

Til tross for økt satsning via Opptrappingsplanen, er produksjonen per fagårsverk marginalt endret innen norsk psykiatri

Clas Waagø-Hansen

Clas Waagø-Hansen, spesialist i psykiatri, Ernst & Young/St. Olavs hospital

Abstract

Despite an increase in resources through the national psychiatric Escalation plan, Norwegian psychiatry has only seen a marginally change in productivity per clinician.

Background: When an evaluation of the national Norwegian psychiatric Escalation plan was carried out, the conclusion was that the Norwegian Parliaments demand of a 50% increase in productivity had been achieved. The number of treated patients went from 476 000 to 1,1 million a year over a 10 year period. What wasn't highlighted was the fact that the actual number of clinicians also almost doubled. The purpose of this study was to investigate how the accessible resources within Norwegian psychiatry was utilized, and from a society's point of view, is it possible to achieve a true increase in productivity through better management of available resources.

Method: For the analysis of resources used, the cost analytical tool TDABC was chosen. Data used was obtained from The Norwegian Directorate of Health, Statistics Norway and a hospital trust. Clinicians at several sites were interviewed in person, and 235 clinicians completed a web-based survey in order to gain insight in an ordinary clinical working day.

Results: The findings consistently indicate low productivity on a national level within hospitals. This study investigated 95 062 outpatient consultations in the mentioned Trust, and on average 75% of the working hours were not used on face-to-face patient consultations. Further, available resources were not optimally utilized, patient related outcomes were not used as a tool to adapt/tailor service offered and low productivity has on a national level gained acceptance. The national hospital productivity was on average 38% compared to the productivity by out of hospital practitioners financed by the state. These state financed practitioners have a cost rate of approximately 14%-21% compared to practitioners in hospitals.

Implications: If the issues highlighted in this study are addressed, the productivity within Norwegian psychiatry should be able to meet and excel the demands set forth by the Norwegian Parliament. Such an outcome would require appropriate management on all levels within the service.

Key words:

Hospital financial management, Hospital management, TDABC, healthcare delivery model, mental health

Referee*

Bakgrunn

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 ble lagt frem i St.prp. nr. 63 (1997-1998) på bakgrunn av Stortingets behandling av St.meld. nr. 25 (1996-1997) ”Åpenhet og helhet” (Regjeringen 1996), sistnevnte påpekte at produktiviteten ved de psykiatriske poliklinikkene syntes lav, og det ble antydning om mulig 50% økning i antall pasienter per behandler (Statens Helsetilsyn 2001: forord).

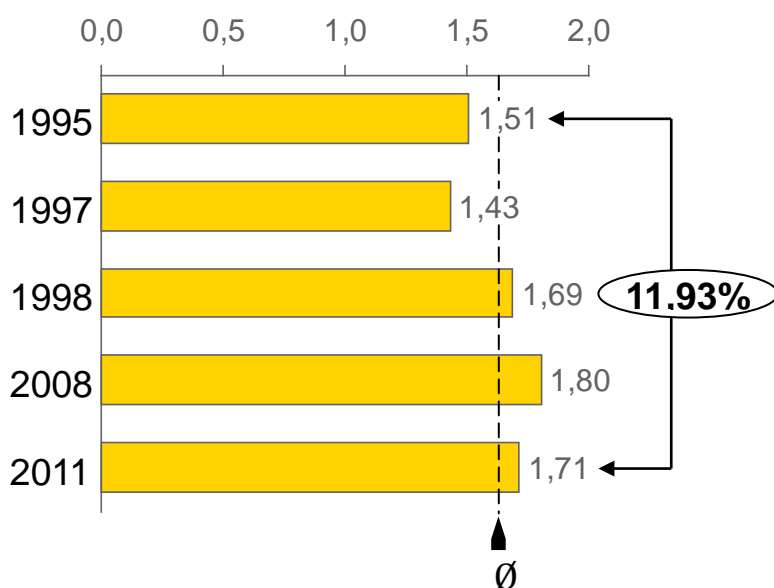
Dette følges opp av Stortinget i 2001 da det vedtar Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (Lovdata 1999), der lovens formål særlig er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig §1-1 punkt 4 samt §1-1 punkt 6; bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

I begrunnelsen for Opptrappingsplanen ble det spesielt nevnt at tilgjengelighet, kontinuitet og helhet var årsaker til økt satsning på norsk psykisk helsetjeneste (Regjeringen 2009).

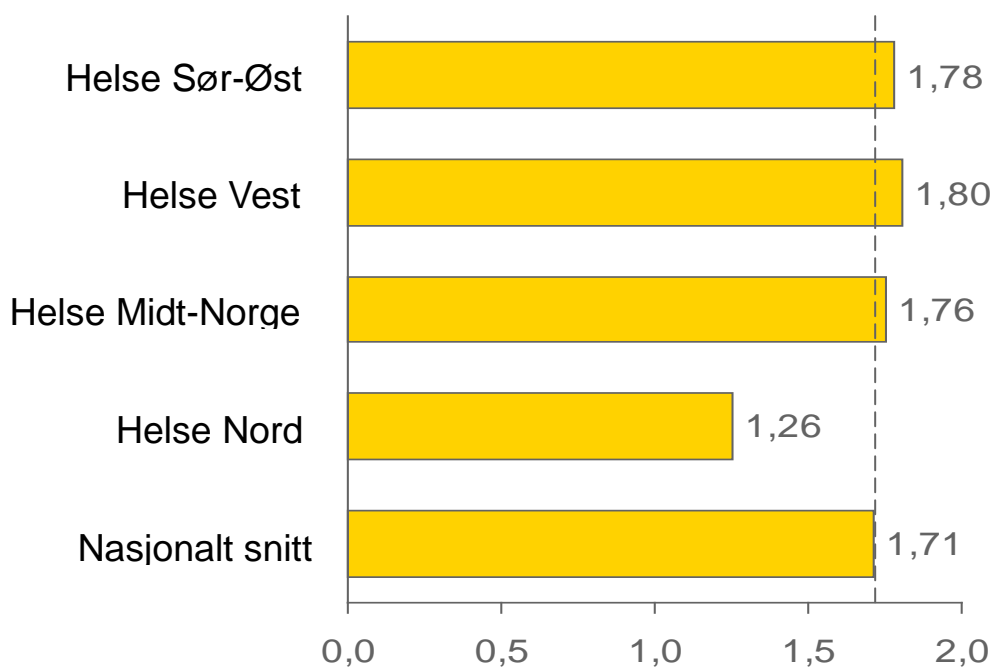
Tall fra SAMDATA i perioden 1995 – 2011 (SAMDATA 2002 - 2011) innen VoP viser en nasjonal utvikling fra 1.51 til 1.71 konsultasjon per fagårsverk per dag fra 1995 til 2011, med en topp på 1.80 i 2008 (figur 1). Dette tilsvarer en økning på 11.9%, og er landsgjennomsnitt. For 2011 varierte de regionale tallene mellom 1.26 og 1.80 konsultasjon per fagårsverk per dag, jfr figur 2.

Dersom man legger til grunn normen for varigheten av en poliklinisk konsultasjon i Norge, 45 minutter, tilsvarer dette at gjennomsnittlig tid brukt til direkte pasientkontakt i 2011 varierte fra 56.7 minutter til 81 minutter pr dag pr fagårsverk. Dette er gjennomsnittstall som dekker hele behandlingsspekteret innen poliklinisk virksomhet, dvs både stasjonær og ambulans virksomhet.

Figur 1: Pasienter per dag/fagårsverk 1995 - 2011 – nasjonale tall, fra SAMDATA



Figur 2: Pasienter per dag/fagårsverk 2011 – for hvert RHF, fra SAMDATA



På nasjonal basis har altså gjennomsnittlig tid medgått til daglig poliklinisk pasientbehandling økt fra 68 minutter i 1995 til 78 minutter i 2011 per fagårsverk, mens den totale polikliniske produksjonen har økt betraktelig under og etter Opptappingsplanen.

Jfr SAMDATA 2008 (SAMDATA 2008) har det vært en kraftig vekst i den polikliniske produksjonen . Fra 1998 til 2008 økte antall konsultasjoner med nær 231 prosent. Produktivitetsveksten per behandler har dog vært langt svakere enn forutsatt av Stortinget (Statens Helsetilsyn 2001, forord). Årsaken til den faktiske økningen av total produksjon er at antall årsverk ved poliklinikkene i løpet av denne perioden har blitt fordoblet.

Denne utviklingen ble påpekt av SAMDATA allerede i 2002 (SAMDATA 2002), man så ikke den forventede økningen i produktivitet hos den enkelte behandler. Gjennom 1990-tallet økte antall konsultasjoner ved poliklinikker for voksne med 64 prosent, personellinnsatsen økte tilsvarende. Sintef (Hatling, Bjørngaard og Johansen 2003) fant at i perioden 2000 – 2002 økte antall konsultasjoner med 18%, mens antall fagårsverk økte med 28%. I 2003 fant de at produktiviteten per fagårsverk igjen var oppe på 1998 nivå (Hatling, Røhme og Bjørngaard 2005).

Statens Helsetilsyn utgav i 2002 ”Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker” (Statens Helsetilsyn 2001), da de “med dette å bidra til en god prosess i utviklingen av de psykiatriske poliklinikkene slik at psykisk helsevern kan utvikles i tråd med de intensjoner som ligger i opptappingsplanen for psykisk helse.” I denne ble også produktivitet hos den enkelte behandler spesifikt omtalt. ”De fleste poliklinikker praktiserer en utstrakt autonomi for den enkelte behandler og har ingen uttalt konsensus om hva som skal være behandlingsmålsettingen for den enkelte pasient, eller for når det er faglig riktig å avslutte en behandling.”

Norges forskningsråd la i juni 2009 frem en evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (Forskningsrådet 2008), og daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen uttalte:

”Hovedkonklusjonen i rapporten er at de kvantitative målene i hovedsak er nådd. Mer enn dobbelt så mange får behandling som for 10 år siden og antall årsverk er økt betraktelig. – Det gjenstår fortsatt utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten og brukermedvirkning. Dette er viktige satsingsområder for regjeringen framover, sier Hanssen.” (Regjeringen 2009).

SAMDATA 2010 (SAMDATA 2010) viser at fra 2009 til 2010 økte antall konsultasjoner med 6%, antall polikliniske fagårsverk med 11% og konsultasjoner pr fagårsverk gikk tilbake med 5%. 2009 til 2010 er ikke et unntak, SAMDATA 2009 (SAMDATA 2009) viser at fra 2008 til 2009 økte antall fagårsverk med 7.4%, mens antall konsultasjoner med 3.6%. Man ser altså ikke en positiv lineær sammenheng mellom økningen av antall fagfolk og økningen av produktiviteten.

På et overordnet mål fremstår ikke psykisk helse pr i dag som et bærekraftig system, det er lav produktivitet, og for å oppnå økt produktivitet økes antallet fagfolk, ikke produksjonen i seg selv. På sikt er ikke dette et bærekraftig system, og kan fremstå med elementer fra en Ponzisvindel, som er avhengig av kontinuerlig påfyll for å kunne gi avkastning, da systemet ikke gir avkastning i seg selv.

Formålet med denne undersøkelsen er å se på hvordan ressursene innen psykisk helse utnyttes, kvantitativt ble i hovedsak målene for Opptappingsplanen nådd, men til hvilken pris?

Materiale og metode

Produksjonsdata er hentet fra SAMDATA frem t.o.m. 2011 samt levert fra et helseforetak. De enkelte enhetene i foretaket har selv kvalitetssikret datagrunnlaget for produksjon. På foretaksnivå ble produksjonen for august 2011 – september 2012 brukt, 12 måneder. I denne artikkelen er dybdeanalysen basert på produksjonstall fra all voksenpsykiatrisk poliklinisk aktivitet for en divisjon fra et foretak i Norge.

Aktivitetsdata for spesialister med avtale er hentet fra Norsk pasientregister (Norsk pasientregister 2011). Det datagrunnlaget som anvendes i rapporten dekker 90 prosent av alle avtalespesialister innen psykisk helsevern.

Tilskudd til avtalespesialister er hentet fra SSB (SSB 2011).

For å analysere hvordan ressursene er brukt, er metoden Time Driven Activity Based Costing (Anderson og Kaplan 2007, Kaplan og Porter 2011) benyttet. Denne metoden analyserer alle de faktiske kostnader forbundet med den prosessen som analyseres, og er således også avhengig av kostnadsdata. Resultatene vises som effektiv timekostnad for hver enkelt profesjon i figur 9. Kostnadsdata er levert fra helseforetaket som ble analysert. Faktiske kostnader inkluderer alle kostnader for å drifte et foretak, inklusive lønnskostnader, sosiale kostnader, driftskostnader, IKT, telefon m.m., som blir allokert ned til individnivå for å synliggjøre reelle kostnader forbundet med drift.

I denne studien er divisjonens interne kostnad beregnet, det er således ikke tatt med administrasjons- og støtte- kostnader ut over den enkelte enhet. Kostnadene vil dermed være noe høyere sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Dette var et bevist valg, da metoden på dette nivået viser hvordan divisjonens indre ressurser benyttes.

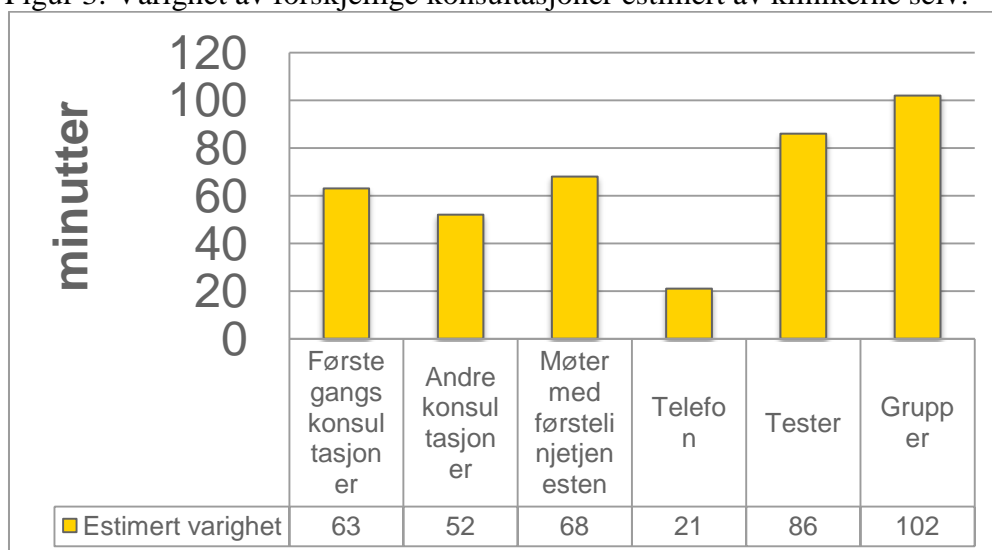
Effektiv timekostnad beregnes ut fra hvor mye tid en person har til sin hovedaktivitet. På grunn av dette vil personell under utdanning ofte ha en høyere timekostnad enn en spesialist, på grunn av fravær til fordypning, kurs og lignende

Ved siden av å kartlegge det økonomiske aspektet, kartlegger denne analysen også hvordan ressursene som ble analysert, ble anvendt av divisjonen. Analyseresultatet kan dermed gi en god pekepinn på hvordan man kan innrette seg for å få best mulig utbytte av investerte ressurser, både materielle og menneskelige.

For å kartlegge innholdet i den polikliniske hverdagen ble klinikere intervjuet om deres hverdag. Artikkelforfatter er spesialist i psykiatri, og hadde dermed en god forutsetning for å gjennomføre disse intervjuene. Disse intervjuene dannet så grunnlaget for et spørreskjema som ble sendt til 502 klinikere innen alle profesjoner, der 235 svarte.

Varigheten av konsultasjoner innen psykiatri er et sentralt tema i en slik analyse. Det foreligger en nasjonal forståelse om at tidsforbruket med pasient i en ordinær konsultasjon er 45 minutter. Statens Helsetilsyn henviser også til dette i sin ”Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker” (Statens Helsetilsyn 2001), og klinikerne selv anslo dette til 52 minutter. Spørreundersøkelsen kartla videre gjennomsnittlig tidsbruk på andre oppgaver i den kliniske hverdagen, figur 3.

Figur 3: Varighet av forskjellige konsultasjoner estimert av klinikerne selv:



Hvilke pasientrettede tiltak som ligger bak produksjonstallene for foretaket, ble undersøkt ved å analysere de refusjonsutløsende takstene i denne perioden. Basert på denne analysen ble så innholdet av en klinisk hverdag forsøkt kartlagt, for å gi et bilde av ressursutnyttelsen i foretaket.

En svakhet ved omregning av produksjon pr dag til faktisk tid brukt på direkte pasientkontakt, er at det pr i dag ikke foreligger valide målinger på tidsbruk. For å estimere tid brukt på direkte pasientkontakt må derfor estimert tidsbruk anvendes. Innen norsk psykiatri eksisterer det en norm på 45 minutter pr samtale, som også Statens Helsetilsyn legger til grunn, som nevnt over. Spørreundersøkelsen som ble gjennomført bekrefter at den aksepterte normen for tidsbruk stemmer rimelig godt med reelt tidsbruk.

Det er korrigert for fravær, permisjoner, vikarer etc., slik at det er den reelle produksjonen som er fordelt på den reelle personellinnsatsen i denne perioden.

Direkte pasientkontakt omfatter konsultasjoner med pasienter, telefonkonsultasjoner, tester, gruppe-/familiebehandling, oppfølgingsmøter med førstelinjetjenesten og ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner med pasienter. (Se vedlegg 3, takster og tid)

Innholdet av tiden som ikke er direkte pasientkontakt, er ikke kartlagt i detalj. Dette omfatter blant annet reisetid i forbindelse med ambulant virksomhet, interne møter, vurdering av henvisninger, enhets- og teamledelse, kurs, utdanning og veiledning.

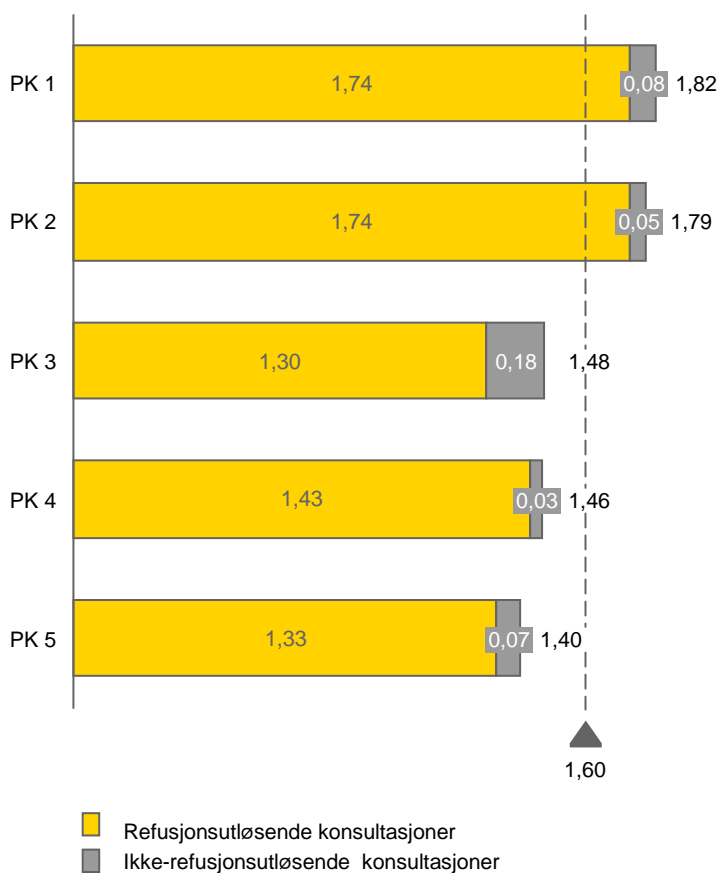
Beregningen av nettokost tar utgangspunkt i totale lønnskostnader for alle profesjoner av klinisk personell i poliklinikkene, samt arealer i poliklinikkene. Beregningen inkluderer kun refusjonsutløsende konsultasjoner.

Lønnskostnader for ikke-klinisk støttepersonell og ledelse er ikke inkludert i beregningen, slik at de reelle kostnadene i et samfunnsøkonomisk perspektiv er større. Dette er divisjonens interne kostnad, og kostnader knyttet til ikke-pasientrettet arbeid er fordelt over konsultasjonene. Beregningsforklaring i vedlegg 1.

Resultater

Nasjonale og regionale produksjonstall for perioden som ble undersøkt varierer som nevnt over mellom 1.26 og 1.80 konsultasjoner med pasient pr dag pr fagårsverk. I det foretaket som ble undersøkt var dette tallet 1.47 konsultasjoner i gjennomsnitt pr dag pr fagårsverk for hele divisjonen, og 1.60 i de rene polikliniske enhetene.

Figur 4: Antall konsultasjoner med pasienter per årsverk per dag for rene poliklinikker 1 – 5 (PK1 – PK5), med et gjennomsnitt på 1.60 for poliklinikkene



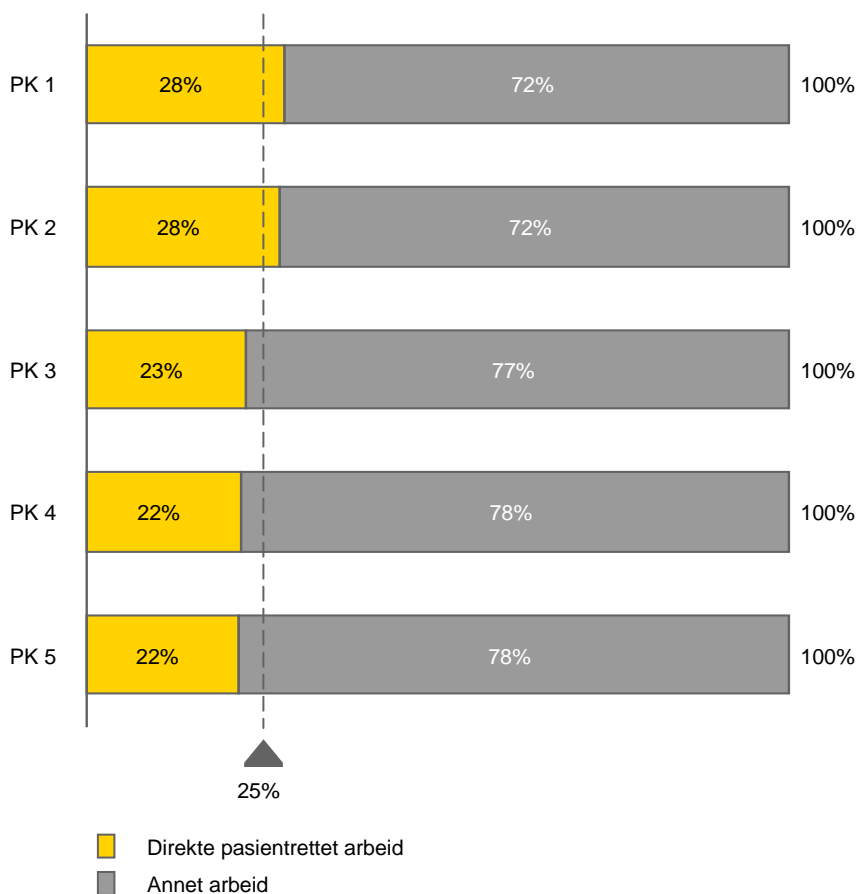
- ▶ Beregningen tar utgangspunkt i faktisk produksjon i perioden samt reelt tilgjengelige kliniske årsverk i den samme perioden
- ▶ Ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner med pasienter er inkludert i beregningen
- ▶ Antall årsverk er korrigert for fravær, vikarer osv.
- ▶ Samlet produksjon for alle poliklinikkene er 1,6 konsultasjoner per årsverk per dag (derav 1,5 refusjonsutløsende)

I produksjonstallet ligger både refusjonsutløsende konsultasjoner og ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner. På enhetsnivå varierte produksjonstallet fra 0.51 til 1.83 refusjonsutløsende konsultasjoner pr dag pr fagarårsverk.

Totalt ble det i denne perioden registrert 95 062 konsultasjoner, 7 823 ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner og 87 239 refusjonsutløsende konsultasjoner ved det undersøkte foretaket.

Tid brukt på direkte pasientkontakt pr fagarårsverk pr dag varierte fra 10% til 32%, med et gjennomsnitt på 24.6% for hele divisjonen. Ved en arbeidstid på 7.5 timer pr dag, tilsvarer dette at et fagarårsverk bruker fra 45 minutter til 144 minutter pr dag til direkte pasientkontakt, med et gjennomsnitt på 111 minutter.

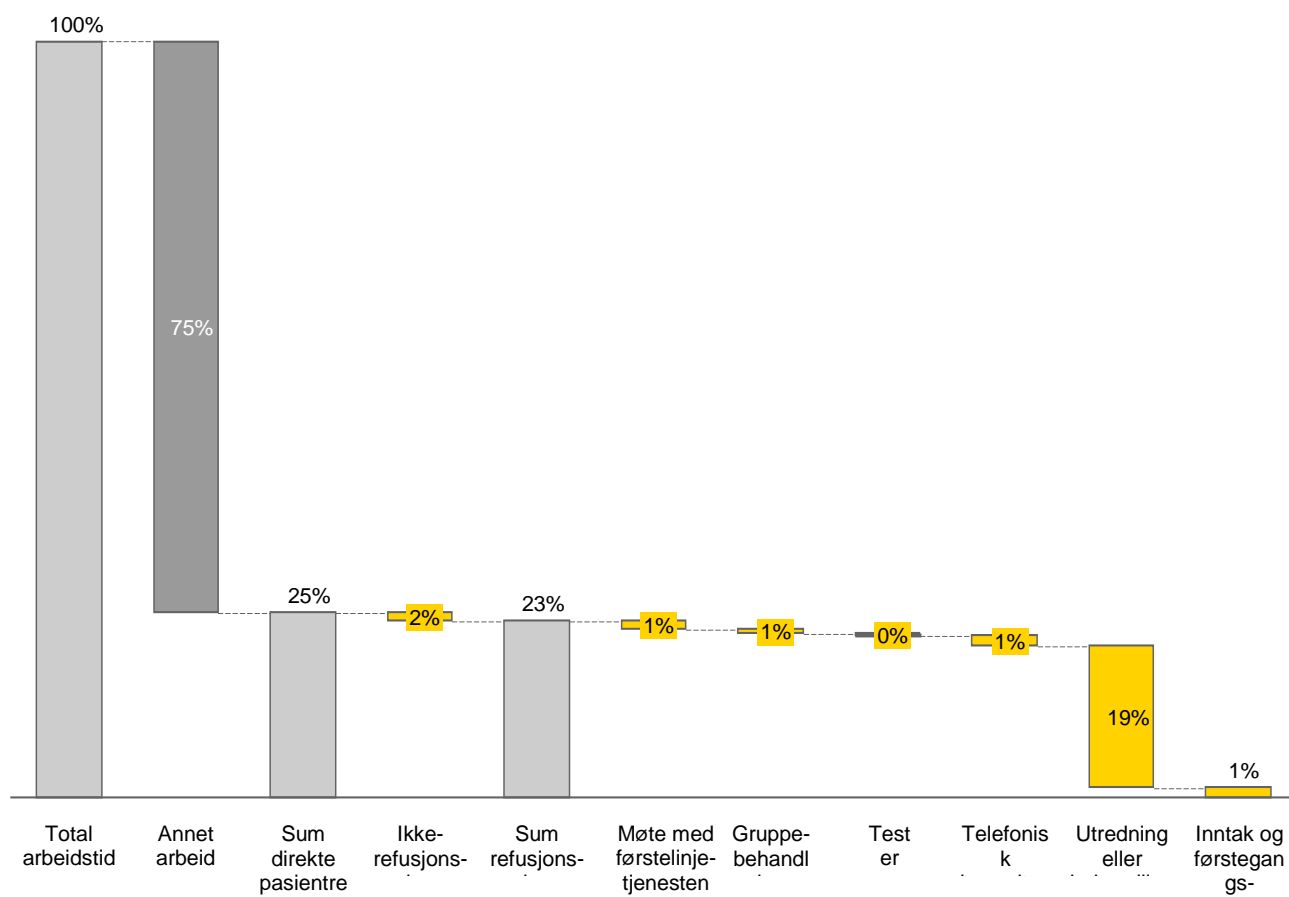
Figur 5: Tid brukt på direkte pasientkontakt pr fagårsværk i perioden 1.9.2011-31.8.2012



- ▶ Beregningen tar utgangspunkt i faktisk produksjon i perioden samt reelt tilgjengelige kliniske årsværk i den samme perioden
- ▶ Direkte pasientrettet arbeid omfatter konsultasjoner med pasienter, telefonkonsultasjoner, tester, gruppe-/familiebehandling, oppfølgingsmøter med førstelinjetjenesten og ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner med pasienter
- ▶ Innholdet i annet arbeid er ikke kartlagt i detalj, men dette omfatter blant annet reisetid i forbindelse med ambulant virksomhet, interne møter, vurdering av henvisninger, enhets- og teamledelse, kurs, utdanning og veiledning
- ▶ Samlet fordeling for alle poliklinikkene er 25 % direkte pasientrettet arbeid

Analyse av de registrerte takstene viste at 17% av arbeidstiden gikk til utredning eller behandling av pasienter, 4 % til telefonisk konsultasjon, 1 % til førstegangskonsultasjon og gruppebehandling. Tester og møter med førstelinjetjenesten lå under 0.5%. Se figur 6.

Figur 6: Fordeling arbeidstid klinisk personell (%)



Figur 3 viser gjennomsnittet av varigheten for de enkelte konsultasjonsformer klinikerne selv oppgav i spørreundersøkelsen. De ble også spurt om det hendte at de brukte kortere konsultasjoner, og 69% oppgav at de gjorde det. Klinikere som benytter kortere konsultasjoner estimerer at varigheten er 26 % kortere når dette benyttes.

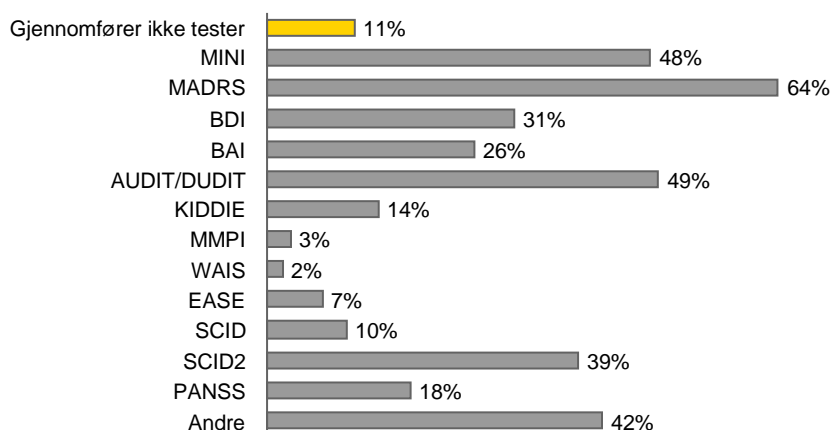
Gruppebehandling er godt dokumentert innen psykisk helse, som nevnt over ble ikke dette brukt i stor utstrekning i denne divisjonen. 76% oppgav at de hadde et gruppetilbud ved deres enhet, og 35% svarte at de benyttet seg av dette.

På spørsmål om behandlingsresultat ble målt ved deres enhet, svarte 45% ja. 26% svarte vet ikke og 29% svarte nei.

Det ble også spurt om de kjente til produksjonskrav ved deres enhet, noe som divisjonen har. 68% svarte ja, 23% nei og 8% vet ikke.

Neuropsykologiske tester er viktige verktøy innen psykiatrisk virksomhet for både utredning av symptomer og kartlegging av tilstand. Spørreundersøkelsen bekreftet at de fleste klinikere utfører disse i sin hverdag. Klinikere innen psykisk helsevern består av høgskoleutdannelse, leger, psykologer og lege- og psykolog- spesialist. Figur 7 viser hvilke neuropsykologiske tester høgskoleutdannende utfører.

Figur 7: Tester som gjøres av høgskoleutdannet:



100% av psykologene oppgav at de utførte slike tester, mens det for psykiatere og psykologspesialister var 96%.

Kvalitetssikring av testing ble også etterspurt. Det ble gitt opplæring, men opplæringen følges ikke systematisk opp. 71% bekreftet opplæring, 19% sa nei og 10% vet ikke. 56% svarte at opplæringen ble fulgt opp, 25% nei og 19% vet ikke.

På spørsmål om alle pasienter ble diskutert med spesialist, svarte 6.8% nei, 6% vet ikke og 87.2% ja.

Det ble også spurt om reisetid tok mye av deres kliniske arbeidsdag, 28% svarte ingen reisetid, 49% svarte inntil 2 timer pr uke., 18.7% svarte 2-6 timer, 3% 6-10 timer og 0.9% over 10 timer.

De ble også bedt om å estimere pasientrettet arbeid som det ikke finnes takster for. 59% svarte ja til "utfører du mye arbeid som ikke blir registrert da det ikke finnes takster for dette?". For de som svarte ja var gjennomsnittlig tidsforbruk 7 timer på dette, per uke. Eksempler på dette i vedlegg 1.

Samlet netto driftskostnad per konsultasjon for alle enheter er 2.653 kr, mens samlet arealkostnad per konsultasjon er 137 kr. Ved den minst produktive enheten var driftskostnad 14 117 kr pr konsultasjon, og ved den mest effektive 2 057 kr.

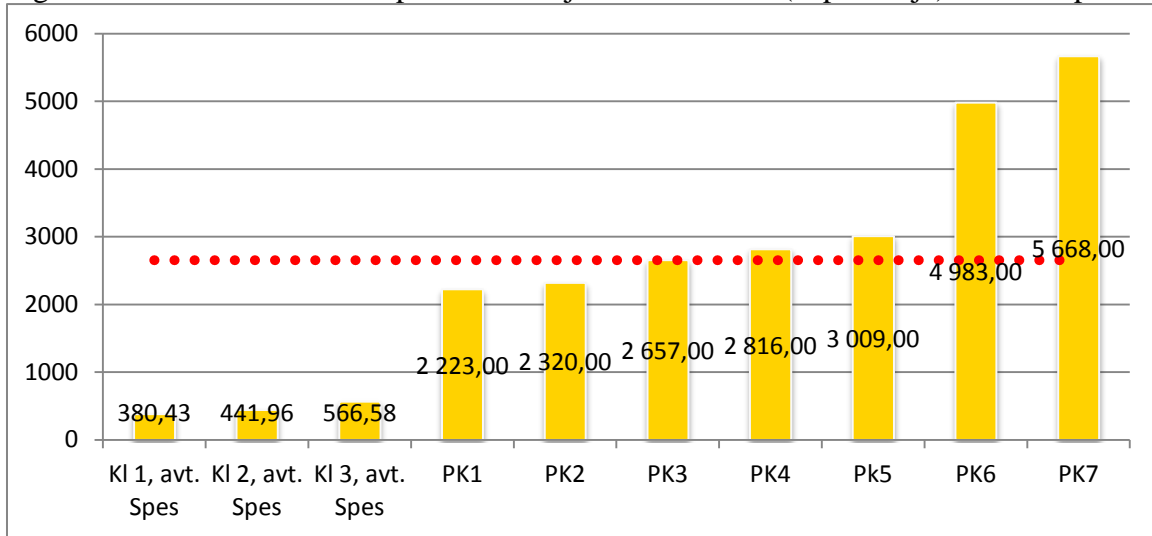
Figur 8 viser netto driftskostnader for 60 minutter ved utvalgte enheter (de med størst produksjon) i divisjonen, sammenlignet med kostnadene for 60 minutter for avtalespesialister.

Avtalespesialistene har tilskudd fra det regionale helseforetaket, og vil dermed reelt sett være enda billigere da kostnader ut over divisjonen (stab etc) ikke er tatt med for divisjonens netto driftskostnader.

Netto driftskostnader for 60 minutter av en klasse 1 avtalespesialist tilsvarer 14.3 % av gjennomsnittet av nettokost for en konsultasjon i divisjonen, uavhengig av hvilken profesjon som utfører konsultasjonen i divisjonen. Tilsvarende er kostnaden for klasse 3 avtalespesialist er 21% av gjennomsnittet for en konsultasjon i divisjonen.

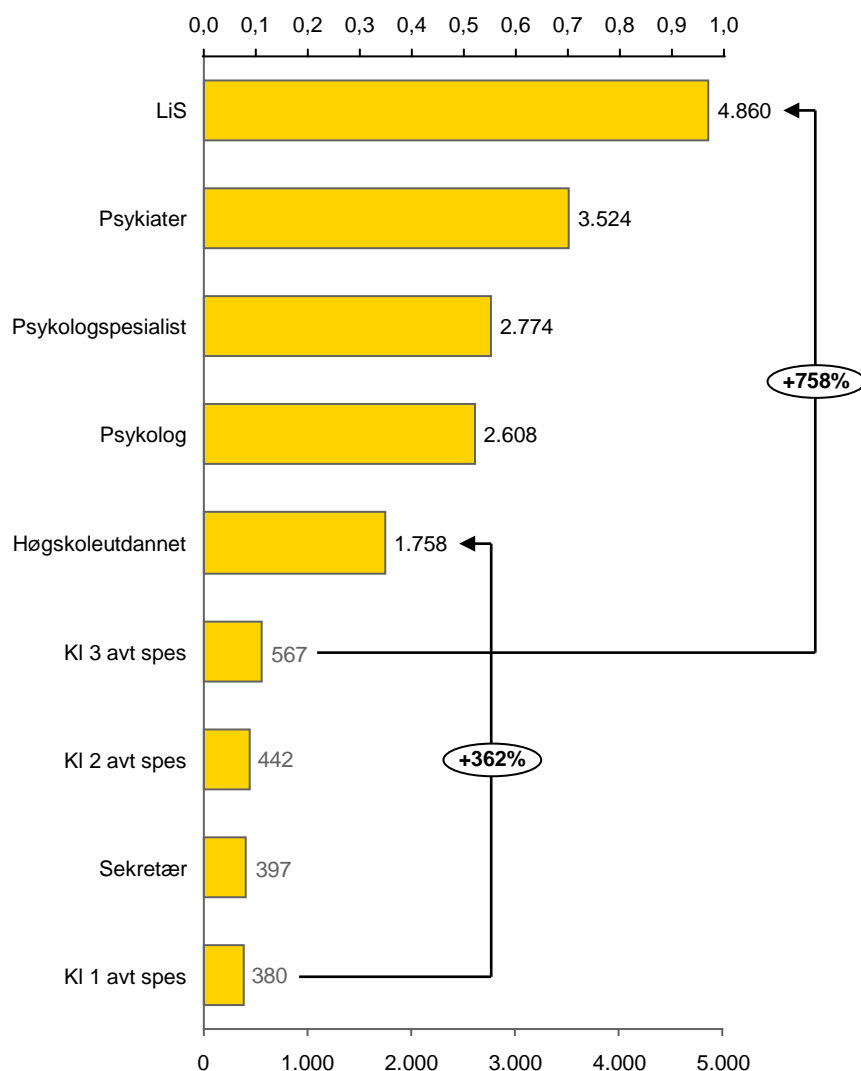
Psykiatere og psykologer havner oftest i klasse 1 da tilskuddet beregnes ut fra behov for medisinsk utstyr i drift av spesialistpraksis.

Figur 8: Netto driftskostnader per konsultasjon for enhetene (stiplet linje) er snittet på 2 653



Da metoden TDABC ble brukt for å beregne effektive timepriser for de forskjellige profesjonene, ble kostnad per effektive time som vist i figur 9. Sekretærer og de forskjellige avtalespesialistklassene ble tatt med for sammenligning.

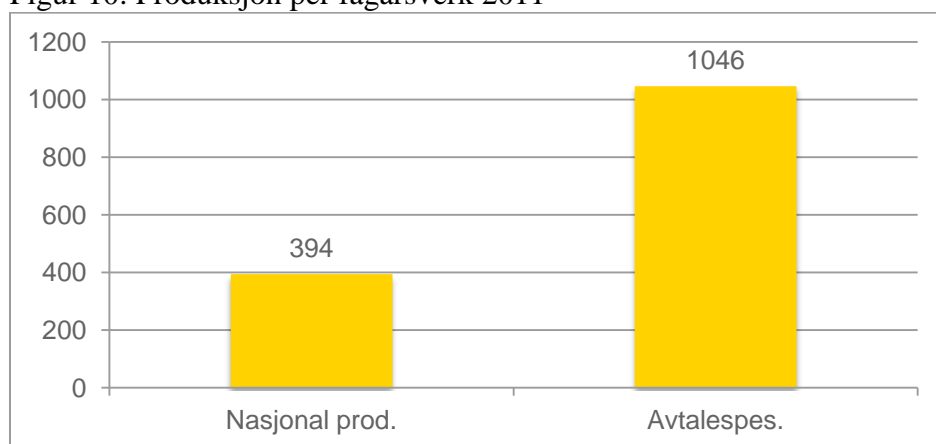
Figur 9: Effektiv timepris for de forskjellige profesjonene:



Avtalespesialistene (både psykiatri og psykologi) stod for ca 28% av produksjonen i psykisk helsevern i 2011 (Norsk pasientregister 2011), og de utgjør forholdsmessig ca 25% av fagårsverk i helseforetak, 786 mot 3 132 (SAMDATA 2011).

Det nasjonale gjennomsnittet for produksjon var i 2011 394 pr fagårsverk på landsbasis (SAMDATA 2011), mens det for avtalespesialister innen psykiatri var 1046 og innen psykologi var 1051 (Norsk pasientregister 2011), figur 10. Tallene gjelder for spesialister med 100% driftshjemmel.

Figur 10: Produksjon per fagårsverk 2011



Psykiaterne hadde i gjennomsnitt 12 kontakter pr pasient, og psykologene 12,7, og de så henholdsvis 87 og 83 pasienter pr behandler. (Norsk pasientregister 2011).

Basert på takster brukte avtalespesialistene over 1 time pr pasient for ca $\frac{3}{4}$ av pasientene (Norsk pasientregister 2011). For begge fagområdene er det store variasjoner i antall kontakter per pasient. Innen psykiatri varierer gjennomsnittet per pasient fra 3 til 48 kontakter og 55 prosent av spesialistene ligger over gjennomsnittet på 12 kontakter per pasient. Innen psykologi varierer gjennomsnittet per pasient fra 1 til 62 og her er det 65 prosent av spesialistene som har flere kontakter per pasient enn det nasjonale gjennomsnittet på 12,7 (Norsk pasientregister 2011).

Fortolkning

Analysen av takstene ved denne divisjonen synes å stemme godt overens med de nasjonale tall. Selv om det er svakheter ved beregning av tid brukt på direkte pasientkontakt, synes tiden brukt på direkte pasientkontakt å være lav. Det spiller ingen avgjørende rolle om det brukes 45, 52 eller 60 minutter per konsultasjon så lenge det nasjonale snittet for 2011 er 1.71 pasientkonsultasjon per dag per fagårsverk, samt at ytterligere tilførsel av årsverk ikke har medført en lineær sammenheng med økning i produktivitet. Et slikt system er ikke bærekraftig over tid.

Dette er en problemstilling Stortinget adresserte forut Opptappingsplanen i 1996, og som har vært tatt opp av SAMDATA, SINTEF og Statens Helsetilsyn gjentatte ganger siden da.

I beregningen av tid brukt til direkte pasientkontakt ligger den største svakheten som tidligere nevnt, i at det ikke foreligger objektive tidsmålinger, dernest at det heller ikke foreligger nøyaktige målinger for de øvrige gjøremål som blir utført i løpet av en arbeidsdag.

Legger man til grunn svar fra denne spørreundersøkelsen finner man at et sted mellom 9 og 13 timer pr uke går med til reisetid og ”annet”, hhv 24% og 35% av en 37.5 timers arbeidsuke. Tid medgått til direkte pasientkontakt ligger på et divisjonsnivå i underkant av 25%. Disse to faktorene dekker altså fra 49% til 60% av en arbeidsuke. For å få et mer presist bilde av hva arbeidstiden brukes til, må det inngående tidsregistreringer til, noe som lå utenfor denne studien.

Innholdet av arbeidstiden ble også nevnt av SINTEF i sin sluttrapport (Hatling, Røhme og Bjørngaard 2005); ”I en situasjon hvor behandlerne ønsker å gjøre mer av alt er det altså grunn til å anta at behovet for ledelse er stort”. Behovet for ledelse tiltar ytterligere når summen av ikke-refusjonsberettigede oppgaver øker, og myndighetene blir nødt til å ta med dette i sin vurdering av produktivitet.

Ved pålegg om økning av ikke-kliniske aktiviteter, må nødvendigvis disponibel tid til klinisk aktivitet gå ned dersom man forutsetter at klinikere skal utføre disse oppgavene innenfor en uendret tidsramme. En lederoppgave blir dermed å identifisere de oppgavene som må gjøres av klinikere og hvilke oppgaver som kan utføres av ikke-klinikere (merkantilt personell). Videre bør det tilfalle ledere å differensiere mer blant klinikerne, alle bør fortsatt ikke gjøre alt og eksisterende kompetanse bør utnyttes bedre.

Funn i spørreundersøkelsen viser at de som er ansatt for å gjøre et klinisk arbeide, uavhengig av profesjon, kan utføre de fleste basisundersøkelsene. Lokale ledere bør derfor i større grad vurdere ressursbruken, slik at spesialistenes tid i større grad går til spesialist arbeide fremfor rutinearbeid. En slik omfordeling av ressursbruk vil kunne tilføre en betydelig økning av spesialisttid, samt fremstå mer samfunnsøkonomisk fornuftig ved at ressursbruk gjenspeiles i kompleksiteten av det arbeide som utføres.

Videre bør det innføres objektive kvalitetsindikatorer på behandling gitt. Ved å sammenstille disse opp mot behandling gitt, type behandling og ressursforbruk, kan man innrette fremtidig behandling slik at den mest effektive behandlingen innsettes.

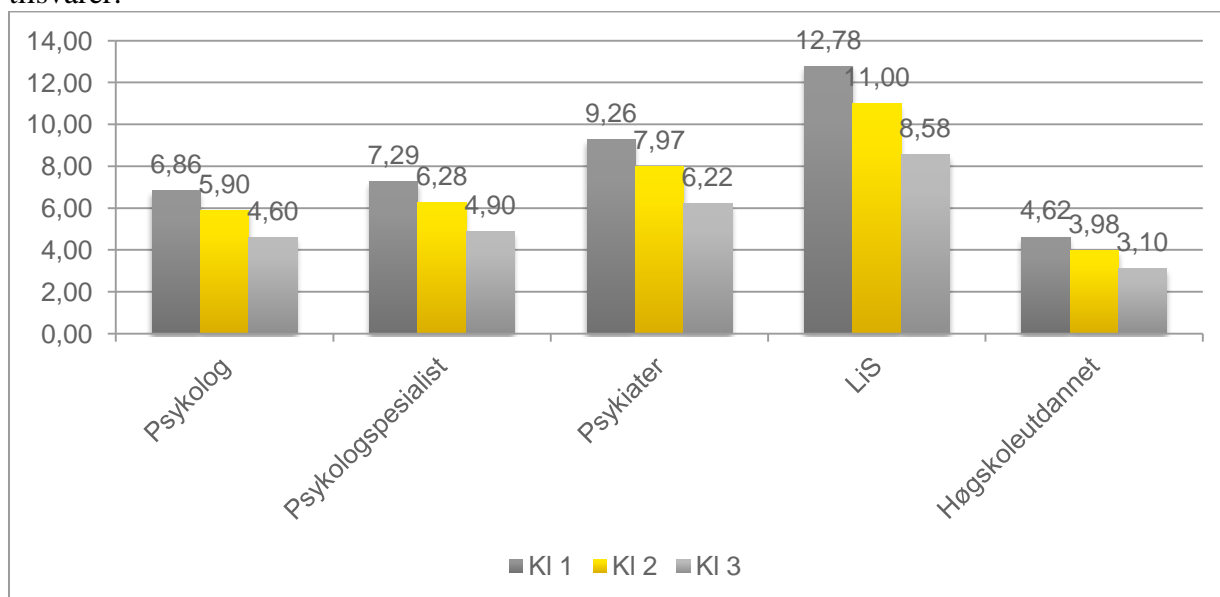
Uten objektive kvalitetsindikatorer styrer man for ofte etter subjektiv synsing, og man får dermed ikke muligheten til systematisk læring på systemnivå. Et slikt ”blindet” og transparent system vil ikke ha andre interesser enn å fremme læring, uavhengig av eventuelle økonomiske interesser.

Det kan også synes som om det er et underforbruk av avtalespesialister. For det undersøkte regionale helseforetaket lå driftskostnad for avtalespesialist på 14% - 21% av netto driftskostnad for divisjonen. Dette tilsvarer 5 – 6 hele spesialistkonsultasjoner for hver av de utførte konsultasjonene i divisjonen.

Avtalespesialister har produksjonskrav som er nesten tre ganger så høy som den nasjonale produksjonen i 2011, og dette er produksjonskrav som innfris. De ser pasienter innenfor de fleste diagnosegruppene og ved løpende å avslutte pasientforløp, har de kapasitet til å behandle flere.

Dersom effektiv timepris hos de forskjellige profesjonene sammenlignes, viser figur 11 at for kostnaden av 1 time hos en høyskoleutdannet person i denne divisjonen, kunne samfunnet fått 3.1 konsultasjoner hos legespesialist kl 1, og 3.98 hos kl 2 . Sammenlignes psykiater mot psykiater, tilsvarer en konsultasjon hos sykehusansatt 6.2 konsultasjoner hos en avtalespesialist, og hele 8.6 konsultasjoner målt opp mot Lege i spesialisering (LiS lege), fig 11.

Figur 11: Antall timer hos avtalespesialist som 1 time hos hver profesjon på sykehuset tilsvarer:



Samlet sett fremstår kvaliteten og kompetansen innen norsk psykiatri som god, Opptrappingsplanen har medført rikelig med ressurser for å oppnå dette. Det som dog ikke fremstår som optimalt, er styring av ressursforbruk.

Stortingets forventninger fra 1996 er på ingen måte oppnådd på tross av alle tilførte ressurser, og det er legitimt å spørre om spesialisthelsetjenesteloven gjennomgående brytes innen norsk psykiatri.

Ved bedre ledelse og ressursutnyttelse av eksisterende kompetanse i norsk psykiatri bør det være mulig å oppfylle kravet fra Stortinget om økt produktivitet. Som denne studien viser får samfunnet langt flere konsultasjoner igjen for ressurser brukt hos avtalespesialister enn i en DPS, samt at forutsetningene for en bedre ressursutnyttelse innad i DPS'ene er til stede ved en større differensiering av utført arbeide.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (Lovdata 1999), der lovens formål særlig er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig §1-1 punkt 4 samt §1-1 punkt 6; bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene vil også etterleves i langt større grad ved en vridning av kommende investeringer. Avtalespesialistene har produksjonskrav som ligger 2 – 3 ganger over nasjonalt gjennomsnitt av pasienter behandlet per årsverk, disse kravene innfris samt kostnaden for en konsultasjon hos avtalespesialist er 14%-21% av kostnaden for en konsultasjon i et DPS, uavhengig av profesjon som utfører konsultasjonen i DPS'et.

Ved å dreie fremtidig investeringer mot avtalespesialister fremfor økt oppbemanning i DPS'ene støtter disse tall at Helseforetakene bør vurdere å innføre flere hjemler for avtalespesialister fremfor oppbemanning av DPS funksjoner, eventuelt også vurdere en vridning av dagens ressurser ut fra DPS'er til avtalespesialister. Videre bør lokal ledelse internt i DPS'ene i langt større grad fokusere på økning av antall faktiske pasienter sett slik at samfunnet får den tjenesten samfunnet etterspør og finansierer.

Kvaliteten på behandling gitt, både hos avtalespesialister og i DPS'er, bør dokumenteres ved innføring av klinisk relevante kvalitetsindikatorer. Da det er samfunnet som finansierer offentlig psykisk helsevern samt har behov for disse tjenestene, bør det derfor være legitimt å etterspørre offentlig publisering av kvalitetsindikatorer og informasjon om ressursforbruk samt effektivitet innen psykisk helsevern.

Litteratur

- Anderson og Kaplan (2007) Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits by Robert S. Kaplan, Steven R. Anderson, Harvard Business Press Books, Apr 04, 2007
- Forskningsrådet (2008) http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptrappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836
- Hatling, Bjørngaard og Johansen (2003) Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker, Delrapport 2, STF78 A035005. Unimed Psykisk helsearbeid
- Hatling, Røhme og Bjørngaard (2005) Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Sluttrapport, Bjørngaard SINTEF Helse, Juni 2005
- Kaplan og Porter (2011) How to Solve the Cost Crisis in Health Care, HBR Articles, Robert S. Kaplan, Michael E. Porter, Sep 1, 2011
- Lovdata (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-061-001.html#1-1>
- Norsk pasientregister (2011) Aktivitetsdata for avtalespesialister 2011
- Regjeringen (1997) Åpenhet og helhet, http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97/2.html?id=191088
- Regjeringen (2009) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2009/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-eva.html?id=567200>
- Regjeringen (2009) Fakta ark 150609 Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008, <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/FAKTA%20opptrappingsplanen.pdf>
- SAMDATA (2002) Pedersen PB, red. SAMDATA Psykisk helsevern. Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner, Rapport 7/01. Trondheim: SINTEF Unimed, 2002.
- Samdata (2002 – 2011) <http://www.sintef.no/samdata>
- SSB (2011) SSB: Skjema 41 Private spesialister med driftsavtale
- Statens Helsetilsyn (2001) HÅNDBOK I DRIFT AV PSYKIATRISKE POLIKLINIKKER, IK– 2739 , Utredningsserien 2:2001

Vedlegg 1: Analysene er basert på produksjons- og kostnadsdata mottatt fra klinikken

- ▶ Analysene viser hva som er produsert hvor, av hvilken enhet, til hvilken internkostnad
- ▶ Analysene er basert på data mottatt fra avdelingene, og går ikke ned på individnivå for netto driftskostnad
- ▶ Analysene inneholder en usikkerhetsfaktor på grunn av enkelte svakheter i datagrunnlaget, men dette svekker ikke den overordnede konklusjonen
- ▶ Datagrunnlaget er kvalitetssikret av avdelingsledere

Datatype	Kommentar
Produksjon	Avdelingene har relativt god oversikt over hvor mye som produseres i en gitt tidsperiode, men i enkelte tilfeller er det uklart hvem som har produsert dette og hvor. I tilfeller der lokale tall er høyere enn tallene som kommer fram i sentrale rapporter, er lokale tall prioritert. Det finnes en risiko for dobbelttelling, samtidig som det kan finnes produksjon som ikke er registrert. Enkelte avdelingsledere har påpekt svakheter i registreringspraksis ved sin avdeling.
Lønnskostnader	Avdelingene har god oversikt over tilgjengelig klinisk personell samt lønnskostnader forbundet med dette. Analysene tar utgangspunkt i reelt tilgjengelige årsverk og faktiske lønnskostnader.
Arealkostnader	Arealkostnader for de ulike enhetene er inkludert i sin helhet for leide arealer. For eide arealer er en gjennomsnittlig kostnad per kvadratmeter lagt til grunn. I de tilfellene hvor flere enheter deler areal er dette fordelt ut fra antall årsverk i de ulike enhetene.
Behandlingsresultat	Klinikken måler ikke behandlingsresultat systematisk per i dag. Kvalitet på produksjonen og effekt hos pasient er derfor ikke inkludert i analysene.

Vedlegg 2: Hvilket pasientrettet arbeid utløser ikke takster:

- Forberedelse til konsultasjoner / tester
- Planlegging av gruppebehandling / annen terapi
- Analyse av tester / etterarbeid
- Journalføring / dokumentasjon
- Mentalt etterarbeid
- Vurdering av diagnose
- Reseptskriving
- Bestilling av blodprøver
- Søke etter ledige plasser på institusjoner
- Sms med pasienter
- Telefonkontakt med pasienter / pårørende som ikke (kan?) registreres som telefonkonsultasjon
- Råd og veiledning til pårørende
- Generell råd og veiledning til eksterne instanser (ikke knyttet til navngitt pasient)
- Utfylling av skjemaer til NAV
- Uttalelser / rettssaker
- Pasienter som ikke møter
- Oppsett og endring av timer
- Vurdering av henvisninger / inntaksarbeid
- Behandlingsmøter
- Interne utredningsmøter
- Nettverksmøter
- Drøfting av pasienter med kolleger
- Internundervisning / kurs / fagmøter
- Faglitteratur / selvstudium
- Veiledning internt
- Terapi uten takst (f.eks. billedterapi)
- Kontakt med innlagte pasienter
- Konsultasjoner / møter varer lenger enn forutsatt
- Praktiske ting som pasienten ikke klarer å utføre
- Langvarig observasjon av pasienter
- To behandlere i samme konsultasjon
- Tekniske problemer med DIPS
- Lange reiseavstander

Vedlegg 3:

- ▶ For å beregne andelen pasientrettet arbeid er det lagt til grunn en gjennomsnittlig varighet for alle polikliniske takster, definert ut fra en vanlig lengde for de ulike aktivitetene i en poliklinikk
- ▶ Det er ikke gjennomført detaljerte tidsundersøkelser men estimatene er verifisert gjennom en spørreundersøkelse og intervjuer med klinikere
- ▶ Beregningene legger til grunn at pasienter møter én behandler samtidig i en konsultasjon

Takst VOP	Gjennomsnittlig varighet
P10, første konsult.	60 min (inkl. 15 min journalskriving)
P12 + P12a/b, konsul. med pas. 12b kun pårørende	60 min (inkl. 15 min journalskriving)
P13, møte med 1.linje	60 min
P14, telefon	20 min
P15, tester	180 min (inkl. analyse)
P16, gruppe/familie behandling	120 min
201b (uten refusjon)	60 min