste to avsnitt diskuterer vi henholdsvis etiske sider ved undersøkelsen vår (4.4) og validitet og reliabilitet ved våre data (4.5).

4.1 Valg av metode

Vårt valg av informanter er gjort fordi vi mener at ledernivå nærmest drift, kjenner best til hva som kan være plausible forklaringer på resultatene som fremkom i internrevisjonen.

Utforming av spørsmål til intervjuguiden er gjort ved å se nærmere på internrevisjon sammenholdt med den teoretiske modellen om hvordan omgivelsene påvirker organisasjoner

fra Jacobsen og Torsvik presentert i kapittel 3. Intervju ble et naturlig metodevalg, siden vi ønsker dybdeinformasjon om de faktorene som lå bak resultatene i revisjonen.

Vår problemstilling fordrer en kvalitativ metode, da vi ønsker å undersøke hvordan andre ledere tenker omkring fenomenene og årsaker til disse. Det finnes mye kvantitativ data som beskriver måloppnåelse, forskjeller mellom enheter og kapasitetsutnyttelse, og en kombinasjon mellom kvantitativ-, og kvalitativ data vil best forklare årsakssammenhenger. Vi ønsker her å fokusere på ledere nærmest drift og deres subjektive tanker og erfaring med ventetid og kapasitetsutnyttelse og har derfor benyttet kvalitativt intervju.

4.2 Forskningsdesign

Vårt enkle forskningsdesign er påvirket av at dette er en praktisk studentoppgave som skal gjøres innenfor et halvår. Likevel har vi gjennom dette halvåret forsøkt å tilstrebe ryddighet i undersøkelsen, gjennom å være tydelig på et forskningsdesign. Vi skal gjennom prosjektet skaffe oss erfaring med å planlegge, gjennomføre og presentere et vitenskapelig prosjekt, som en del av masterstudiet. Som ledere i spesialisthelsetjenesten har vi hektiske arbeidshverdager som begrenser vår kapasitet til gjennomføring og derfor var det viktig for oss å avgrense undersøkelsen, slik at det ble gjennomførbart, innenfor de rammene vi hadde disponibelt.

Vi startet med å utforme en konkret og avgrenset problemstilling, som både er relevant for vår arbeidshverdag og motiverende å undersøke nærmere. Vi har valgt kvalitativ metode, samt innhenting av relevant kvantitativ data og litteraturstudie. Vårt mål er altså ikke å få fram absolutte sannheter, men essensen i noen utvalgte ledes erfaringer knyttet til vår problemstilling. Målet vårt er å gi en så nøyaktig som mulig beskrivelse av ledernes erfaringer, tanker og forståelse av omkring fenomenene.

Forskningsdesign omhandler alle valg vi har tatt for å gjennomføre undersøkelsen, metode og verktøy. Vårt valg ble derfor et fenomenologisk forskningsdesign, der vi forsøker å forstå litt

mer av hvorfor det er så store variasjoner på enhetene i psykisk helsevern som det som beskrives i internrevisjonens rapport, og det ble dermed viktig for oss å få ledere som til daglig står ansvarlig for driften i tale gjennom intervjuer. I kvalitative studier er det ikke mengden informanter som er avgjørende, men å velge de riktige informantene, som innehar mye og relevant informasjon om fenomenene som ønskes undersøkt (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2020).

Vårt utvalg av informanter er fire ledere, som ved gjennomføring av internrevisjonen, utførte ledelse på samme nivå, nærmest klinisk drift. Vi har som nevnt valgt ut informanter kun fra helseforetak i HN. Vi har tilnærmet lik ledererfaring som informantene, og dette vil være med på lettere å kunne spisse intervjuene og bearbeide informasjonen. Utfordringen kan være at vår forforståelse for hva som kan være forklaring på noen av resultatene i internrevisjonen kan ha preget både spørsmålstillingen og vår analyse av den informasjonen vi har fått gjennom intervjuene. Vi har imidlertid vært oss dette bevisst, og forsøkt å møte informantene med en åpen og nysgjerrig holdning, samtidig som vi i analysen av data har forsøkt å ta den informasjonen vi har fått på alvor, uten å la vår forforståelse prege tolkningen av informasjonen. Det ble for eksempel viktig for oss ikke å lete etter bekreftelser, men etter informantenes egne opplevelser og erfaringer i driften av enhetene.

4.3 Gjennomføring av undersøkelsen

Behovet for nødvendige godkjenninger for ivaretagelse av personvern, er avklart med veileder og vi har søkt Norsk senter for forskningsdata, NSD, om godkjenning for innsamling av data fra våre informanter. NSD har godkjent prosjektet i sin helhet (se vedlegg 1: informasjonsbrev til informantene og vedlegg 2: Godkjenning fra NSD).

Vi valgte å gjennomføre en pilot der en tidligere leder i en av poliklinikkene som har deltatt i internrevisjonen ble intervjuet. I etterkant av piloten så vi at vi klarte å gjennomføre intervjuet innenfor planlagt tidsbruk, og at spørsmålene vi stilte var relevantefor å kunne gi svar på hva ledere tror er årsak til ventetid og variasjon i forløp. Vi gjorde ingen endringer på intervjuguide etter gjennomført pilot.

Vi sendte ut forespørsel om deltagelse i undersøkelsen via epost, med informasjon om bakgrunn og informasjon om tema. Informantene ble forespurt om å sette av 45 minutter til gjennomføring av intervjuet og kunne selv velge en tid som passet etter tilsendt oversikt på tilgjengelige tider. Vi fikk positive svar fra alle fire, som vi hadde ønsket å ha med i undersøkelsen.

Informantene ble bedt om å gi muntlig samtykke til at vi gjorde lydopptak av intervjuene og de ble tilbudt å lese egne ferdig transskribert informasjon. De ville dermed få muligheten til å komme med endringer, dersom informasjonen de gav under intervjuet ikke kom riktig frem, eller vurderes som mangelfull. Denne kvalitetssikringen av data kan være med på å eliminere feiltolkninger fra vår side, samt at det gir informanten rom for å gi utfyllende informasjon.

Informantene har kunnet trekke seg ut av prosjektet underveis og få egen informasjon slettet, uten begrunnelse. De er blitt forsikret om at all informasjon vil bli oppbevart sikkert, ikke delt med andre og at alle notater som kan knyttes til informantene vil bli slettet og makulert ved innlevering av masteroppgaven.

Intervjuene ble gjennomført på Teams med alle fire ledere, på grunn av store avstander, økonomi og ønske om lik gjennomføring. Det var viktig for oss å gjennomføre likt for å eliminere ulikheter mellom respondentenes situasjon i intervjuet. Vi deltok begge i alle fire intervjuene, men delte rollene slik at den ene gjennomførte spørreskjema, mens den andre satt som tilhører. Informantene ble intervjuet av den av oss som ikke er ansatt i samme foretak, for å lettere kunne være undrende og nysgjerrig.

De avtalte intervjuene ble gjennomført som planlagt, men to av informantene måtte endre på tiden for gjennomføring. Den ene på grunn av Covid-sykdom og den andre på grunn av utfordring med tid. Vi fikk tatt opp lyd på diktafon som planlagt, og i etterkant transkriberte vi intervjuene i sin helhet.

Transkriberte intervju ble sendt ut som lovet til informantene, og vi mottok korrigerende og utfyllende informasjon fra den ene informanten. Vi fikk også forespørsel om å slette informasjon, noe vi etterkom, da det ikke var relevante data for å belyse undersøkelsen vår.

I vårt arbeid med systematisk kategorisering av empiri, leste vi grundig gjennom alle intervjuene i sin helhet. Vi benyttet tid til å avklare og sorterte teksten i fem meningsbærende kategorier, som vi senere reduserte til fire. Vi valgte ulike farger i de transkriberte intervjuene for å finne tekst og sitater som tilhørte hver kategori. Disse kategoriene er:

- Variasjon i forløp, pakkeforløp og kapasitet
- Hvordan omgivelsene påvirker kapasiteten i poliklinikkene
- Hvordan følger ledere opp krav i ventetid og kapasitetsutnyttelse. Lederstrategi og lederadferd
- Organisering

Vi benytte en farge for hver meningsbærer ved koding, men opplevde at samme transskriberte informasjon/svar på et spørsmål, kunne kodes med ulike koder. Under intervjuet erfarte vi at informantene ikke sjeldent, gav informasjon som besvarte både neste spørsmål og senere planlagte spørsmål i intervjuguiden. Informantene var ulike, der noen svarte kort, var andre svært utfyllende med informasjon. Etter videre grundig sortering av empiri etter sentrale tema og avklaringer oss imellom om informasjonen var relevant for å besvare vår problemstilling, satt vi igjen med det vi har tolket som relevant for å besvare vårt forskerspørsmål.

Neste trinn før vår presentasjon av empiri, var at vi utarbeidet tekst etter tema som oppsummerte det som vi ville presentere som empiri. Vi har valgt å ta med sitater som vi mener er med på å tydeliggjøre informantenes tanker omkring sentrale fenomener. Empirien som presenteres i kapittel 5 er derfor i all hovedsak, bearbeidet informasjon fra intervjuene, tolket og skrevet om i tekst av oss. Under bearbeiding av empiri utkrystalliserte det seg noen sentrale funn, som vil bli presentert i 5.6 for videre drøfting i kapittel 6.

4.4 Etisk refleksjon og personvern

Vi er klar over at ved å forske på egne organisasjoner, der vi ber om andre lederes personlige oppfatninger, tanker og holdninger, kan det være en fare for at informantene føler ubehag ved å gi oss slik informasjon. Undersøkelsen omhandler tema som er utfordrende og kan vekke følelser, som informantene kanskje ikke har delt med sine ledere over i linjen. På den andre siden kan det være at informanten overrapporterer for å formidle egne utfordringer og behov. Vi har hatt etiske refleksjoner og utelatt data, som vi tenkte at informantene kunne finne utfordrende at vi drøftet, tolket og dokumentert i vår undersøkelse.

Vi har møtt informantene fra egne foretak på ulike arenaer tidligere og skal fortsette å være kollegaer etter endt undersøkelse. Det blir derfor viktig å trygge dem på at all data vil bli behandlet konfidensielt og bearbeidet slik at det vanskeliggjør at de identifiseres. Der det fremkom informasjon som lett kunne identifisere informanten, men samtidig var spennende for undersøkelsen, har vi bedt om tillatelse til å benytte dette. Vi opplevde tillit og stort engasjement for problemstillingen. Informantene uttrykte at det var godt at vi var interessert i å høre på hva de tenkte om forklaringer på de utfordringene som også internrevisjonsrapporten hadde pekt på.

Vi er på ingen måte uten egen erfaring med fokus på kapasitetsutnyttelse og ventetid, så dette kan ha påvirket gjennomføringen av undersøkelsen. Samtidig er dette et viktig fokus for alle ledere i psykisk helsevern og vi mener derfor det er av interesse for flere. Vi har valgt ikke å intervju informanter fra eget foretak, men hverandres, for å eliminere noe av denne forforståelsen og kjennskap til lokale utfordringer, som vi som kollegaer har.

Vi mener å ha funnet en måte å presentere empiri på som vanskeliggjør identifisering av informantene. Dette er gjort ved å ikke knytte informantene direkte til beskrivelse av organiseringene av de ulike enhetene, men å rangere enhetene etter størrelse. Vi har forsøkt å anonymisere så godt som mulig og tenker at om informantene likevel skulle kunne identifiseres, er de synspunkter som de deler i vår undersøkelse, kjente utfordringer og

erfaringer, som flere ledere i psykisk helsevern og rus deler og dermed er det ikke uetisk å formidle disse videre.

4.5 Validitet og reliabilitet

Kvalitativ forskningsdata er ikke absolutte sannheter om virkeligheten, men informantenes subjektive opplevelse av fenomener. De fire lederne har delt sine erfaringer og tanker omkring fenomenene. Vår opplevelse er at en god del var felles erfaring om forklaringer på utfordringer som finnes i psykisk helsevern og rus. Vi mener at spørsmålene vi valgte å stille var relevante for å besvare vår problemstilling og informantene gav uttrykk for at de likte tema og det at vi var interessert i deres erfaring. En oppdagelse vi hadde ved systematisk kategorisering av informasjon fra de transkriberte intervjuene, var at vi nok kunne fulgt opp med spørsmål omkring tema som informantene muligens unngikk å svare utfyllende på. Vi vet derfor ikke om dette var bevist fra informantenes side, eller om vår manglende erfaring med denne type intervju, var årsaken til at vi i ettertid oppdaget at vi manglet konkret informasjon omkring enkelte tema i undersøkelsen.

Synspunktene og utfordringene som ble delt i løpet av intervjuene var i samsvar med våre egne erfaringer som ledere. Dette kan bety at selv om det var et begrenset utvalg informanter, ville vi kanskje funnet tilsvarende resultater i et større utvalg og dermed er funnene gjeldene for flere ledere i spesialisthelsetjenesten. Selv om vi ikke tror det, kan det jo også være at vår forforståelse og ubevisste søken etter bekreftelse kan være forklaring på at det er stort samsvar med det vi fant, og det som er våre erfaringer.

Det var overraskende for oss etter at vi hadde gjennomført alle intervjuene, at det var en felles spesifikk faktor som ble trukket fram som en forklaring på hvorfor det ofte er lang ventetid og varierende kapasitetsutnyttelse i enhetene. Selv om det ikke var spørsmål i intervjuguiden som omhandlet spesifikke diagnoser, nevnte alle informanter at en markant økning i henvisninger for utredning av ADHD, noe som hadde påvirket kapasitetene og ventetiden negativt.

5.0 Empiri

Vi vil i det følgende kapittel presentere empiri. Først ønsker vi å redegjøre for organisatoriske forhold fortalt av våre informanter (5.1). Deretter en informasjon om hvordan informantene følger opp ventetid (5.2), så vil vi redegjøre for informantenes forståelse av kapasitetsutnyttelse (5.3). I neste kapittel (5.4) har vi systematisert informasjonen om hva lederne mener om mulige årsaker til lang ventetid og variasjon i forløpene kan være. Deretter presenteres lederne forslag til tiltak for å nå målene om ventetid som beskrevet i kapittel 2.7 og kapasitetsutnyttelse som beskrevet i 2.6 (5.5). Til slutt vil vi presentere våre hovedfunn fra empiri (5.6), som vi kommer til å analysere videre i kapittel 6.

Empirien må sees i sammenheng med kapittel 2, der vi redegjør for bakgrunnen til organisering av DPS og voksenpsykiatriske poliklinikker, samt mål og resultatstyring, faglig forsvarlighet og kravene til kapasitetsutnyttelse og ventetid. Vi har som nevnt tatt utgangspunkt i en internrevisjon for utarbeidelse av vår problemstilling og deretter valgt kvalitativt intervju som metode for å innhente våre data.

Selv om vi i denne oppgaven presenterer poliklinikkene som “den minste” eller “den største” er alle poliklinikkene små sammenlignet med de største poliklinikkene i landet, men de har samme krav om å tilby likeverdige tjenester til de pasientene som har rett på behandling, uavhengig av bosted.

Vi vil informere leseren om at vi for å anonymisere informantene, har valgt å benytte samme kjønn på alle fire, selv om det både er menn og kvinner som deltar i vår studie. Dette tenker vi krydrer oppgaven og gjør det lettere for leseren og følge informantene videre til drøftingen. Dere vil derfor videre i empirikapittelet og analysen få møte Per, Pål, Espen og Alf, vekselvis vil vi også benytte leder og informant der vi tenker det er mulighet til å gjenkjenne informanten.

5.1 organisatoriske forhold

Vi vil i det følgende kapittel presentere lederne og formidle det vi har innhentet av informasjon om organisering av de fire poliklinikkene der Per, Pål, Espen og Alf er ledere. Tre av informantene er ledere i 100 % stilling og har ass. ledere. En av informantene har delt stilling, hvorav 50 % i lederfunksjon og 50% som klinisk spesialist. Han har heller ingen ass. leder. De tre andre lederne har høyskoleutdanning og ingen av de fire lederne har formell lederutdanning. En av lederne har ikke formell videreutdanning i psykisk helsearbeid og heller ikke klinisk erfaring, men mener at det kunne vært en fordel å ha dette, for å ha et større faglig fundament som leder i psykisk helse og rus. Informanten har på nåværende tidspunkt et stort lederspenn med flere lederroller. Han hadde kompensert for manglende klinisk kompetanse ved å opprette et team av spesialister omkring seg, for faglig støtte. Det er variasjon blant de fire lederne med tanke på ledererfaring, fra omkring tre års- til over tjue års erfaring.

Alle fire poliklinikkene har organisert tjenesten på en slik måte at de sikrer spesialistinvolvering i pasientforløpene som er et krav i pasient og brukerrettighetsloven. Poliklinikkene gjennomfører ukentlige inntaksmøter, der nasjonale prioriteringsveiledere følges, i disse møtene sitter en eller to spesialister og enhetsledere. Tre av informantene formidler økt fokus med å sørge for at pasientene gis helsehjelp på riktig nivå. En av informantene beskriver at de tar inn pasienter uten rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og gir støttesamtaler, som er et av oppdragene innenfor sannhets og forsoningskommisjonen som beskrevet i kapittel 2.

Tre av poliklinikkene har dannet team for å effektivisere involvering av spesialist. En poliklinikk har ikke nok spesialistressurs til å organisere poliklinikken i team, dermed sikres spesialistinvolvering ved at spesialist som også er enhetsleder i 50%, alltid deltar i inntak og behandlingsmøtene for å dekke spesialistinvolvering. Strukturen er dermed noe forskjellig med tanke på hvordan teamene eller behandlingsmøte er satt sammen og fungerer.

Den største enheten har 23 stillingshjemler, per tiden er det 2,8 overleger, 2 psykologspesialister og 4-5 psykologer. Ambisjonen er at poliklinikken består av 50% psykolog, psykologspesialist og leger. Poliklinikken er i dag organisert ved at tre av

spesialistene er teamleder for hvert sitt team og har ansvar for å bistå i utredning og konkludering av diagnoser. Spesialistenes oppgave i teamene er å kvalitet sikre pasientforløpene der de blant annet bistår i utarbeidelse av behandlingsplaner, valg av behandlingsmetode og deltagelse i evaluering for å sikre at pasientene er på rett nivå eller om det skal avsluttes. Behandlere i poliklinikken er delt opp i ulike fagområder, Gruppebehandling, ADHD team, traume etc.

Den minste enheten som inngår i studien har 11 stillingshjemler, der det for tiden er 7 i drift. De fire vakante stillingene er 2 overlegestillinger, 1 psykologspesialist og 1 psykolog. Det har vært utfordrende å få dekket behovet for vikarer eller innleie. Av de vakante stillingene har leder kun fått innleie på psykologspesialist i seks mnd. Poliklinikken skiller seg noe ut i forhold til organisering da det verken er nok spesialistdekning, eller andre behandlerressurser for å organisere i team. Alle behandlere og spesialister deltar i ukentlige behandlingsmøte, for å drøfte diagnostiske vurderinger etter basisutredning som foregår ved individuelle forløp. Diagnosekompetanse sikres med direkte veiledning i enkeltsaker. Ved behov for medikamentell vurdering settes pasientene opp på egen intern venteliste til overlege, som prioriterer dette etter ledig kapasitet. Poliklinikken har ansvar og oppgaver ut over de oppgavene som ligger til de andre poliklinikkene, som omhandler den samiske befolkningen. Oppgavene dette innebærer er nærmere redegjort for i kapittel 2.2.

Den nest største enheten har 20 stillingshjemler, der fagkompetansen består av 1,5 psykiatere, 4 psykologspesialister, 3 psykologer og det resterende av personalet består av psykiatriske sykepleiere og kliniske sosionomer. For tiden er det 2 vakante overlegestillinger.

Poliklinikken har i løpet av de to siste årene organisert seg ved å opprette utredningsteam og to behandlingsteam. Etter inntak starter de fleste pasientene ved utredningsteamet og pakkeforløp registreres og iverksettes. Etter utredning utarbeides behandlingsplan. Deretter følges pasienten videre opp med individuell behandling. Poliklinikken er nå under oppstart av assistert timebok slik at kontorpersoneell kan sette opp timer ved avbestilling og ved oppstart.

Den nest minste enheten innehar 16 stillingshjemler hvorav 3 psykologspesialister, 1 overlege, 1 LIS lege og resterende er behandlere med ulik høgskole kompetanse med diverse

videreutdanninger. Per tiden er det 1 vakant psykologspesialist stilling. Det betyr at i selve poliklinikken er det 10 behandlere hvorav 2 overleger, 3 psykologspesialister og resterende innehar høyskoleutdanning der 3 er psykiatriske sykepleiere, 1 klinisk sosionom. Teamet i poliklinikken ledes faglig av psykologspesialist som sikrer spesialistinvolvering i pasientforløpene.

Når det gjelder tilgang på pakkeforløpskoordinatorer er det ulik tilgang på denne ressursen mellom Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Begge foretakene har innført funksjonen ved å ta av eksisterende behandlerressurser. I Finnmarkssykehuset er det totalt 100 % pakkeforløpskoordinatorressurs fordelt mellom alle enhetene innen PHR. Den er fordelt på følgende måte: 50 % stilling som dekker DPS Vest (Alta og Hammerfest), 25 % DPS Øst (Tana og Kirkenes), 25 % DPS Midt (SANKS). I Helgelandssykehuset er det totalt 300% pakkeforløpskoordinator ressurs. Fordelt på seks stillinger av 50 %, fordelt på følgende måte: DPS Mo i Rana med 50% som dekker PHV voksne og 50 % stilling som dekker BUP. Der er samme organisering i Mosjøen og Sandnessjøen.

Pål har vært uten pakkeforløpskoordinator over lengre tid, da den som fikk stillingen, ble langtidssykemeldt. Han sier: *“ho blei sykemeldt med en gang ho fikk jobben”* Vi tolket informanten slik at årsaken til sykemeldingen var at oppgaven som pakkeforløpskoordinator i 25% stilling var for utfordrende. Dette medførte at de ikke har startet opp med registreringen av pakkeforløpet. Ingen av de andre informantene var tilfreds med mengden registreringer som pakkeforløpet medførte og deres respektive koordinatorer oppdaget mye feil i denne registreringen. Feilene ble rapportert tilbake til behandlerne som måtte benytte tid til etterregistrering av manglende data og til endring av feilregistreringer.

En av informantene sier om registrering: *“Vi holder på med for mye papir, registreringer og vi blir fanget opp over alt. Jeg tror at kommunehelsetjenesten slipper unna alt dette her maset og kjaset som er i spesialisthelsetjenesten”, Sånn at det er nok for de som ikke ønsker dette, bedre å jobbe i kommunehelsetjenesten ... vi mister personell til førstelinjetjenesten, fordi kravene er blitt for store.”*

Dette er synspunkter som alle fire informantene formidler, men spesielt er dette utfordrende når det er lite ressurser tilgjengelig. Dette er oppgaver som forventes løst uten ekstra midler og det tar tid å lære opp terapeuter i diverse administrative systemer. En annen behandler sier: *“litt kynisk sagt, poliklinikk er jo litt sånt fabrikkarbeid, det passer ikke alle”*.

5.2 Ventetid

Alle informantene var stort sett klar over at det nasjonale ventetidsmålet skal være gjennomsnittlig lavere enn 40 dager, men kun en leder hadde stort fokus på dette og fulgte det opp selv. En av lederne prioriterte ikke ventetidskravet på grunn av mangel på kapasitet. De to andre lederne hadde delegert noe av oppfølgingsansvaret vedrørende ventetid til andre medarbeidere og fikk informasjon fra dem som fulgte opp.

Per benytter virksomhetsportalen aktivt for å få informasjon om hvordan de ligger an i forhold til ventetid og formidler jevnlig videre til sine medarbeidere. Han sier også at det er artig å følge med på tallene, og ringer andre enheter hvis han ser noe som må rettes opp i. Reaksjonene på rapportering fra de ansatte er ikke bare positiv, da noen oppfatter det som kontroll og mas fra toppledelse, mens andre liker det. Per har god støtte av sin ass. leder, som for øvrig også er pakkeforløpskoordinator og jobber i ADHD-teamet. Per er uenig i vektlegging av mål om 40 dagers ventetid ettersom det er gjort en faglig vurdering om at en pasient kan vente lengere. Han undrer seg over hvor mye han skal gå inn å styre dette, siden det er riktig at noen pasienter kan vente opptil 26 uker på bakgrunn av at faglige begrunnelser i forhold til prioriteringsveilederen.

Pål forteller at han ikke har fokus på mål om 40 dager, han forholder seg til rettighetsfrister satt etter prioriteringsveilederen, og sier at det er han selv som følger opp ventetid i DIPS Arena. Han jobber ikke systematisk med å nå kravet. En av årsaken til at Pål ikke benytter HN-LIS, er som han sier at verktøyet er *“dritelendig”* og fungerer ikke hensiktsmessig. Pål velger derfor å følge faglige vurderinger som beskrevet i 2.7.

Espen deler oppgaven med å følge opp ventetiden med flere. Blant annet utredningsteamet, ansvarlig for inntak og ass. leder. Espen er fornøyd med HN-LIS, selv om han ikke benytter det aktivt, men sier at han kanskje burde det. Han sier at har god lederstøtte som er med på å formidle kravet, men de har ikke klart å innfri dette.

Alf benytter virksomhetsportalen ukentlig og har hjelp av en merkantil tilsatt for å følge opp. Han er fornøyd med kvaliteten og tilgangen på data og benytter verktøyet for å klargjøre forventninger og mål for ansatte. Han finner midlertidig arbeidet med å nå målet krevende å prioritere, da det er mange saker som for eksempel ADHD med langer frister og dermed ikke samsvar mellom prioriteringsveilederen og målet om 40 dager før første time. Alf sier *“men dette må vi bare forholde oss til, det er jo slik, de har laget det”* Vår tolkning av utsagnet er at han har resignert og forsøker å skape forståelse for dette målet, selv om han og ansatte er uenig.

I internrevisjonen var det påpekt at det var ulik praksis og bruk av HN-LIS/virksomhetsportalen mellom foretakene, noe som våre informanter bekreftet.

5.3 Kapasitetsutnyttelse i poliklinikkene

Internrevisjonen påpeker at ingen av poliklinikkene har innfridd kravet om gjennomsnittlig tre pasienter per dag. Informantene forteller at det gjennom hele lederlinjen har vært fokus på krav om aktivitetsmål, der det er utviklet måltall for produksjon i enhetene, som beskrevet i 3.2. Det vil si at oppgaver som er indirekte aktivitet som ikke regnes som konsultasjoner skal trekkes fra måltallene. Dette er aktiviteter som for eksempel, inntak, diagnostisering, samarbeid med 1. linjen, intern undervisning og veiledning. Alt dette er viktige oppgaver for å sikre og heve kvaliteten på behandlingen og faglig utvikling i poliklinikken. Fagutvikling og forbedringsarbeid i poliklinikken, som beskrevet i kapittel 2,5, som omhandler å jobbe systematisk med evaluering og korrigerende av virksomheten krever at det settes av tid å gjennomføre. Forbedringsarbeid er oppgaver som går ut over kvantiteten, men må til for å sikre kvaliteten. En av lederne sier at han har ikke tid til å jobbe med utvikling av tjenesten og sier følgende, *“jeg har aldri tid å sette meg ned i arbeidstiden å jobbe med lederoppgaver som endringer og utvikling”*. Leder forteller at han har ikke tid til å planlegge og gjennomføre

fagdager, det er heller ikke tid til å sette seg ned å jobbe ut tiltak for endring i drift og forbedring. Han opplever at nye krav tres over hodet med tvang og at de sammenlignes med andre poliklinikker som har bedre måltall, føles som liten innsikt og forståelse for fag og mulighet til å innfri kravene om kapasitetsutnyttelse. Hovedutfordringen er at det er mangel på nødvendige ressurser for å produsere faglig forsvarlige helsetjenester, mener informanten.

Per forstår kapasitetsutnyttelse som at vi må sørge for at riktige pasienter går i behandling og forløpstiden må samsvare med diagnose. Han er opptatt av å planlegge godt, og mener poliklinikken må starte opp forløp tidligere for å hindre unødvendig ventetid ved å ta inn pasientene innen 4 uker etter henvisning. Per mener også at poliklinikken må klare å avslutte lange pasientforløp ved å fokusere på forløpstiden. Selv om pasienten kanskje ikke er symptomfri, må man klare å avslutte eller overføre til kommunalt omsorgsnivå for å gi rom til nye pasienter som venter. Videre mener han at det er viktig at behandlingsplan følges og at teamledere er involvert for å sikre riktig behandling, evaluering og vurdering om pasient er på rett nivå og at det vurderes kost/nytte.

Per erkjenner at behandlerne har ulik kapasitet og tenker det er viktig å finne og bruke den enkeltes 100 %, avgjørelsen tas allerede ved ansettelse. Per sier at noen jobber sakte og grundig i pasientsaker, han mener at folk er forskjellig noen jobber saktere mens andre er mer effektiv. Spesialistene følger opp pasientforløpene og kan faglig begrunne og stille spørsmål ved lengden på forløp og avslutningskriterier. Per tenker at kapasiteten utnyttes best ved å tilrettelegge for at den enkelte behandler blir satt til å gjøre oppgaver som de mestrer godt. Han tenker at det er viktig å informere om kapasitet og aktivitet i personalmøte, for å være i dialog og skape felles forståelse for pasientflyt i enheten. Per vurderer å starte opp assistert timebok, slik at kontorpersonell kan sette inn nye planlagte timer frem i tid. Per ser en kulturell forskjell mellom de yngre nyutdannede og de som har jobbet i 20-30 år. Han forteller at de yngre har en annen attityde og holdning til rammene som er satt for behandling, mens de som har jobbet lenge, viser større motstand til nye oppgaver og endringer. Koding for aktivitet har han noe forståelse for, mens registrering av pakkeforløp er det generelt liten forståelse for hva som kan være hensikten med.

Pål sier at de er for få i klinikken for å kunne få kortere forløpstid. Forløpene blir lengre da timer må flyttes på grunn av andre prioriterte oppgaver som må tas slik at utredning tar lengre tid, og behandlingsforløpene blir dermed lengre. Pål viser til at de ikke har mulighet til å organisere i team, men fordeler saker til behandlere som har ledig kapasitet. Alle gjør alt. Han mener at han ikke kan utnytte kapasiteten på grunn av at poliklinikken er liten med få stillinger. Det er for få spesialister og i tillegg er det vakante stillinger, slik at det er umulig å organisere tjenesten optimalt.

Pål mener også at kommunale tilbud ikke er godt nok utbygget og det blir derfor utfordrende å sørge for at pasienter får tilbud på riktig nivå. Dette påvirker igjen egen kapasitet, da det er vanskelig å skrive ut pasienter for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten. Ambulante tjenester i området med store geografiske avstander, medfører lang reisetid som medfører til at i løpet av en dag, vil kanskje spesialisten kun ha mulighet til å gjennomføre en konsultasjon. Dette påvirker kapasitet og forløpstid i enheten.

Når det gjelder kapasitetsutnyttelse mener Espen at det er viktig å kartlegge og å kjenne til behandlernes kompetanseområde, slik at forløpene planlegges og gjennomføres av trygge og kompetente fagfolk. Han mener at forløpstiden påvirkes av dette. Enheten har benyttet mye tid på omorganisering i team for å optimalisere kapasitetsutnyttelsen. Teamorganisering har gitt gode resultater på kapasitetsutnyttelse. Det er fokus på lengde i forløpene på den måten at spesialisten har estimert lengde på forløpet i behandlingsplanen fra utredningsteamet. Enheten er i gang med å iverksette assistert timebok, for å kunne ha oversikt over tilgjengelig kapasitet i enheten. Informanten sier «*vi må ha fokus på hvem som skal inn og hvem som skal ut. Pasientene skal ikke bo i spesialisthelsetjenesten - de bor i sine hjemkommuner.*» Enheten har ukentlige møter med kommunen for å overføre pasienter som er ferdigbehandlet og kan ha videre oppfølging på kommunalt nivå

I enheten som Alf leder har de et prosjekt der en innleid psykologspesialist deltar, som til vanlig jobber i kommunehelsetjenesten i samme kommune. Psykologspesialisten deltar i inntak, og i tillegg gjennomfører han vurderingssamtaler innen 10 dager for å avklare rett nivå. Hensikten er å unngå å ta inn pasienter som kan ivaretas i kommunen.

Psykologspesialisten utarbeider inntaksnotat der det fremkommer problemstilling, forventet utredning, føringer for behandling med antall konsultasjoner og avslutningskriterier. Det vurderes nøye i rettighetsvurderingen hvilket nivå som er mest hensiktsmessig.

Alf forteller at en økning i henvisninger av ADHD-utredninger medførte kapasitetsutfordringer. For at dette ikke skulle gå ut over forløpstid og kapasitet i avdelingen, iverksatte han et tiltak med å leie inn en spesialist som kun jobbet med ADHD-utredninger. Denne spesialisten gjennomførte 7 utredningsforløp i løpet av uken som ble avklart. Videre fokuseres det på hvilke pasienter som skal gå i behandling og på avslutningskriterier for pasienter i behandling, slik at det blir kapasitet og rom til nye pasienter.

5.4 Ledernes formeninger om mulige årsaker til lang ventetid og variasjon i forløpene

Når det gjelder ventetid, forteller Per at pasientene fordeles etter inntak til behandler. Det er individuelt hvor snart første time settes opp, og ventetid slutt registreres. Dermed er det opp til behandler når første time avtales. Pasientene tas inn innen frist, noen behandlere er meget bevisste på å sette opp time innen 40 dager, mens andre forholder seg til frist satt for helsehjelp. Eksempelvis er frist for oppstart ADHD som regel 26 uker. Per forteller at ass- leder som jobber i ADHD teamet "*setter sin ære*" i å ta inn pasienter innen 4 uker, og blir irritert og frustrert når andre i teamet venter til fristen nærmer seg.

Når det gjelder variasjon i forløpene, mener Per at ansatte har ulik kapasitet og at det er personavhengig hvor mange konsultasjoner de klarer med daglig. De ansatte som tar kontakt med han og forteller om en stressende hverdag, er ikke de samme som har fulle pasientlister, sier han. For øvrig sier også Per: "*Behandlerne sitter fanget i lange forløp. Bøtten renner over, og de klarer ikke å avslutte. Her ligger gullet.*" Slik vi forstår denne uttalelsen, mener Per at vi må unngå lange forløp for å klare å unngå lang ventetid og variasjon i forløp.

Pål har en forståelse av at variasjon i forløpene kan henge sammen med at det er komplekse saker og mange alvorlig syke pasienter som henvises til poliklinikken. Det kommer ikke alltid frem i henvisningen at det er en sammensatt problematikk, men at dette avdekkes i forløpet. Pål opplyser om at han har behandlere som ikke innehar nødvendig kompetanse innenfor

enkelte forløp. Dette medvirker til økt bruk av veiledning, som tar av kapasiteten til spesialist og individuell behandler. Dette er med på å forlenge forløpene generelt i poliklinikken.

Lang ventetid mener Pål kommer av at poliklinikken har fått nye oppgaver, uten at det er tilført ressurser. Vi mangler behandlere, særskilt spesialister for å få flyt i forløpene. Han nevner også at de har mange henvisninger som omhandler ADHD. Denne omfattende utredningen påvirker kapasiteten i poliklinikken. Innleid overlege nektet å ta utredning av ADHD, noe som påvirket ventetid og variasjon.

Variasjon i ventetid mener Pål også handler om at behandlere kan ha vansker med å få avsluttet pasientforløp. Eksempelvis krever NAV at pasienter som er på AAP, skal gå i behandling. Dette er et aktivitetskrav fra NAV. Avsluttes behandling, mister pasienten retten til trygd. Generelt er det vanskelig å skrive ut pasienter, da det mangler tilbud for oppfølging i førstelinjen. Kun en av kommunene de skriver ut til har kommunepsykolog.

Espen mener at organisering av tjenesten har stor innvirkning på ventetid. Eksempelvis hadde de 250 –300 pasienter på venteliste før de organiserte seg i team. Han hadde søkt eksterne midler fra HN og benyttet dette til blant annet, innleie av kompetanse for å legge om driften og effektivisere. Etter ny organisering hadde de kun 28 pasienter på venteliste. Poliklinikken planlegger å starte opp med assistert timebok, som Espen mener vil ha betydning for forløpstiden, fordi kontorpersoneell og leder kan se hvem som har ledig kapasitet og sette opp nye timer, ved eksempelvis sykefravær eller ny oppstartede saker. Espen forteller at behandlere har ulik kompetanse i poliklinikken. Når behandlere får tildelt en sak som de ikke har spisskompetanse på, vil det kreve mer ressurser fra behandleren, noe som gir en lengre forløpstid.

Han mener organisering i utredningsteam har god effekt på forløpstiden. Flere pasienter har etter ny organisering behandlingsplaner, som konkretiserer forløpene. Om det fremkommer nye behov i forløpet som medfører endringer i behandlingsforløp, skal dette tas inn i behandlingsmøte og drøftes med spesialist før eventuelle endringer i behandlingsplan iverksettes. Disse tiltakene er med på å unngå variasjon i forløp.

Alf er klar på at pasienter som har 26 ukers frist, påvirker ventetid negativt. *“Klart at ventetid påvirkes når vi har hatt et stort trykk på ADHD-utredninger. Det er krevende at det ikke er samsvar mellom prioriteringsveileder og kravene i fra HN om 40 dagers frist.»* Alf har derfor gitt alle behandlere ADHD saker, selv om de i hovedsak jobber med traumer eller rus, for å ta unna. Han informerer om at ventetid og variasjon påvirkes av tilgjengelige ressurser i klinikken. Eksempelvis ble tre ansatte i poliklinikken langtidssykemeldte på samme tid, og mange pasienter måtte da reforderes til andre behandlere. Utfordringen han beskriver i en slik situasjon er at *“klinikken ligger da med brukket rygg”*. Slike utfordringer i klinikken påvirker kapasiteten, og forløpstidene strekker også i andre aktive forløp, på grunn av at det skal gis timer til flere pasienter hos behandlerne.

På direkte spørsmål om avslutningskriterier konkretiseres i behandlingsplan, svarte ikke informantene direkte bekreftende på dette. En av informantene forteller at de forsøker å konkretisere avslutningskriterier i behandlingsplanen hvis det er mulig. To av informantene var usikker på dette. I noen utredningsplaner var det angitt anslagsvis hvor lang tid det var forventet å benytte på behandlingen, men ikke nærmere om avslutningskriterier i forhold til symptomlette.

5.5 Ledernes forslag til tiltak for å nå målene om ventetid og kapasitetsutnyttelse

Vi avsluttet vår undersøkelse med å spørre informantene om de hadde forslag til konkrete tiltak som kunne være til nytte for å nå målene om ventetid og kapasitetsutnyttelse. Per mente at dialog med ansatte var viktig. Han hadde oversikt på hvor mange pasienter den enkelte hadde på sin liste og at det da kunne gis hjemmekontor for skriving om behandleren hadde hatt mange konsultasjoner i løpet av uken. Han viste til at de under pandemien stort sett hadde opplevd positive tilbakemeldinger på ordningen med hjemmekontor og den fleksibiliteten som ansatte da fikk. Stort sett jobbet alle effektivt på hjemmekontor, men han mente at det måtte være sammenheng mellom pasientkontakt og administrativt arbeid.

Et annet forslag han ville presentere for de ansatte var et prøveprosjekt der de setter opp time innen fire uker på alle pasienter uavhengig av frist. Han hadde ikke drøftet dette med sine ansatte på den tiden undersøkelsen foregikk og så både positive og negative konsekvenser av dette forslaget.

Pål var klar på at forutsetningen for å klare å redusere ventetid og bedre kapasitetsutnyttelsen, var at alle stillinger måtte være besatt. Pål ønsket å benytte mer av sin tid som leder på faglig utvikling og oppfølging av de ansatte, men slet med å finne rom for dette. Tid til å fordype seg og se på mulige endringer for forbedringstiltak var viktig for han som leder. Stadige sammenligninger med andre enheter og deres gode resultater, var heller ikke til hjelp, men virket stressende. En annen mulighet for å effektivisere driften var å opprette flere gruppetilbud, slik at flere pasienter kunne få hjelp samtidig. Et annet forslag fra Pål var nettkurs for pasienter med hjelp til selvhjelp.

Espen var klar på at utredningsteam og fokus på pasientflyt var viktig og hadde vært til god hjelp for å gjøre positive endringer. Hans opprettelse av et støttende lederteam/fagteam med spesialister hadde vært til god nytte for han som leder. Et annet tiltak var assistert timebok for å få oversikt på tilgjengelig ressurs. Involvering av ansatte i forbedringsarbeid var også viktig for å få til endringer.

Alf mente at deres prosjekt med vurderingssamtaler innen 10 dager før inntak var å anbefale, for å sikre rett pasient på rett nivå, men det var avhengig av nok spesialister for å fortsette med ordningen. Tilgangen på spesialister til andre oppgaver i enheten, foruten direkte og planlagt kontakt med pasienter, var viktig for å kunne drifte godt. Alf var opptatt av at spesialister skulle benyttes til spesialistoppgaver, men at dette kunne være utfordrende ved stor pågang av pasienter.

5.6 Oppsummering og vår forståelse av hovedfunn

Vi har gjennom 4 x 45 minutter på Teams, fått møte fire ledere som alle var opptatt av å organisere driften i poliklinikkene for å produsere forsvarlige helsetjenester. De tilstrebet alle å forvalte tildelte og tilgjengelige ressurser til det beste for pasientene. Per, Pål, Espen og Alf hadde meninger om hva som skulle til for å muligens nå målet om ventetid, mindre variasjon i forløpene og best mulig kapasitetsutnyttelse, men det kommer frem i intervju at de hadde ulike forutsetninger for å innfri disse og andre formelle krav.

I tre av poliklinikkene var behovet for spesialister dekket oppimot tilfredsstillende, på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført, men de lederne var klar på at dette kunne endre seg raskt ved for eksempel sykemeldinger, oppsigelser og permisjoner.

Under sortering, fortolkning og bearbeiding av vår empiri, utkrystalliserte det seg noen sentrale funn som kan være med på å forklare variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelsen innenfor de voksenpsykiatriske poliklinikkene i vår undersøkelse:

- Avhengighet og ytre press fra omgivelsene
- Hvordan organisatoriske forhold påvirker drift
- Hvordan organisasjonsadferd påvirker drift
- Hva som måles og kontrolleres av produksjon i poliklinikkene

6.0 Analyse/ drøfting

I følgende kapittel vil vi diskutere sentrale empiriske funn (kapittel 5), opp mot valgt teoretisk grunnlag (Kapittel 3). Formålet er å søke svar på hva lederne mener er sentrale forklaringer på lang ventetid og variasjon i forløpene innen de voksenpsykiatriske poliklinikkene som inngår i undersøkelsen.

Som tidligere fortalt, er valg av problemstilling knyttet til resultater fra internrevisjonen som ble gjennomført første halvår 2021. Resultatene viste at det var stor variasjon i kapasitetsutnyttelse, ventetid og faglig praksis. Konklusjonen var klar, det var kun Helgeland Helseforetak som hadde etablert en tilfredsstillende kontroll på ventetidsutviklingen, og ingen av foretakene hadde en tilfredsstillende styring når det gjaldt kapasitetsutnyttelsen. Informantene bekreftet i stor grad funnene fra internrevisjonen. Vi ønsker med dette å søke svar på hva som er forklaringen på de funnene som ble rapportert etter internrevisjonen.

Gjennom intervju og bearbeidelsen av intervjuene, fikk vi innsikt i fire ulike måter å organisere de fire voksenpsykiatriske poliklinikkene på. Informantene har en felles forståelse av at innføring av pakkeforløp hadde medvirket til strukturendringer for å effektivisere forløpene og få til bedre pasientflyt. Tre av informantene forteller om store utfordringer med å rekruttere spesialister. En av informantene forteller at akkurat nå har han ganske god spesialistdekning, men at deknningen er sårbar.

6.1 Omgivelsene

Som vi skriver innledningsvis, er dagens tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, et resultat av den medisinske revolusjon på 1800 og 1900 tallet. For faget psykisk helsevern var en av de største endringene nedbygging av store psykiatriske sentralinstitusjoner til dagens organisering i distrikts psykiatriske senter. Siden den gang har det vært en rask utvikling i fagfeltet. Som ledere i spesialisthelsetjenesten, tenker vi at det er viktig å følge med og være bevisste på at samfunnsmessig og faglig utvikling kan endre omgivelsenes behov og krav, og dernest påvirke interne forhold i organisasjonen. I kapittel 3.3 har vi redegjort for at ledelsen

må være bevisst på hvordan tjenesten settes sammen, og at selve driften i enheten planlegges, evalueres og korrigeres i takt med endringer og eventuelt nye måter å løse oppgaver på, slik som beskrevet i Figur 1, kapittel 2.5.

Alle informantene opplever en økning i antall henvisninger og en særskilt økning av henvisninger med forespørsel om utredning av ADHD. I tillegg opplever de at det er flere pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser som henvises til poliklinisk behandling nå enn tidligere. Som beskrevet i kapittel 3.2, vil pasienter med alvorlige og kroniske psykiske lidelser ha et høyt forbruk av helsetjenestene. En annen årsak til høyere forbruk av polikliniske tjenester, er at pasienter med alvorlige psykiske diagnoser tidligere ble henvist til døgnbehandling. Mål om å redusere bruk av døgnplasser ser ut til å ha ført til et økt forbruk av polikliniske tjenester.

Pål sier helt klart i intervjuet at hans klinikk har utfordringer med å produsere nok helsetjenester, og at årsaken er at han ikke har nok tilgjengelige ressurser. Forklaringen til dette kan forstås ved å se nærmere på Figur 3, som beskriver produksjon og etterspørsel av helsetjenester. Hvis pasienttilstrømmingen blir større enn tilgjengelige innsatsfaktorer for å produsere poliklinisk tjenester, som i sin resulterer i ferdig behandlede pasienter, vil organisasjonen stå i fare for å bryte sammen.

Produksjon av helsetjenester må også, som beskrevet i 3.1, sees i sammenheng med at psykiatriske poliklinikker er en tjenesteorganisasjon der den viktigste produksjonsfaktoren er tilgang på ansatte med riktig kompetanse for å drifte forsvarlig og effektivt. Alle lederne informerer om at det er vanskelig å få nødvendige ressurser som er helt sentrale i produksjonen. I voksenpsykiatrisk poliklinikker er psykiatere og psykologspesialister avgjørende og nødvendige produksjonsfaktorer, både for diagnostisering og behandling.

Alle nødvendige produksjonsfaktorer hentes fra omgivelsene. De voksenpsykiatriske poliklinikkene konkurrerer om nødvendige ressurser med andre aktører i helsevesenet, som fastlegene i primærhelsetjenesten og andre kommunale helse og omsorgstjenester. Voksenpsykiatriske poliklinikker er avhengige av at utdanningsinstitusjonene utdanner nok

helsepersonell og at nødvendig helsepersonell ønsker å jobbe innen voksenpsykiatriske poliklinikker. Samtidig som det er konkurranse om nødvendige produksjonsfaktorer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, må det være et tett samarbeid for å kunne klare å gi et helhetlig og godt pasienttilbud.

Som beskrevet i kapittel 2.4, foreligger det mange styringskrav til voksenpsykiatriske poliklinikker. Disse kravene medvirker også til et institusjonelt press fra omgivelsene slik som beskrevet i kapittel 3. Pasientene og samarbeidspartnere har klare forventninger og krav som poliklinikkene må innfri for å skape legitimitet. På den andre siden fremkommer det, som beskrevet i 2.4, sentrale krav om at poliklinikkene skal tilby et godt og rettferdig og likeverdig tilbud, med de ressursene som er tilgjengelige - altså innenfor budsjetterte rammer som krever tydelige prioriteringer. Det betyr at det ved inntak må vurderes om pasientene har rett til helsehjelp og om det er riktig omsorgsnivå. Informantene forteller at det er en del henvisninger som det forventes skal tas inn i spesialisthelsetjenesten, men som spesialistene nok enkelte ganger vurderer det slik at vedkommende ikke har rett på helsehjelp i poliklinikk. I slike tilfeller kunne pasienten derimot ha hatt nytte av kommunale tjenester. Informantene beskriver også at det enkelte ganger er vanskelig å avslutte forløp på grunn av manglende tilbud i førstelinjetjenesten. Selv om pasientene med fordel kunne vært avsluttet i voksenpsykiatriske poliklinikker og overført til et lavere omsorgsnivå for videre oppfølging, kan manglende kommunale tjenester medvirke til at forløpene forlenges i spesialisthelsetjenesten. Dette påvirker kapasiteten og forløpstiden. Internrevisjonen viser at det kun Finnmarksykehuset som har en nedadgående trend i antall avviste pasienter som henvises, mens de andre tre foretakene hadde en økende trend. Årsaken til avviket for Finnmarks vedkommende kan forstås ut fra det som ev av informantene sa om at mange av kommunene i regionen ikke har et godt nok utbygd tilbud.

Det kan være mange ulike forklaringer til variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse, men et sentralt funn som alle informantene nevnte er mangel på den nødvendige produksjonsfaktoren som er helsepersonell med riktig kompetanse

6.2 Hvordan organisatoriske forhold påvirker drift

Vi har i det foregående kapittelet sett på hvordan omgivelsene kan påvirke variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse. Vi ønsker nå å se nærmere på hvordan organisering innad i poliklinikken påvirker ventetid og kapasiteten i de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

Informantene har beskrevet nokså detaljert organisasjonsstrukturen i egen avdeling. Vi ser at alle har organisert tjenesten på ulike måter, og at alle lederne har organisert enheten på en slik måte at de har sikret spesialistinvolvering i pasientforløpene. Lederne har dermed organisert tjenesten ut fra tilgjengelige produksjonsfaktorer og sørget for at tjenesten som leveres kvalitetssikres i henhold til lover og forskrifter som beskrevet i 2.5.

Organisasjonsstrukturen påvirker i stor grad effektivitet i avdelingen. Vi ønsker dermed å drøfte hvordan dette påvirker enhetene hvor Per, Espen og Alf er ledere. Spørsmålet er: Har de organisert tjenesten i ulike team? I første omgang tenkte vi dette var en likhet, men vi ser at teamene som er satt sammen har ulikt formål og dermed er mål for organisasjonsstruktur ulik innenfor alle enhetene.

Per er leder i den enheten som vi kaller for den største klinikken. I denne poliklinikken er det to typer teamorganisering. Det ene er at selve poliklinikken er delt i tre team, der spesialister er teamledere. Formålet er å sikre spesialistinvolvering og drøfting av ulike problemstillinger i enkeltsaker. Den andre formen for teamorganisering er at de også har diagnosespesifikke team innen ADHD, traume og gruppebehandling, som betyr at de enkelte ansatte har spisset seg innenfor ulike fagområder, hvor oppgavene er utredning og behandling knyttet til et spesifikt område. De to teaminndelingene har to formål, den ene teamet sikrer tverrfaglig drøfting og spesialistvurdering, den andre teamorganiseringen er diagnosespesifikk og sørger for at behandlere innenfor disse fagteamene har spisset sin kompetanse, og får mengdetrening slik at pasientene får et godt tilbud og pasientforløpene ikke strekkes ut i tid.

I enheten der Espen er leder, og som vi benevner som den nest største, finner vi en annen form for teamorganisering sammenlignet med den største enheten. Her er enheten organisert i

tre team, der det ene teamet kun jobber med utredning og de to andre teamene jobber med behandling. En slik organisering betyr at leder har samlet personalet med utredningskompetanse innenfor et team og ansatte med behandlerkompetanse i de to andre teamene. Espen har på samme måte som Per sørget for at behandlere har spisset kompetanse på utredning og får mengdetrening på oppgavene og tiden pasientene er i behandling kan kortes ned.

Alf er leder ved den poliklinikken som vi benevner som den nest minste, som har en tredje form for teamorganisering, delt i tre enheter. Her har Alf organisert tjenesten slik at det ene teamet er voksenpsykiatrisk poliklinikk, det andre teamet er AAT og det tredje er TSB/ LAR. Dette er en mer overordnet organisering slik vi ser det, da AAT og TSB/LAR er oppgaver som ikke rettighets vurderes innen psykisk helsevern for voksne. Innenfor fagområdet TSB/ LAR benyttes veilederen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Teamet som ivaretar AAT gir helsehjelp til en pasientgruppe som har behov for akutt og ambulante tjenester. Dette er også oppgaver som ligger inn under en annen tjeneste når vi sammenligner denne enheten med den vi kaller den største. Slik vi ser teamorganiseringen i denne poliklinikken, har Alf delt inn de ulike fagområdene i egne team, og på den måten sørger han for at pasientene får riktig helsehjelp. Utfordringen er at han må dele på ressursene fra poliklinikken for å ivareta flere oppgaver som krever en annen form for vurdering og kompetanse.

I den enheten som vi benevner som den minste, er Pål leder og spesialist. Han er den av informantene som forteller at han ikke har forutsetninger for å organisere tjenesten i noen former for team. Alle behandlerne må ha nok kunnskap til å gjøre alle oppgaver. I denne poliklinikken har de i tillegg til de oppgavene som ligger til en voksenpsykiatrisk poliklinikk, også blitt tildelt et særlig ansvar innenfor SANKS, noe som medfører et større opptaksområde med tanke på pasientflyt og tilleggsoppgaver som går ut over det som er nevnt i prioriteringsveilederen. Vår formening er at når behandlere ikke har spisskompetanse, men jobber med mange ulike ting, vil dette føre til større forbruk av spesialistkompetanse. Spesialistene må konsulteres oftere, og det må dermed regnes med ekstra tid for å sette seg inn i et bredere fagområde. Spesialistene får på individuell basis en mengde oppgaver som andre løser i team. I tillegg skal spesialistene innenfor denne individuelle

organisasjonsformen gjøre de oppgavene som bare de kan utføre. Forløpstiden blir naturligvis lengre, både ved at behandlere skal kunne alt, og at spesialistressursen ikke lar seg effektivisere.

Strukturen i seg selv vil, slik vi ser det, ikke nødvendigvis sørge for bedre kvalitet og medføre en mer effektiv drift. Poliklinikkene er som beskrevet i kapittel 3.1 en tjenesteorganisasjon og er da avhengige av nødvendige produksjonsfaktorer. Som vi tolker Figur 3, er poliklinikken blant annet avhengig av nødvendig arbeidskraft med riktig kompetanse, og tre av fire poliklinikker mangler i stor grad spesialistkompetanse som er en helt sentral betingelse i produksjon av denne formen for helsetjenester. Skal det gis behandling av eksempelvis traume, ADHD, depresjon eller angst, vil det være behov for ulike diagnose- og behandlingskompetanse. Dette betyr at ledere må sørge for at poliklinikken har de nødvendige ressursene som kreves for å produsere disse tjenestene. Tre av informantene forteller at de i stor grad mangler spesialister som er en nødvendig produksjonsfaktor for å kunne drifte poliklinikkene optimalt, kun en poliklinikk har den nødvendige kompetansen, og det er den poliklinikken som klarer å innfri ventetidskravet på 40 dager. Men leder forteller at det er sårbart, siden de er så avhengige i å ha riktig kompetanse at det er nok at en person blir sykemeldt, eller at det avvikes spesialistpermisjoner, så vil de få problemer i produksjonen.

Variasjon vil som beskrevet oppstå når det mangler riktig sammensatt kompetanse for å produsere helsetjenestene som beskrevet i 2.5. Behov for riktig sammensatte ressurser innenfor psykiatri kan sammenlignes med planlegging og gjennomføring av en operasjon. Fordi at en ikke kan utføre en operasjon uten kirurg, anestesi og operasjonssykepleiere for å utføre helsehjelpen. Innen psykiatri kan man heller ikke ferdigstille et pasientforløp uten at psykiater, psykolog og nødvendig behandlingskompetansen er til stede for å gjennomføre behandlingsforløpet. Produksjonen stopper opp, da sentrale ressurser ikke er tilgjengelige og forløpene strekkes ut i tid.

Som tidligere beskrevet i kapittel 3.3, vil det være flere måter å organisere en voksenpsykiatrisk poliklinikk på. Vi får bekreftet gjennom denne undersøkelsen at enhetens størrelse, og hvilke oppgaver som ligger til enheten, påvirker i stor grad valg og muligheter

for organisasjonsstruktur, noe som også har blitt påpekt i den generelle litteraturen på området, jamfør Jacobsen og Thorsvik.

For å skape faglig trygghet for alle behandlere og ledere, er viktig er at organisasjonsstrukturen er nedfelt i et organisasjonskart, samt at den er kjent for alle ansatte. I oversikten bør det framkomme hvilke ansvarsområder de enkelte har, og innenfor hvilke rammer jobben forventes utørt. På den måten har også leder oversikt og kontroll og kan påvirke ved å styre virksomheten på en faglig og forsvarlig måte.

6.3 Organisasjonsatferd

Vi fikk i vår undersøkelse bekreftet at de voksenpsykiatriske poliklinikkene som hadde lyktes i å rekruttere og stabilisere rett kompetanse, gav leder gode muligheter til å organisere driften optimalt, og dermed økte muligheten til å innfri krav fra omgivelsene. Stabilitet i personalgruppen og dekning av nødvendig kompetanse, gir også leder god anledning til å gjøre seg kjent med sine medarbeideres faglige kompetanse og individuelle kapasitet for optimal organisering.

Forskjellen mellom tjenesteproduksjon og vareproduksjon, er at innsatsfaktorene som skal til for å produsere kvalitativt gode helsetjenester, er medarbeidere med riktig formell kompetanse og klinisk erfaring, som beskrevet i 3.1 og som drøftet i foregående kapittel. Pasientene oppsøker psykisk helsehjelp oftere en tidligere og har høyere og mer spesifikke krav til behandlingen i dag. Det forventes at de skal få lik tilgang og kvalitet på helsetjenestene, uavhengig av bosted og størrelse på den voksenpsykiatriske poliklinikken, noe som også er intensjonen med å organisere i DPS. Som vi har drøftet i kapittel 6.2, er dette utfordrende og komplekse oppgaver som skal løses. Enhetsleder har her det overordnede ansvaret for å sikre at tilbudet holder faglig standard og sikre spesialistinvolvering i alle ledd av pasientforløpet som er illustrert i Figur 4. Det kan være flere ledd i pasientforløpet som er utfordrende for en enhetsleder å innfri ved manglende kapasitet og kompetanse. Hvis ikke leder klarer å stabilisere og rekruttere fast ansatte, må det leies inn riktig kompetanse som beskrevet i 3.4. Det kan være utfordrende og tidkrevende for leder å lykkes i å leie inn riktig

kompetanse, som beskrevet i 3.4. Samtidig er det økonomisk belastende for enheten, da innleie koster en god del mer enn fast ansatte.

Pål, Espen og Alf har innleie, noe som ikke bare kan være utfordrende for økonomien til enhetene, men som også kan påvirke de uformelle trekkene som beskrevet i kapittel 3.0. Det kan være fordeler ved å få en ny medarbeider som tenker nytt og kommer med forbedringsforslag, som de ofte har erfaring med fra andre, (og større), poliklinikker de har jobbet på, men også utfordrende. Det er i all hovedsak spesialister som leies inn, og i form av sin profesjon har de makt og beslutningsmyndighet, og kan derfor komme til å stille nye krav til faste ansatte og til leder, som ikke er innarbeidet i enheten. Eller som leder ikke har forutsetninger for å legge til rette for. Et annet fenomen som kan oppstå er at de behandlerne som leies inn ønsker å gi mer behandling, enn det som er vanlig standard i poliklinikkene og derved påvirker lengden på forløpene negativt.

Endringer tar som kjent tid, og oppdraget for spesialisten kan være av kort varighet. Det blir derfor viktig at enhetsleder setter av tid til å formidle struktur og enhetens kultur til den nye medarbeideren, som beskrevet i kapittel 3.6. Spesialister er forskjellige, har ulik kompetanse og preferanser, som en av våre informanter viste til, da han delte med oss at han hadde møtt motstand hos en overlege, som var innleid, da han ville at spesialisten skulle utføre ADHD-utredninger. Dette kan være utfordrende for enhetsleder å formidle struktur og krav til innleide spesialister på bakgrunn av deres profesjon som spesialister.

Integratorfunksjonen i en voksenpsykiatrisk poliklinikk er å følge opp ansatte og motivere til samhandling og felles innsats, for å løse enhetens oppgaver. Integratoren motiverer til lagspill, kulturelt akseptert atferd, moral og faglig utvikling, som beskrevet i kapittel 3.4. For å få til god kapasitetsutnyttelse i enheten, er det viktig at leder har god kjennskap til sine medarbeideres kompetanse, dette for å fordele oppgaver slik at de kan løses mest effektivt. Produsentrollen i poliklinikken er avhengig av systemer for å ha god oversikt innenfor daglig drift og ressurser, samt tilgjengelig kapasitet fremover i tid. Produsenten er resultatorientert, viser retning, følger med på at tjenesten holder faglig standard, følger opp at produksjonen foregår som planlagt og planlegger fremover (Strand,2010).

Per påpekte var at det var forskjell på arbeidskapasiteten hos den enkelte ansatte og at dette var muligens vanskelig å påvirke, da det var personlige egenskaper, som han bare måtte forholde seg til. Noen jobber saktere og grundigere, var informantens erfaring. Gjennom dialog og samarbeid med ansatte, forsøkte lederen å kunne utnytte den enkeltes kapasitet og kompetanse 100 %, noe som betyr å gi oppgaver som den ansatte mestret, for å effektivisere pasientforløpene som beskrevet i empirien i kapittel 5.3. Vår tolkning av disse utsagnene er at ansatte har ulik arbeidskapasitet. Vi er forskjellige personer og ikke maskiner. Effektive behandlere, som produserer mange konsultasjoner, er nødvendigvis ikke en bedre terapeut, men de vil kanskje bli oppfattet slik, da behandlere måles jevnlig etter hvor mange konsultasjoner de gjennomfører.

Når vi søker svar på mulige forklaringer på variasjon i ventetid og pasientforløp, kan man se i kapittel 3, Figur 2 se hvordan organisasjonsadferden kan påvirke selve driften inne i poliklinikken. Dermed kan vi si at personlige egenskaper og ytelse fra den enkelte behandler, samt tilgang på spesialist, påvirker hvor lenge en pasient er i et forløp, og hvor fort behandleren kan påbegynne en ny pasient. En leder som innehar entreprenørfunksjonene i en voksenpsykiatrisk poliklinikk forholder seg aktivt til enhetens omgivelser, for å kunne utnytte muligheter og avverge trusler. Slik sett vil hver enkelt behandlers kapasitet, klinisk kompetanse og mulighet og evne til å samarbeide med andre, være en medvirkende årsaker til variasjon i pasientforløpene.

Tre av informantene hadde tilstrekkelig med innsatsfaktorer slik at de kunne effektivisere driften ved å organisere i team, som beskrevet i 5.1. Leder kunne dermed delegere noe av ansvaret for faglig oppfølging og koordinering av pasientforløpene til spesialistene. Slik vi tolker informasjonen fra lederne om effekten av organiseringen i team ledet av spesialister, har spesialistene større legitimitet til å vurdere lengde på forløpene enn når det kommer kritiske spørsmål om forløpstid fra ledelse. Spesialistene har med teamlederrollen blitt tildelt en administrativ funksjon i teamet og kan med faglig tyngde påvirke lengden og mengden helsehjelp som tilbys.

Slik som beskrevet i kapittel 3.5, er ledelse av ulike profesjoner en kompleks oppgave. Ledere som har klinisk erfaring, har slik vi forstår det en fordel, da de har bedre kjennskap til alle prosesser i behandlingsforløpet. De kan derfor lettere og tidligere identifisere utfordringer på behandlernivå og gjøre nødvendige korrigeringer. Spesialister har faglig tyngde i sine kliniske vurderinger og ved å samarbeide med enhetslederen, kan de fordele ressursene som er tilgjengelig i teamet på en mer hensiktsmessig måte. Flere av informantene hadde jevnlig møter med spesialistene på poliklinikken, for å samarbeide om driften. Det blir derfor viktig for leder og spesialist å finne den riktige balansen, mellom administrasjon, produksjon og faglige spesialistoppgaver. Som en av våre informanter påpeker, det er viktig at spesialister får utføre det de er utdannet til.

Per beskriver at driften i poliklinikken er blitt mer fabrikkarbeid og tenker at det ikke passer for alle å jobbe på en slik måte som kreves i dagens organisering av voksenpsykiatriske poliklinikker. Vår tolkning av dette er at den effektiviseringen som har foregått over tid i de voksenpsykiatriske poliklinikkene, samt nye administrative oppgaver på behandlernivå, oppleves som belastende og kan muligens være en forklaring på at det er vanskelig for ledere å stabilisere gode terapeuter. Dette antas å være en medvirkende årsak til at vi i dag konkurrerer med blant annet førstelinjen om de samme fagfolkene, som påpekt av vår informant i kapittel 5.1. Lønner et annet tema som ikke er ukjent, men som vi bevisst har unnlatt å ha fokus på.

Flere av de kapasitetsfremmede tiltak som er igangsatt de seneste årene, som pakkeforløp, krav om tre pasientkonsultasjoner for dagen, assistert timebok og fokus på å korte ned tiden i forløpene, kan oppleves som frarøvelse av faglig autonomi og nødvendig fleksibilitet. Terapi er komplisert og krever tid til forberedelse og etterarbeide. Per fortalte at han opplevde at det var en kulturell forskjell mellom de eldre terapeutene som hadde jobbet i poliklinikken i lang tid og de unge nyansatte. De yngre godtok lettere nye krav om effektivisering, mens de eldre viste større motstand. Dette kan tolkes som tegn til endringstretthet, da det har vært mange store endringer poliklinikkene i de seneste årene. Spesielt har det vært en økning i tiden som benyttes til å dokumentere prosessen og registrering av terapien og samarbeidet som skjer inne forløpene.

Det kan være mange ulike forklaringer på variasjon og kapasitetsutfordringer, men de sentrale funnet innenfor dette området i vår undersøkelse er at mangel på nødvendige og stabile produksjonsfaktorer påvirker alle prosessene i organisasjonen. Leder må ved mangel på kompetanse benytte mer av sin tid på å forsøke å utbedre dette, og får da mindre tid til individuell oppfølging og ledelse av sine medarbeidere. Administratorperspektivet for ledere som går ut på å fordele tilgjengelige ressurser, ikke bare på de pasientene som er inne i poliklinikken, men også de som står på ventelisten er viktig. Våre informanter gjennomførte fordeling av nye pasienter på ulike måter og hadde forskjellig fokus og løsninger for å forbedre pasientflyten som beskrevet i kapittel 5.3. Dette er viktige oppgaver for leder, men fordrer tid til samarbeid med blant annet spesialister, for å få til effektive og faglig forsvarlige forløp. Det kan stilles spørsmål ved om de minste poliklinikkene er dimensjonert for å få til kravene til involvering av spesialist som forventet innenfor rammene av pakkeforløpet. Kvalitativ og stabil spesialist ressurs er en viktig produksjonsfaktor for ledere av voksenpsykiatriske poliklinikker for å kunne effektivisere driften som forventet av omgivelsene.

6.4 Hvordan måles og kontrolleres produksjon i poliklinikkene

Basert på vår empiri sett i lys av teorien, vil vi i det følgende kapittel drøfte hva som ligger bak data som kan leses av i styringsverktøyet HN-LIS, og muligens finne forklaringer på hvorfor ikke resultatet om for eksempel målet om ventetid er innfridd på alle enheter. Internrevisjonen peker på manglende styring og kontroll i tre av foretakene. De konkluderer med at ingen av foretakene har en tilfredsstillende styring med kapasitetsutnyttelsen.

Alf beskrev et prosjekt som hadde til hensikt for å sørge for at de allerede ved inntak, hadde kvalitetssikret at det tok inn rette pasienter og dermed hadde begrenset pasienttilstrømmingen inn i poliklinikken, som beskrevet i empiri kapitlet 5.3. Prosjektet muliggjorde en grundig vurdering av rett til helsehjelp innen ti dager i samarbeid med førstelinjen, som er det mulighetsrommet poliklinikken har disponibelt. Gjøres vurderingen senere, etter inntak, forventes pakkeforløpet igangsatt, og gjeldene regler for registrering må følges.

Internrevisjonen peker på en bruk av vurderingssamtaler i en poliklinikk i Finnmarkssykehuset, der vurderingen ble gjennomført etter inntak og pasientene ble satt

tilbake på venteliste, uten at pakkeforløpet ble igangsatt. Dette førte til lange opphold mellom koding av utredning og klinisk beslutning i pakkeforløpet, som beskrevet i Figur 4 i kapittel 3.1.

Mål og resultatstyring benyttes for systematisk å overvåke, rapportere og dokumentere kvaliteten på helsetjenesten. Innenfor psykisk helse og rus er det i hovedsak aktivitet, prosess og ressursutnyttelse som måles, og ikke kvaliteten på behandlingen. Rapportering innen PHR, samsvaret således ikke nødvendigvis ikke med aktiviteten som skal til for å produsere kvalitative gode helsetjenester.

Alle informantene beskriver en økt grad av koding og registrering som behandlere må utføre, Disse administrative kravene pakkeforløpet medførte, er utfordrende å implementere for lederne. Informantene beskriver at det var og er liten oppslutning rundt dette kravet om koding og registrering, og det tar tid, og det er stor fare for feilkilder siden behandlere må gå inn manuelt og kode egen aktivitet i forbindelse med pasientkonsultasjonen. Implementeringen av pakkeforløpet er iverksatt uten ekstra tilførte ressurser, men er tatt av tidligere tildelte behandlerressurser, som beskrevet i 5.1. Det er med andre ors tatt av knapp behandlerkapasitet for å utføre administrative oppgaver.

De mest sentrale indikatorene innen psykisk helse og rus, er ventetid, fristbrudd, epikrisetid og antall konsultasjoner, som nevnt i kapittel 2.3. Rapportering på indikatorene forventes fulgt opp på alle ledernivåene, fra enhetsleder og opp til toppledelsen. Det var ulikt fokus blant våre informanter på å følge opp ventetiden i HN-LIS, som var en av målene vi hadde spesielt fokus på i våre intervju. Foruten ventetiden hadde vi fokus på tjenesteproduksjonen inne i poliklinikkene, der variasjon i forløp og kapasitetsutnyttelse var tema for vår undersøkelse.

Vi vil derfor starte med å slippe til våre informanters tanker omkring styringsverktøyet for blant annet ventetid. Pål hadde gjort noen forsøk på å benytte HN-Lis som et verktøy for ledere. Han opplevde å bruke mye tid på å finne frem til data som var relevante og hadde derfor gitt opp å benytte verktøyet. Espen ville ikke påstå at verktøyet ble benyttet aktivt, men

hadde forståelse av at det kanskje burde benyttes oftere, da det kunne gi viktig informasjon. Per var den eneste lederen som uttrykte klart at han fulgte dette aktivt opp selv, og at han likte å gjøre det. Alf fulgte det opp, men hadde delegert noe av oppfølgingen til andre, som beskrevet i 5.2. En årsak til ulik bruk av dette styringsverktøyet kan være at de var ulikt oppsatt og dermed ikke like brukervennlig for ledere i Finnmarkssykehuset, som det var i Helgelandssykehuset. Internrevisjonen hadde avdekket dette i intervju med ledere og gav råd til Finnmarkssykehuset om å søke inspirasjon fra Helgelandssykehuset og UNN, da de anså dette som et viktig verktøy for oppfølging av ventetid. Dette er nok ikke hele forklaringen på at Helgelandssykehuset var eneste foretak som hadde innfridd kravet om 40 dagers ventetid, da revisjonen ble gjennomført.

I de seneste tiårene har den teknologiske utviklingen gått fra å være en støtteordning til å bli en sentral og integrert del av arbeidshverdagen for oss som produserer helsetjenester, både på behandlernivå og alle ledelsesnivå over. Digitale løsninger kan raskt og med få tastetrykk, overføre viktig informasjon til alle som trenger den i forhold til samarbeid om felles pasienter. Med andre ord den har forenklet og styrket muligheten for å kommunisere, og ikke mins gitt ledere en bedre oversikt om hva som foregår i enhetene av produksjon av helsetjenester.

HN-LIS, eller virksomhetsportalen, er det lederverktøyet, der data om måloppnåelse i forhold til for eksempel ventetid kan frembringes lett, om verktøyet er hensiktsmessig satt opp. Tallene i Virksomhetsportalen produseres ut fra data som registreres av behandlere i DIPS Arena. Der registreres frister for helsehjelp, antall ventende pasienter, truende fristbrudd og fristbrudd. Første oppmøte på poliklinikken hos den behandler som har fått tildelt pasienten, registreres som møtt av behandler i DIPS Arena og dermed stoppes ventetida. Dette må utføres riktig av behandler for å forhindre at det ikke skal kunne "leses" som fristbrudd. Per var den eneste av de lederne vi intervjuet som uttrykte at han fulgte godt med, og til og med gjorde sideleder i annen poliklinikk oppmerksom på feilregistreringer for å forhindre "tekniske" fristbrudd i HN-LIS. Det var altså ikke reelle fristbrudd, men manglende eller feil registrering av behandler som var årsaken til fristbruddet. Slik vi forstår det, er dette et eksempel på at produsert data om aktivitet, kan ha feilkilder, forårsaket av manglende kompetanse på registrering hos helsepersonell.

Alf forteller i intervjuet at det ikke er samsvar mellom krav om at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager når det i prioriteringsveilederen anbefales 26 uker som forsvarlig ventetid for voksne pasienter med ADHD, som beskrevet i kapittel 5.2. Han uttrykker derved at det er motstridende krav i forskjellige dokumenter.

Prioriteringsveilederens anbefalinger er utarbeidet etter faglige vurderinger, slik at den skal være til hjelp for å sikre at pasienter med alvorlige psykiske vansker og høyt symptomtrykk sikres rask helsehjelp, mens andre mindre alvorlige lidelser kan ha lengre ventetid. Risiko for at man setter “flatt krav” om at alle skal få hjelp inn innen 4 uker, er at de faglige vurderingene ikke hensyntas og at mindre alvorlige henvisninger startes opp tidligere enn mer alvorlige henvisninger. Ved å ta inn alle pasienter innen 40 dager, “låses” en del av produksjonsfaktorene, som beskrevet i kapittel 3.1, og leder får da mindre mulighet til å fordele pasientsaker som krever rask oppfølging.

Ledelsesutfordringer blir da et maktforhold mellom faglige vurderinger, (uformelle) som gjøres av spesialister i psykiatri og mål og strategi i de (formelle organisasjonstrekkene), som beskrevet i den helhetlige modellen i Figur 2. En annen sentral utfordring er at spesialisters vurderinger settes til side for å innfri et krav det finnes liten forståelse for i voksenpsykiatriske poliklinikker. Økningen i ADHD henvisninger er, som våre informanter bekreftet, stor og utfordrende å håndtere. Med andre ord, så svekkes den faglige autonomien i spesialisthelsetjenesten. Det er komplekse vurderinger og prioriteringer som skal gjøres i de voksenpsykiatriske poliklinikkene. Å lede medarbeidere med stor faglig autonomi og faglig domene, er en utfordrende lederoppgave på alle nivåer, men muligens mest utfordrende for ledere nærmest produksjon (Nyland og Pettersen, 2018). Det er de som møter pasientene som skal formidle felles beslutninger, tatt i poliklinikken, eller av ledelsen over. Det kan være vanskelig å fortelle en pasient ansikt til ansikt at behandlingen avsluttes av ulike årsaker.

Som nevnt var det kun Per som syntes at det ikke var utfordrende selv å følge med på tallene i HN-LIS som omhandlet ventetid. Mellomledere er limet i organisasjonen, og integratoren har en viktig rolle i å oversette og iverksette krav fra ledere over. Enhetsledere i poliklinikkene står derfor ofte i en presset situasjon, der kravene er motstridende. Et eksempel er å skape forståelse for hvorfor gjennomsnittlig ventetid skal være 40 dager, når flere av de fristene som prioriteringsveilederen setter er godt over dette. Som nevnt er en sentral utfordring alle de

pasientene som ønsker en utredning for ADHD, som har lang frist. Dette er ifølge PAIE modellen, som presentert i teorikapittelet 3.5, en integrator funksjon, som formidler krav fra omgivelsene, som i dette tilfellet er et nasjonalt mål, som er formidlet via oppdragsdokumentet til alle helseforetak, og videre til alle voksenpsykiatriske poliklinikker.

For en enhetsleder i en liten poliklinikk, med ustabile og manglende ressurser, er det ikke mulig å ha fokus på dette kravet, og ventetiden overstiges dermed, fordi det daglig må gjøres prioriteringer og sikre at de pasientene med størst symptomtrekk får hjelp først. Dette kan være pasienter med psykosesyntomer og suicidalproblematikk. Vi tenker at Per har ansvar for å drifte en “stor nok” poliklinikk, med god og stabil spesialistdekning, ved for eksempel å kunne innfri kravet om at ingen pasienter skal måtte vente lengere enn 40 dager før første time hos sin behandler. Dette klarte han å innfri selv om han var uenig i kravet, som beskrevet i 5.2. Han jobber strategisk i teamet for å skape forståelse og motivere til å innfri kravet. Han har tid til god ledelse.

Som beskrevet i bakgrunns kapittel 2.3, ble mål og resultatstyring besluttet iverksatt for å øke produktivitetspresset tilnærmet lik det private markedet. Strategien for at ledere på ulike nivå skal kunne følge dette opp, er å dokumentere, rapportere og overvåke produksjonen av helsetjenester. HN-Lis er det styringsverktøyet der ledere, om det er godt nok oppsatt, kan følge opp tallene på produksjonsfaktorer og resultater, men dette er resultatmål. Tallene produseres på bakgrunn av hva som finnes av kapasitet og den enkelte behandler prioriteringer, samt om registrerer og koder i pasientjournal systemet utføres riktig. Produsentfunksjonen for enhetsledere, vil slik vi tolker det, komme i konflikt med integrator funksjonen, som beskrevet i PAIE. Produsent funksjonen har mest fokus på drift, som beskrevet i kapittel 3.5.

En annen utfordring er som nevnt at ikke alle behandlere er gode nok til å produsere riktig data. De kan for eksempel uttrykke direkte motstand om å utføre registrering de ikke ønsker å prioritere. En grunn kan være at de har liten forståelse for hensikten med registreringen. I vårt materiale kom dette fram som at ledere må til daglig velge sine kamper. Slik som Per sier, må man velge hvor mye press du skal legge på en god og effektiv terapeut, for å samtidig få

terapeuten til å bli en god produsent av data. Her kan man tenke seg at det er produsentfunksjonen hos leder, som har fokus på å produsere gode helsetjenester, må veies opp mot administratorfunksjonen som har fokus på hvilke tall som kommer til uttrykk i systemene og som er synlig for lederne på overordnet nivå.

Pakkeforløps- koordinatorene er en viktig funksjon for kvalitetssikring av aktiviteten i pakkeforløpet. Dette er innført ved å ta av behandlerkapasitet for å overvåke registreringer som igjen fører til data, om hvilket krav i pakkeforløpene som er innfridd. Blant annet stopp og start av forløpet, kliniske beslutninger, og riktig registrert avslutning. Dette er beskrevet og forklart i Figur 4. Pakkeforløpskoordinator rapporterer funn direkte til behandlere. Ledere informeres på ulikt vis om kvaliteten på kodingen.

Administratorfunksjonen i en voksenpsykiatrisk poliklinikk sørger for kontroll og holder oversikt i organisasjonen. Fokuset er i hovedsak på effektivisering og økonomi. Administratoren har gjennom ulike styringsverktøy oversikt på den ansattes arbeidsprosess og mengde produksjon. Styring og kontroll kan oppleves negativt og utfordrende for enkelte ansatte, mens andre ansatte kan sette pris på tydelige rammer (Strand, 2010). To av informantene utrykte oppgitthet over rapporteringssystemene, og en av disse pekte på sammenheng mellom krav til registreringer og knyttet dette direkte til at fagfolk muligens valgte andre arena for å utøve sin profesjon, som referert til i sitatet i 5.1. Dette understøttes av vår egen erfaring som ledere, vi mister gode fagfolk, fordi ikke alle er komfortable med all registrering som forventes og anses som administrativt arbeid. Nyland og Pettersen peker på svakheter ved grunntanken ved bestiller-utfører -logikken, da det samtidig innføres mange resultatmålinger, styringsindikatorer og styringssystemer for å kontrollere. Overgangen fra hierarkisk/byråkratisk styring til kontraktsyring, som oppdragsdokument, er at dette kan medføre overdosestyring, som betyr at det må settes inn mer ressurs på kontroll for å styre og kontrollere alle ledd i organisasjonen (Nyland og Pettersen, 2018)

Den helhetlige modellen gir en beskrivelse av hvordan ulike forhold har en direkte påvirkning av hvordan poliklinikken virker og fungerer. Som modellen viser, er det mye som kan påvirke ventetiden og kapasitetsutnyttelsen i poliklinikkene, og som igjen påvirker hvordan ledere

følger dette opp. Vi får en bekreftelse på at ledelse i spesialisthelsetjenesten er en kompleks oppgave som preges av et stadig skifte og tempo, avbrudd og sterk sosial intensitet slik som beskrevet i 3.4. Ledene som inngår i studien beskriver ulike lederutfordringer og strategier i forhold til driften av poliklinikkene. Pål, som er leder i den minste enheten, har kun 50% i lederfunksjon, formidler at det ikke er tid til å tenke på faglig utvikling eller utøve ledelse med tanke på forbedring og nødvendige tiltak slik han ønsker å utføre for å tilpasse organisasjonen til omgivelsene. Pål beskriver at det kun er fokus på direkte pasientarbeid, siden han ikke har nok ressurser i avdelingen og flere vakante stillinger. Vår tolkning er at Pål er tildelt en liten lederfunksjon på grunn av at poliklinikken har få ansatte å lede. Utfordringene i en mindre organisasjon som produserer helsetjenester, er at han har få ansatte i utgangspunktet å fordele oppgaver til. I tillegg er det utfordrende å få til en spissing av kompetansen. De poliklinikkene som var store nok til å dele inn sine personalgrupper i team, har en bedre forutsetning til å gi sine ansatte mengdetrening i ulike utredninger og behandlingsformer. Hvis en ansatt i et av de spesialiserte teamene blir borte av ulike årsaker, kan de gjenværende i teamet ivareta den manglende funksjonen i en periode. Det sier seg selv at en mindre poliklinikk, som ikke får dekket en eller flere spesialiststillinger, vil oppleves som mer ustabil, enn en større som mangler samme antall. Dette fører igjen til at presset på gjenværende spesialister og på leder av klinikken blir større og faren for høyt arbeidspress er til stede. I sin ytterste konsekvens, kan mangelen på spesialister føre til inntaksstopp for enheten.

Vår formening er at når kapasitetsutnyttelse skal vurderes må det tas hensyn til at poliklinikkene er en tjenesteproducent slik som beskrevet i kapittel 3.1. Indirekte aktivitet som ikke gir inntekt, må derfor trekkes fra når det skal beregnes kapasitet, hvis hensikten er å måle inntekt mot aktivitet. Indirekte aktiviteter er også krav i oppdragsdokument, lover og forskrifter og handler blant annet om samarbeid med 1. linjen, deltagelse i utvalg, forbedringsarbeid, veiledning, opplæring, deltagelse i tverrfaglige team med mer. Drift av en mindre enhet fordrer derfor muligens mer fratrekk, enn en større enhet, for å kunne ivareta disse kravene, med andre ord en liten voksenpsykiatrisk poliklinikk må forfordeles produksjonsfaktorer, for å kunne innfri alle de komplekse kravene som er felles for alle slike organisasjoner.

6.5 Oppsummering

For å unngå ventetid og variasjon i pasientforløpene har vi kommet frem til at det må være en balanse i kjernen av produksjonsfaktorer for å kunne organisere tjenesten hensiktsmessig.

Ledere må ha kapasitet og kompetanse for å kunne utøve sine lederfunksjoner hensiktsmessig.

Pasienttilstrømmingen må ikke overgå poliklinikkens evne til å produsere helsehjelp.

Samarbeid mellom 1.linje må fungere hensiktsmessig slik at oppgaveflyten mellom nivåene fungerer.

Måling og kontroll av virksomheten må være rasjonell og hensiktsmessig. I dag møtes denne formen for måling og kontroll med motstand fra ansatte, fordi det som kodes og registreres gir informasjon om bare forhold som kan kvantifiseres, og i veldig liten grad informasjon om kvaliteten på den helsehjelpen som ytes.

I den grad kvalitet følges opp, er det av spesialister som har fått tildelt kontrolloppgaver i form av å godkjenne og kontrollere pasientforløpene.

7.0 Konklusjon

I internrevisjonen ble det konkludert med at det var ulik faglig praksis mellom klinikker i regionen. Vi har kommet frem til at denne ulikheten har sammenheng med at poliklinikkene er av ulik størrelse, er ulikt sammensatt med fagfolk, er ulikt organisert, lederskapet utøves ulikt og ledelsesverktøyene anvendes forskjellig. Vi har gjennom denne undersøkelsen fått bekreftelse på at kravene til ledelse av voksenpsykiatriske poliklinikker innebærer komplekse og skiftende oppgaver og stiller store krav til ledere. Vi har en formening om at det er viktig at ledere har lederkompetanse og tid til å jobbe strukturert med de oppgavene og utfordringene de står overfor.

Som vi var innom i metodekapitlet har vi forsøkt etter best evne å være redelig i forhold til å stille informantene rimelige åpne spørsmål, fortolke og analysere deres svar, og derigjennom være åpen for informantenes subjektive meninger om hva som kan forklare funnene fra internrevisjonen som variasjonene i poliklinikkens måltall. Imidlertid er det grunn til å påpeke at de funnene vi har gjort i stor grad er i samsvar med våre egne erfaringer. Vi ble imidlertid overrasket over at lederne hadde ulikt fokus for utøvelse av leder rollen. Vi hadde muligens forventet at lederne i større grad var opptatt av mål og resultatstyring, men vi har gjennom denne undersøkelsen fått informasjon om at den daglige driften og utfordringer enkelte står i fører til at noen ikke forholder seg til krav om ventetid og variasjon.

Drift av voksenpsykiatriske poliklinikker er komplekse og kostbare tjenester å yte, siden det er produksjon som skjer ved bruk av høykompetent arbeidskraft. I Helse Nord`s region bor befolkningen spredt, og pasientgrunnet for mange voksenpsykiatriske poliklinikker er lavere enn i sentrale strøk. Samtidig for å kunne sikre et likeverdig tilbud i rurale strøk vil det være nødvendig å planlegge aktivitet med riktig og nødvendig kompetanse, for å innfri de komplekse oppgavene og kravene som er lagt til de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

Vi mener at vår undersøkelse bekrefter at kjernen i organisasjonen må bestå av mennesker med ulike kvalifikasjoner som samhandler for å løse oppgavene, på samme måte som ved større poliklinikker i sentrale strøk med større pasientgrunnlag. Utfordringen for

poliklinikkene som deltar i vår studie er at poliklinikkene drifter uten nok og riktig sammensatte produksjonsfaktorer, som medfører til variasjon i kapasitet og lang ventetid.

Vi ser også at det er utfordrende å planlegge aktivitet siden det gjennom året kommer flere ikke planlagte oppgaver hvor ledelse tar klinisk personell ut av drift for å delta i prosjektgrupper, kvalitetsarbeid, samhandling og utarbeidelse av faglige rapporter. Slike oppgaver er vanskelig å måle og kan være med på å forklare variasjon i aktivitet, kapasitetsutnyttelse, ventetider og dermed scoringer på ulike måltall som voksenpsykiatriske poliklinikker oppnår.

I vår undersøkelse har vi vært opptatt av å snakke med lederne om deres erfaringer omkring variasjon i måltall. En interessant oppgave for videre forskning ville vært å snakke med øvrige ansatte ved klinikkene (eksempelvis leger og psykologer) for å høre deres fortellinger om hva variasjonene skyldes. På denne måten kunne vi kommet nærmere inn på de faglige prioriteringene som ligger til grunn for drifta, og kanskje sett en variasjon også innenfor måten faget utøves på. En annen tilnærming som også kunne vært spennende å gjennomføre er å ta pasientenes perspektiv, og forsøke å se hva variasjonene i oppnådde resultater egentlig betyr for de tilbudene som pasientene knyttet til de ulike klinikkene får. Imidlertid får det være opp til kommende masterstudenter i helseledelse eventuelt å gjennomføre slike undersøkelser.

8. Litteraturliste

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2021). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.).

Fagbokforlaget

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (4. Utg.). Abstrakt forlag

Melberg, H. O & Kjekshus, L. E (red.) (2012): *Fremtidens Helse –Norge*, Fagbokforlaget

Nyland, K. & Pettersen I. J (2018). *Penger og Helse* (1. Utg.). Fagbokforlaget

Strand, T (2010). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. Utg.). Fagbokforlaget 2010

Thorsvik, J (2021). *Hvordan vårt politiske system fungerer*. Fagbokforlaget

Olsen, J. A (2006). *Helseøkonomi*. Cappelen akademiske forlag as

Veggeland, N (2013). *Reformer i norsk helsevesen*. Fagbokforlaget

9.0 Vedlegg

1. Informasjonsskriv sendt ut til informantene i forkant av intervju

Til informant (fire ledere på VPP/VOP i Helse Nord)

04.03.2022

Dette er en forespørsel om deltakelse i intervju vedrørende forskningsprosjekt med følgende tema: Variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse. Som en del av master in business and administrasjon (MBA) skal vi i gang med masteroppgave. Våre navn er Bryndis Rogde og Anikken Aaseng, vi er studenter på MBA ved Nord Universitet. Vi har i likhet med dere deltatt i HN internrevisjon som omhandler *ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen PHV for Voksne i HN, gjennomført September 2020- Juli 2021*. Rapport ferdigstilt 25.08 2021. Vi ønsker i den forbindelse å intervju fire ledere nært klinisk drift i Helse Nord for å søke svar på nærmere lederes forståelse av årsaken til variasjon i ventetid og kapasitetsutnyttelse i Helse Nord. Vi håper at du kan bidra med å stille som informant. Vi vil benytte kvalitativt intervju for å innhente deres erfaring med ovennevnte tema.

Vi vil behandle data som samles inn konfidensielt, intervjuene vil bli transkribert og etter endt masteroppgaveprosjekt 23.06.22, vil all data som er samlet inn bli makulert. Deres informasjon i undersøkelsen vil bli anonymisert. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har godtatt gjennomføring av intervjuet.

Dere vil få anledning til å lese gjennom transkribert intervju for å korrigere mulige misforståelser eller tydeliggjøre informasjon. Samtykke gjøres muntlig og kan trekkes tilbake hvis ønskelig. Du har rett til å klage, klagen kan sendes til veileder eller direkte til NSD. Skulle du føle behov for kontakt med vår veileder under prosjektiden, kan Pål Andreas Pedersen kontaktes på: paal.a.pedersen@nord.no eller mobil #####

Hvis du kan tenke deg å stille som informant har vi behov for å gjøre nærmere avtale. Intervjuene er tenkt å gjennomføres digitalt og er planlagt gjennomført innenfor normal arbeidstid. Tidsbruk vil være ca. 45 Minutter. Deltakelse er frivillig, og du kan trekke deg uten å oppgi noen grunn.

Vi har satt av følgende forslag til tidspunkt for intervju, håper noen av disse tidspunktene kan passe for deg. Nærmere avtale avklares på telefon.

uke 11

Mandag 14.03 kl 09.00	Tirsdag 15.03 kl.	Onsdag 16.03 kl. 14.30
Mandag 14.03 kl. 10.30	Tirsdag 15.03 kl. 13.30	
Mandag 14.03 kl. 12.30		

uke 12

Mandag 21.03 kl. 09.00	Tirsdag 22.03 kl. 10.30	Fredag 25.03 kl 09.00
Mandag 21.03 kl 10.30	Tirsdag 22.03 kl. 14.00	Fredag 25.03 kl. 10.30
Mandag 21.03 kl 12.30		

Med vennlig hilsen

Bryndis Rogde mob: ##### og

Anikken Aaseng mob: #####

2. Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), har på oppdrag i fra Nord Universitet vurdert at behandlingen av personvernopplysninger i prosjektet er i tråd med personregelverket.

Godkjenning:

Prosjektansvarlig

Pål Andreas Pedersen

Prosjektperiode

28.02.2022 - 23.06.2022

[Meldeskjema](#)

Dato

19.04.2022

Type

Med vilkår

Kommentar

TILBAKEMELDING Vi bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrevet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

b17817ae7

- **Påminnelse (planlagt)** 30.06.2022 02:00
- **Sluttvurdering (planlagt)** 23.06.2022 02:00
- **Melding** 19.04.2022 15:46
- Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 486620: TILBAKEMELDING Vi bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrevet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i

Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

- **Vurdert** 19.04.2022 15:46
- Behandlingen av personopplysninger er vurdert.
- [Les vår vurdering](#)
- **Melding fra Marianne Høgetveit Myhren (NSD)** 19.04.2022 15:44