

Hva gir kvalitet i distriktpsychiatrien?

- En studie av sammenhengen mellom fagmiljøets størrelse og kvalitet i 12 distriktpsychiatriske sentere i Helse Sør-Øst -

MASTEROPPGAVE I OFFENTLIG ADMINISTRASJON (ME-501)

Av
Henning Garsjø



Masteroppgaven er gjennomført som et ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som sådan. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Veileder:
Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, Kristiansand
Fakultet for økonomi og samfunn

2. juni 2009

Forord

Oppgaven er siste ”kapittel” i gjennomføringen av masterstudium ved Universitetet i Agder i administrasjon og ledelse. Utdanningen har vært gjennomført som deltidsstudent. Dette har vært både krevende og stimulerende da jeg parallelt har hatt heltidsjobb som avdelingsleder og nå det siste ¾ år klinikksjef ved Sørlandet sykehus HF. Krevende fordi heltidsjobb innebærer mye arbeid og dermed begrenset tid til å studere samtidig. Stimulerende fordi man i en studiesituasjon treffer andre i samme situasjon og dermed kan ha mulighet til å utveksle erfaringer og bla. se sin rolle i et ”nytt lys”.

Det har tatt relativt lang tid før jeg kom i gang med skriving av masteroppgaven. Det er riktig å si at motivasjonen gikk noe ned i en periode etter at alle nødvendige kurs/valgfag ble sluttført og at flere kandidater sluttførte sine oppgaver uten at jeg kom skikkelig i gang.

Jeg må benytte anledningen til å takke min veileder Dag Torjesen som gjennom flere semestre med utsettelse fortsatt har hatt troen på at jeg skulle slutføre dette. Evaluerings- og veiledningsopplegget har vært perfekt for meg.

Kristiansand, juni 09

Henning Garsjø

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
2. Problemstilling	7
2.1. Min plassering i feltet og bakgrunnen for problemstillingen	7
2.2. Min hovedproblemstilling - hva betyr fagmiljøets størrelse for kvalitet?.....	8
2.2.1. Nærmere om bakgrunn for problemstilling.	10
2.2.2. Nærmere om mulige sammenhenger mellom størrelse og kvalitet.....	12
2.3. Avgrensninger i oppgaven.....	13
3. Struktur, kultur og ledelse.	14
3.1. Ledelse i formelle og uformelle organisasjonsperspektiver	14
3.1.1. Nærmere om mål- og resultatstyring. New public management.	15
3.2. Nærmere om sykehusreformen og de overordnede styringsmekanismer.	16
3.2.1. Sykehusreformen – lokale tilpasninger og utfordringer.	17
3.3. Bakgrunn for utvikling av DPS	18
3.3.1. Nærmere om internasjonale trender – konsekvenser for Norge.	18
3.3.2. Nærmere om mål for og evaluering av DPS.	19
4. Tidligere forskning om DPS	21
4.1. Teoretiske perspektiver på kvalitet	21
4.1.1. Nærmere om faglig kvalitet.	22
4.1.2. Nærmere om administrativ kvalitet.	25
4.1.3. Nærmere om pasientkvalitet	27
5. Metode	31
5.1. Om å forske i egen organisasjon.....	31
5.2. Primær- og sekundærdata	32
5.3. Innsamling av data.	33
5.4. Utvalg og generalisering.	34
5.5. Kvantitative data og kvalitativ fortolkning.....	35
5.6. Reliabilitet og validitet.	36
5.6.1. Reliabilitet.....	36
5.6.2. Validitet	36
6. Analyse og drøfting av data.	40
6.1. Faglig kvalitet	40
6.1.1. Forskjeller mellom sekundærdata og primærdata.	40
6.1.2. Nærmere om pasientens tilgang til spesialister.....	41
6.1.3. Nærmere om Helsetilsynets nasjonale tilsyn ved DPSene i 2008 og 2009.	44
6.2. Administrativ kvalitet.....	46
6.2.1. Produktivitet ved det enkelte DPS.	46
6.2.2. God administrativ kvalitet kan også være en forutsetning for bedring av faglig kvalitet 47	
6.2.3. Nærmere om DPSets måloppnåelse i forhold til Opptappingsplanens forventninger.	48
6.2.4. Nærmere om pasientens behov og rett til en sammenhengende tjeneste og et tilpasset øyeblikkelig hjelptilbud.....	50
6.3. Pasientkvalitet.....	52
7. Konklusjoner.	55
7.1. Faglig kvalitet – oppsummering og konklusjon.	56
7.2. Administrativ kvalitet – oppsummering og konklusjon.	58
7.3. Pasientkvalitet – oppsummering og konklusjon.	60
8. Sluttord og implikasjoner for videre utvikling av DPS.	63

8.1. Hva er viktig for videreutviklingen av DPS – i lys av mine undersøkelser.....	64
Litteraturliste.....	66
Appendix.....	70

Figurer:

Figur 1 Preferanser for valg av spesialitet (Kilde: Aasland et al. 2008)	23
Figur 2 Budsjetterte stillinger for psykiatere og psykologer/-spesialister	42
Figur 3 Andel vakante spesialiststillinger (inkl. psykologer) ved DPS-grupper	43
Figur 4 Budsj., reelle og vakante stillinger pr. 10 000 innbyggere.....	43
Figur 5 Konsultasjoner pr. spesialist og fagårsverk 2007.....	46
Figur 6 DPS-profil - jfr. DPS-veileder 2006.....	49
Figur 7 Brukererfaringer – PasOpp 2008.	52

1. Innledning

Behovet for og ønske om å styrke og videreutvikle tilbudet til personer med psykiske lidelser både innen det kommunale apparat og i spesialisthelsetjenesten har vært en tverrpolitisk målsetting gjennom mange år. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.” la grunnlaget for den satsingen vi nå kjenner som ”Opptappingsplanen for psykisk helse” (St.prop. nr. 63 (97-98)) (heretter kalt ”Opptappingsplanen”).

St.meld. 25 gir et historisk tilbakeblikk på utviklingen innen fagfeltet psykiatri/psykisk helse. Den peker på flere krevende utfordringer som for eksempel forholdet til tjenestens kapasitet, tjenestens kvalitet og samhandlingen/koordineringen mellom tjenesteyterne. Det pekes samtidig på at utviklingen og løsningene vil kreve økt ressurstilførsel. St.melding 25 oppsummerer denne utfordringen slik: *”For å kunne møte dagens og framtidens behov for tjenester til mennesker med psykiske lidelser, må tilgjengelige ressurser utnyttes bedre enn i dag. Samtidig må det også gjennomføres en planmessig oppbygging av tilgjengelig behandlingsskapasitet. For å få dette til, trengs det omstillingsvilje. Det trengs mer ressurser også, men det er viktig å være klar over at økte ressurser ikke løser alle problemer - og i hvert fall ikke på kort sikt. Det vil ta tid å øke kapasiteten fordi det er knapphet på personell og fordi det tar tid å utdanne den typen personell som trengs. Det tar også tid å omstrukturere store kompliserte tjenestesystemer. Derfor må omstrukturering og utbygging skje gradvis og målrettet.”* (St.meld. 25, kap. 1.1).

Opptappingsplanen vektlegger satsningsområder som styrking av brukerrettede tiltak, styrking av tilbudet i kommunene, omstrukturering og utbygging av voksenpsykiatrien, satsing på distriktpsikiatriske sentre (DPS), utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien samt stimulering til utdanning og forskning. I tillegg til fokus på driftsmessige forhold legger også planen opp til utbygging og forbedring av nødvendig bygningsmasse. Som en konkret oppfølging av Opptappingsplanens satsning på desentralisert psykisk helsevern for voksne har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet dokumenter som gir føringer eller anbefalinger for hvordan bla. DPS skal utvikles - i 2006 ble en slik veileder utgitt. (DPS-veilederen, 2006). DPS-veilederen (s. 6) omtaler satsningen på DPS slik: *”En vesentlig strategi i Opptappingsplanen er utbyggingen av en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsikiatriske sentre (DPS)”*.

I Norge er det i dag 75 DPS, av disse tilhører 34 Helse Sør-Øst RHF med henholdsvis 13 i ”gamle” Helse Sør RHF og 21 ”gamle” Helse Øst RHF (Muusmann og Agenda, 2008). Det finnes tilgjengelig relativt mye og grundig informasjon om det enkelte DPS. Muusmann og Agenda sin kartlegging (på oppdrag fra Helsedirektoratet) har bla. vurdert det enkelte DPS i forhold til Opptappingsplanens mål. Vi ser at det er relativt store forskjeller mellom DPSene på flere områder. Særlig er det store variasjoner mht. befolkningsgrunlaget¹. I Helse Sør-Øst varierer DPSene fra et befolkningsgrunnlag på ca. 15 000 innbyggere over 18 år som det minste (DPS Tynset) til Lillestrømklubben med i overkant av 107 000 innbyggere over 18 år som det største (Muusmann og Agenda, 2008). Eksempler på andre forhold som varierer er faglig tilbud, kompetansesammensetning, produktivitet og ikke minst rekruttering av spesialister for å nevne noe. For min del vil det være interessant å se nærmere på om DPSets størrelse har betydning for tjenestens kvalitet.

¹ *Befolkningsgrunnlag* defineres som den befolkning som DPSet har et hovedansvar for å yte tjenester til – dvs. antall innbyggere over 18 år (DPS-veilederen 2006). Når det i oppgaven framover blir referert til innbyggere, befolkningsgrunnlag eller befolkning så gjelder dette personer over 18 år.

2. Problemstilling

2.1. Min plassering i feltet og bakgrunnen for problemstillingen

Min utdannings- og erfaringsbakgrunn er følgende:

- Sykepleierutdanning fra 1981.
- Lederutdanninger fra 80- og 90-tallet samt masterutdanning som forhåpentligvis slutføres med denne oppgaven.
- Klinisk arbeid som sykepleier (eldreomsorg og sykehus) fram til medio 80-tallet.
- Lederroller fra medio 80-tallet fram til dags dato.
 - o i somatiske sykehusavdelinger (både kirurgi og medisin) fra medio 80-tallet fram til medio 90-tallet.
 - o i kommunehelsetjenesten fra 1997-2002.
 - o i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) – nærmere bestemt som avdelingsleder og klinikkssjef (i perioder) fra 2002 - 2008.
 - o Har for tiden et 2-års engasjement som klinikkssjef for radiologisk klinikk ved Sørlandet sykehus HF (heretter omtalt som SSHF).

Enhver undersøkelse starter med at forskeren er interessert i å finne ut mer om et avgrenset tema og gjerne et tema en brenner for (Jakobsen 2002, Repstad og Ry-Nielsen 2006). Det gjelder også for dette arbeidet. Spesielt ga arbeidet som avdelingsleder ved DPS Aust-Agder i SSHF meg inspirasjon til å se nærmere på utviklingen av og forskjeller mellom DPSer i Norge.

Å utvikle en organisasjon sammen med de ansatte er spennende og krevende. Strand (2007:28) sin poengtering av faglighetens autoritet i ekspertorganisasjoner kan skape rom for gode diskusjoner og bredde i synspunkter når personer uten spisskompetanse (for den aktuelle enhet) innehar organisasjonens lederposisjon. Dette var min posisjon inntil høsten 08 – avdelingsleder med helsefaglig grunnutdanning og flere års lederutdanning og –erfaring, men uten faglig spesialutdanning. Jeg har innehatt lederroller i flere organisasjoner/enheter uten å ha spisskompetanse fra det spesifikke området. Min erfaring over tid (som leder i store og mindre ekspertorganisasjoner) har bidratt til at jeg med stor trygghet vil hevde at organisasjoner/enheter er mer like enn ulike. Hovedessensen er at den enkelte organisasjon

selvsagt har et spisset fagområde som noen er ”ekspert” på, men fundamentet for alle tjenesteytende organisasjoner er å kunne levere gode tjenester til befolkningen med basis i god faglig kvalitet, gode systemer og godt arbeidsmiljø/organisasjonskultur. Jeg har imidlertid erfart at det er ulike forutsetninger for å lykkes med dette.

2.2. Min hovedproblemstilling - hva betyr fagmiljøets størrelse for kvalitet?

Ut i fra min posisjon i feltet som deltaker, leder og det jeg har kunnet erfare og observere gjør at jeg har bitt meg merke i en del forutsetninger for kvalitet i psykiatrien. Organisasjonens eller fagmiljøets størrelse kan være en slik forutsetning. Ikke minst har jeg observert dette når det har vært snakk om å inngå avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og enkeltkommuner om oppfølging av pasienter. Små kommuner kan ha vanskelig for å rekruttere kvalifisert personell, de har mindre mulighet til fleksible løsninger bla. basert på økonomi og fleksibel bruk av personell for å nevne noe. Her vil jeg forfølge de samme erfaringer i psykiatrien og se hva størrelse på Distriktpsikiatriske sentre (DPS) kan bety for kvalitet på tjenestene. Jeg vil derfor forsøke å belyse følgende problemstilling videre i dette arbeidet:

- ***Er det en sammenheng mellom størrelse mht. årsverk på DPS og kvaliteten på tjenestene?***

Her vil jeg vurdere kvalitet ut i fra tre posisjoner som et uttrykk for den samlede kvaliteten ved virksomheten ved DPS.

For det første dreier dette seg om den *faglige kvaliteten* (Pollitt 1995) slik den vurderes og defineres ut i fra et profesjonelt faglig ståsted innen psykiatri – en parallell til det Berg (1991) kaller for medisinsk kvalitet. Her vil de profesjonelles egen faglige vurderinger legges til grunn. Dette er en logikk der kvalitetsvurderinger først og fremst styres gjennom normative overveielser innen psykologien og psykiatrien selv (Torjesen 2008:22). Kvaliteten vil her bli definert av profesjonenes selvregulerende egenkontroll, der medarbeidere i profesjonsfellesskapet gjennom utdanning, spesialisert viten, kollektiv disiplin og praksis sosialiseres til hva som er rett og passende medisinsk (psykiatrisk) kvalitet. Denne profesjonsfaglige betraktningmåten av kvalitet henspeler på å sikre at utviklingen innen

psykiatrien foregår i best mulig overensstemmelse med den rette faglige utviklingen slik denne historisk defineres av psykiatrien selv.

Det andre aspektet jeg vil studere ved kvalitet i DPS er såkalt *administrativ kvalitet* (Pollitt 1995). Denne kvalitetsdimensjonen er erfaringsmessig mer fokusert blant administrasjonen og ledelsen og dreier seg om, f.eks. hvor effektiv organisasjonen er til å utnytte tildelte ressurser. Her er det snakk om kvalitetsstandarder som settes etter de mest høyverdige kostnadseffektive prinsipper for drift og styring av psykiatrien, f.eks. på bakgrunn av kvalitetsmål som ressursbruk, produktivitet, økonomiske indikatorer og mål, strategisk måloppnåelse for organisasjonen mm. (Vrangbæk 1999). Etter den statlige overtakelsen ved helseforetaksreformen i 2002 har økt produktivitet og ”mer helse for hver krone” vært en sentral målsetting innen så vel somatikk som i psykiatrien. På denne bakgrunn kan økt produktivitet i helsevesenet bety det motsatte av faglig kvalitet og behandlingskvalitet, f.eks. ved kortere behandlingstid. I dag er de fleste administrative produktivetsindikatorer basert på antallet pasienter som behandles pr. DPS, pr. tidsenhet eller pr. personellenhet og ikke utfallet eller resultatet av behandlingen (Kolstad 2006:145).

Til slutt vil jeg trekke frem et tredje perspektiv på kvalitet i denne oppgaven, det jeg velger å omtale som *pasientkvalitet*. Om pasientene er fornøyd med tjenestene som de mottar avhenger i stor grad av dialogen mellom behandler og pasient. De tjenesteytende organisasjoner og tjenesteyteren selv må legge tydelig (og mer) vekt på hva pasienten faktisk trenger (Pollitt 1995). Særlig er dette viktig innen psykiatrifagfeltet. Fagpersoner kan komme til å definere hva den enkelte trenger uten å i tilstrekkelig grad involvere pasienten (og pårørende) i planlegging og gjennomføring av behandlingsopplegget. Helsedirektoratet (2006) påpeker denne sammenhengen i sitt dokument om brukermedvirkning i psykiatrien. Brukernes erfaringskunnskap er vesentlig og må komme tydeligere fram i forutsetningene for tjenesten samtidig som behandleren selvsagt skal ha det faglige ansvaret. Pasientkvalitet og brukermedvirkning har 3 hoveddimensjoner; medvirkning på *individnivå*, medvirkning på *systemnivå* og medvirkning på *politisk nivå* (Helsedirektoratet 2006).

Over isolerer jeg de enkelte perspektiver på kvalitet. Det er imidlertid viktig å presisere at en organisasjon (som et DPS) må ledes og styres ut fra alle disse perspektiver. Ledelsens fokus på totaliteten er derfor avgjørende. At jeg har valgt en tilnærming med alle disse tre

perspektivene betyr at jeg vil studere nærmere om den faglige kvaliteten, den administrative kvaliteten og brukerkvaliteten er avhengig og påvirkes av størrelsen på DPS?

2.2.1. Nærmere om bakgrunn for problemstilling.

For en tid tilbake hadde jeg en samtale med en gruppe psykologer ved min avdeling om hva som var viktige grunner til at de arbeidet nettopp i denne avdelingen. Alle understreket at det ”store” (i dag 17 psykolog-/spesialiststillinger) fagmiljøet for psykologer som var under oppbygging var viktig. Flere av dem hadde registrert at avdelingen gjennom flere år stadig hadde prioriterte nye og flere stillinger for denne faggruppen. De påpekte selvsagt også andre momenter som ”akseptabel lønn”, ”gode faglige utviklingsmuligheter” og ”opplevelse av et godt arbeidsmiljø”. Det ”store” fagmiljøet var også medvirkende til at de anbefalte avdelingen til andre potensielle stillingssøkere. Dette var begynnelsen på en endelig avklaring av problemstilling for min masteroppgave. Selv om rekruttering er et viktig enkeltelement i driften av en organisasjon tangerer dette likevel hovedutfordringen – nemlig den samlede kvalitet på tjenesten. Det er mye og omfattende litteratur som omhandler kvalitetsperspektivet i en organisasjon. Ett eksempel på slik sentral litteratur er Pollitt som i sin artikkel ”*Quality Improvement in European Public Services*” (Pollitt, 1995) drøfter ulike perspektiver av kvalitetsbegrepet. Hans perspektiv på kvalitet innebefatter både det faglige, det administrative og det brukerrettede. Dette vil bli omfattende behandlet seinere i oppgaven.

Vi vet at det er store ulikheter mellom de 75 DPSene som er etablert i Norge i dag.

Befolkningsgrunnlag og dermed fagmiljøets størrelse er en vesentlig faktor. Psykologenes (over) understreking av betydningen av et stort fagmiljø ga meg en umiddelbar inspirasjon til å undersøke nærmere om det faktisk er forskjeller mellom DPS av ulik størrelse når det gjelder kvalitet. DPS-veilederen (2006) definerer størrelsen på DPSene i 3 hovedkategorier ut fra befolkningsgrunnlaget (DPS-veilederen 2006:46):

- DPS med befolkningsgrunnlag mellom 15 000 og 29 000 innbyggere
- DPS med befolkningsgrunnlag mellom 30 000 og 75 000 innbyggere
- DPS med befolkningsgrunnlag mellom 75 000 og 150 000 innbyggere

Jeg vil i det videre definere disse som små, mellomstore og store DPS. Mitt DPS (DPS Aust-Agder) inngår i gruppen store DPS.

Problemstillinger må utformes slik at den kan undersøkes empirisk. Problemstillingen må med andre ord konkretiseres. Vi kan si at den må bringes fra et teoretisk til et operativt nivå

(Jakobsen 2002:52). Min erfaringsbakgrunn bidrar til at jeg har gjort meg noen tanker om hvordan de faktiske forhold er og jeg ønsker å sjekke ut om disse observasjonene stemmer. Jakobsen kaller dette for spekulasjoner eller *hypoteser*. En *hypotese* kan defineres som en påstand om hvordan et forhold faktisk er. Men det er fremdeles en påstand, noe som må kunne underkastes en empirisk undersøkelse for å fastslå om den kan forkastes eller ikke. Problemstillingen bringes ved dette over fra et teoretisk til et operativt nivå (Jakobsen 2002:52). Jeg vil kort nevne at mine observasjoner er at det er relativt store individuelle forskjeller mellom DPSene når det gjelder status mht. kvalitet. Den faglige og den administrative kvalitet (jfr. Pollitt (1995)) varierer både på gruppenivå (mellom små, mellomstore og store DPS) og mellom enhetene. Når det gjelder begrepet pasientkvalitet så er min erfaring at denne er relativt lik mellom DPSene – både på gruppenivå og på enhetsnivå. Pasientkvalitet må selvsagt sees i sammenheng med de andre kvalitetsdimensjonene og vil påvirkes av mer overordnede organisatoriske perspektiver som bla. kompetanseutvikling, samhandling og kultur/klima i organisasjonen. Likevel vil jeg hevde at denne dimensjon, isolert sett, har mest med individrelasjon (dialogen mellom behandler og pasient) å gjøre.

Opptrappingsplanen ble avsluttet ved utgangen av 2008. I planperioden har det skjedd vesentlige endringer i DPS-strukturen i Norge. Jeg har selv deltatt i/vært sentral i relativt store omstillinger – bla. har antall døgnplasser i mitt eget DPS blitt redusert med over 50 døgnplasser til i dag 47 i perioden 2004 - 2007. Ressursene har i hovedsak blitt overført til poliklinisk aktivitet. Dette er et relativt vanlig bilde av utviklingen innen DPS-sektoren i Norge i planperioden. Som Jakobsen (2002) er inne på, er det nesten umulig å undersøke alle sider av et tema eller en problemstilling. Det viktige er derfor å velge ut noen områder som jeg mener er relevant for å sjekke om kvaliteten ved DPSene faktisk er forskjellig. Når vi skal foreta et utvalg reiser spørsmålet seg om vi, med bakgrunn i det utvalget vi gjør, kan generalisere til å gjelde "alle". "Alle" er i denne sammenheng alle DPS i Norge. Jakobsen (2002:65) presiserer at generalisering forutsetter undersøkelser av en viss mengde undersøkelsesenheter og disse må være trukket ut på en spesiell måte for å være representative. Mitt utgangspunkt er en undersøkelse som ikke har som hovedmål å generalisere, men å se nærmere på noen utvalgte DPS og om mulig å finne noen tendenser. Dette kaller han et intensivt undersøkelsesopplegg og jeg kan da konsentrere meg om færre enheter. Avgrensninger i mitt undersøkelsesopplegg omhandles i kap. 2.3 under.

2.2.2. Nærmere om mulige sammenhenger mellom størrelse og kvalitet.

Min erfaring fra å ha arbeidet både som kliniker (kort) og leder (lenge) tilsier at det er en tendens til at større organisatoriske enheter i utgangspunktet har en bedre forutsetning til å oppnå god kvalitet på tjenesten – basert på bla. større fagmiljø, større økonomisk fleksibilitet som gjør at man kan omprioritere ressurser og bedre tilgang på spisskompetent personell til prioriterte oppgaver. Å definere begrepet ”kvalitet” er en forutsetning for å kunne sjekke ut om mine observasjoner faktisk er reelle. I kap. 4 behandles begrepet kvalitet relativt grundig – da med utgangspunkt i bla. Pollitt (1995) sine perspektiver. Hans perspektiver kan utledes i *kvalitet* definert som *faglig kvalitet*, *administrativ kvalitet* og *pasientkvalitet*. Dette vil danne grunnlag for mine undersøkelser og analyser seinere.

Fagmiljøer kan i noen sammenhenger kritisere organisasjonens ledelse/administrasjon for å være for mye opptatt av kvantitet og økonomi og for lite opptatt av tjenestens kvalitet. Dette kan i noen sammenhenger selvsagt være riktig, men kanskje aller helst dreier dette seg om tolkninger av hva man legger i begrepet kvalitet. Min oppfatning er derfor at bla. Pollitt (1995) tydeliggjør bredden i kvalitetsbegrepet og at dette brede perspektivet faktisk gjør diskusjoner om hva kvalitet på tjenester dreier seg om mer fruktbar. Man kan derfor diskutere begrepet kvalitet i en mer helhetlig sammenheng og dermed mer treffende i forhold til hva begrepet egentlig betyr.

Det neste spørsmål blir da å avklare hva som inngår i de enkelte perspektiver på kvalitet. En slik avklaring er nødvendig for at jeg kan sammenligne organisatoriske enheter for å finne ut om det faktisk er noen forskjell mellom dem ut fra organisasjonens/fagmiljøets størrelse. Jeg vil likevel allerede nå gi noen eksempler på hvordan jeg i min oppgave operasjonaliserer kvalitetsbegrepet. Et eksempel på *faglig kvalitet* er etter min vurdering psykologenes fokus på rekruttering (over). Et annet eksempel på det samme er Helsetilsynets funn ved tilsynene ved DPS i 2008 og 2009. Eksempel på *administrativ kvalitet* er Opptrappingsplanens fokus på økt tilgjengeligheten til tjenesten gjennom bla. økt produktivitet. Dette tangerer det sterke fokuset på mål- og resultatstyring som vi ser i dag fra sentrale myndigheters side. Eksempel på den tredje kvalitetsdimensjonen, *pasientkvalitet*, er brukernes (eller pasientenes) opplevelse av behandlingen gitt ved det enkelte DPS.

2.3. Avgrensninger i oppgaven

Jeg har gjort følgende avgrensninger i min oppgave:

- Av 75 DPS i Norge og 34 i Helse Sør-Øst RHF velger jeg å undersøke 12 DPS i Helse Sør-Øst RHF; 4 små DPS, 4 mellomstore DPS og 4 store DPS.
- Data om det enkelte DPS hentes fra den polikliniske virksomheten. Stillinger for psykologer/psykologspesialister og psykiatere gjelder hele DPSet.
- Jeg definerer spesialister i oppgavesammenheng til å være psykiatere (legespesialister), psykologspesialister og psykologer.
- Andre faggrupper enn de som jeg definerer som spesialister inngår ikke i undersøkelsen.
- Data om det enkelte DPS omhandler i hovedsak pr. 311207. Dette skyldes at offisiell data (bla. i forhold til produktivitet) for foregående år ikke foreligger før juli året etter (altså juli 2008).

3. Struktur, kultur og ledelse.

3.1. Ledelse i formelle og uformelle organisasjonsperspektiver

Organisasjonsstruktur er en del av den formelle organisatoriske konteksten (Jakobsen og Thorsvik, 2007). I tillegg er mål og strategi viktige elementer i den formelle organisasjon. Den uformelle organisatoriske konteksten innebærer elementer som organisasjonskultur og maktforhold i organisasjonen. Jakobsen og Thorsvik (2007) tar videre opp den utfordring organisasjoner har mht. avhengighetsforholdet til sine omgivelser. Dette kan skape både usikkerhet og mulighet for at aktører i omgivelsene kan legge press på organisasjonen.

Det er åpenbart at organisasjonsstruktur kun er en liten del av det samlede bilde når vi tar organisasjoners mål- og resultatoppnåelse opp til vurdering. En vesentlig del er hvordan organisasjonen fungerer i forhold til de mer uformelle elementene som organisasjonskultur og maktforhold. Sykehus kan defineres inn i den gruppen Strand (2007) omtaler som en *ekspertorganisasjon*. I slike organisasjoner har ledelse utover det som bygger på faglig autoritet liten plass (Strand 2007; 28). Mål- og resultatoppnåelse vil derfor avhenge av ledelsens fokus på kvalitet og stadig videreutvikling av denne i tjenesteytingen. Både historisk og nå har leger og i nyere tid, sykepleiere hatt lederposisjoner i sykehus. Begge gruppene er opptatt av faglig utvikling og kvalitet. Kragh Jespersen (2005:29) beskriver dette slik: *”Begge grupper mener, at faglig utvikling og kvalitet er viktig, men deres forståelse av hvordan den skal fremmes, er forskjellig, og begge grupper vurderer, at økonomistyring og dermed en af de centrale generelle ledelsesoppgaver spiller en langt større rolle end ønsket.”* Kvalitetsbegrepet er sammensatt. Dette vil være mitt hovedtema i oppgaven og blir behandlet nærmere lengre bak. Pollitt (1995) sin artikkel *”Quality Improvement in European Public Services”* er et eksempel på bredden i kvalitetsbegrepet.

Historisk kan sykehus defineres som medikratiske institusjoner. Dette er institusjoner hvor legene har innehatt de fleste ledelsesposisjonene og hatt en utstrakt autonomi og kontroll over den medisinske virksomhet med basis i sitt kunnskapsmonopol. (Torjesen, 2007). De har derfor hatt definisjonsmakten om hva kvalitet dreier seg om, dvs. først og fremst medisinsk kvalitet (faglig kvalitet).

Imidlertid har medikratiet blitt utfordret sterkere og sterkere gjennom de siste tiårene. Dette gjelder en tettere administrativ styring av sykehusene slik at administrative kvalitetsstandarder på virksomheten har blitt mer fremtredende. Det observeres likevel nå, etter avsluttet Opptappingsplan, en tendens til en nedtoning av det administrative fokuset og dreining mot et faglig fokus. Eksempelvis har måleparametere som ensidig beskriver produktivitet blitt nedtonet fra 2009. I tillegg har pasientene fått mer innflytelse gjennom mer markedsretting av helsetjenesten og bruker kvalitet har dermed fått større fokus. Også andre faggrupper og profesjoner enn medisinerne har fått større innflytelse i helsetjenesten.

Særlig har overgangen fra 2-delt ledelse (hvor sykepleierne ledet sitt fagområde og legene sitt) til enhetlig ledelse gitt ny vind i seilene for ledelse som eget fag. Profesjonsnøytral ledelse ble spesielt omhandlet i NOU 2/97 *Pasienten først*. Gjennom dette har sykehusenes fagstyre blitt utsatt for et stadig sterkere administrativt og politisk press ovenifra, men også nedenifra gjennom økt pasientbevissthet og større grad av markedsregulert medisin (Torjesen 2007:15). Dette har selvsagt påvirket maktforhold og kultur i norske sykehus. Selv om NOU 2/97 på prinsipielt grunnlag legger opp til profesjonsnøytral ledelse i sykehus, vil jeg likevel hevde at den reelle framvekst av profesjonsnøytralitet i ledelsesposisjoner (særlig toppledelse) i noen grad skyldes tydelig fokus på resultater – ikke minst måloppnåelse i forhold til økonomiske parametere. Å være leder (på et høyt nivå) i et sykehus i dag, med de resultatkrav som stilles, vil i stor grad kreve heltidsledelse og dermed begrenset tid til klinisk arbeid. Dette kan være en spesiell utfordring for leger som fortsatt ønsker å utøve sitt fag, men som også ønsker å lede.

3.1.1. Nærmere om mål- og resultatstyring. New public management.

Mange av organisasjonsreformene i offentlig sektor fra de siste to tiårene kan knyttes til det som har blitt omtalt som New Public Management (NPM) (Christensen m/fl., 2004). Kragh Jespersen (2005) har gjennomført studier på ledelse innen danske sykehus og kommenterer at endringer både innen danske sykehus og sykehus i andre land (jeg tolker dette også til å innebefatte Norge) har vært inspirert av NPM som organisasjons- og ledelsestenkning. NPM kjennetegnes spesielt av økt driftsøkonomisk effektivitet gjennom anvendelse av markedsliknende styringsformer og ledelsesverktøy som er utviklet og brukt av privat virksomhet. Blant de mest sentrale reformtiltakene i NPM og i reformprogrammene fra de siste tiårene er mål- og resultatstyring (Christensen m/fl., 2004). En forutsetning for mål- og resultatstyring er at ledere kan utøve sin rolle mer profesjonelt. Det har altså skjedd en

bevegelse fra faglig og politisk ledelse til ”styringsmessig effektivitet og entreprenørisk omstillingsevne” (Torjesen 2007:10). Denne NPM-inspirerte tenkningen i moderniseringen i Staten (som sykehusreformen er et eksempel på) har altså vært preget av et sterkere fokus på ledelse og dermed ledernes større frihet til skjønnsutøvelse av sitt fag som er ledelse. Profesjonell ledelse vil dermed ha forrang i forhold til tidligere faglig og teknisk ledelse. Denne ledelsesmessige frihet pekes på som en nødvendighet for å kunne omstille og oppnå de resultater som eier setter som krav til driften (Torjesen, 2007). NPM forutsetter også en mer perifer politisk deltakelse. Sykehusreformen startet jo med å etablere såkalte profesjonelle styrever uten politisk oppnevnte medlemmer. Mange av oss kjenner til hvordan politikk kan påvirke beslutninger i retninger som gjør resultatoppnåelse og gjennomføring av omstillinger sterkt begrenset. Sykehusdrift kan defineres som kompleks og uatskillelig fra samfunnet og samfunnsutviklingen. I lys av dette var det nok vanskelig å videreutvikle helseforetakene uten sterkere grad av politisk deltakelse – noe som medførte politikernes inntog i styrene igjen fra 2006. Min oppfatning er at den NPM-inspirerte moderniseringsstrategien i norsk sykehusvesen har fortsatt med krav til resultatoppnåelse og omstilling. Den politiske deltakelsen i videreutviklingen av sykehusene i Norge har styrket seg de siste år. Dette har gjort det mer utfordrende å foreta nødvendige omstillinger for å oppnå faglige og økonomiske resultater.

3.2. Nærmere om sykehusreformen og de overordnede styringsmekanismer.

Staten overtok eieransvaret for de offentlige sykehusene ved sykehusreformen som ble iverksatt fra og med den 01.01.02 (www.regjeringen.no, 2002). Norges Forskningsråd har evaluert sykehusreformen og kommenterer reformen slik i sin evalueringsrapport (Norges Forskningsråd 2007:13): ”Sykehusreformen, som ble gjennomført fra 1. januar 2002, er en av de største reformene som noen gang har funnet sted i norsk samfunnsliv. Målet med reformen var å legge grunnlaget for en helhetlig og tydelig statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Videre skulle reformen legge til rette for en klarere ansvars- og rollefordeling, som kan gi bedre utnyttelse av ressursene i sektoren, og slik sikre alle grupper i befolkningen bedre helsetjenester”. Rapporten beskriver videre (s. 13): ”Sykehusreformen omfattet i hovedsak organisatoriske endringer, og tok utgangspunkt i at følgende overordnede helsepolitiske målsettinger skal ligge fast:

- En offentlig styrt helsetjeneste

- *Hele befolkningen skal sikres et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn, økonomi og geografiske forhold*
- *Helsetjenesten skal være faglig forsvarlig og tilpasset brukernes behov*
- *En effektiv utnyttelse av ressursene*
- *Helsetjenester skal gis med respekt for den enkeltes integritet og menneskeverd.”*

Gjennomføringen av sykehusreformen i 2002 skulle ta sikte på å skape enklere og klarere ansvarsforhold for sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten. I dette bildet var også tanken om at større frihet skulle legges ut til det enkelte lokale helseforetak. Hovedansvaret til de 5 (nå 4) regionale helseforetak var å forvalte eieransvaret på vegne av Staten samt å sørge for at befolkningen i regionen får relevante spesialisthelsetjenester (Norges Forskningsråd, 2007). Helse- og omsorgsdepartementets styring ivaretas ved de årlige oppdragsdokumentene (tidligere kalt bestillerdokumentene) til de regionale foretakene, hvor styringsbudskap, økonomiske og organisatoriske krav og rammebetingelser formidles. Videre setter departementet på foretaksmøtene styringskrav for økonomi- og organisasjonsområdet. I årlig melding rapporterer de regionale foretakene om oppfølgingen av departementets krav. (Forskningsrådet 2007:15). De regionale helseforetak styrer igjen sine lokale helseforetak etter de samme prinsipper – de gir oppdrag, fordeler økonomiske ressurser og følger opp det enkelte helseforetak sin måloppnåelse.

3.2.1. Sykehusreformen – lokale tilpasninger og utfordringer.

Selv om jeg over har beskrevet de overordnede styringsprinsippene for hele sykehusreformen er det naturlig at dette også påvirker de enkelte mindre enhetene i et lokalt helseforetak. DPS er et eksempel på en slik mindre enhet. De enkelte helseforetak har stor frihet til å velge intern organisasjonsmodell – så også størrelsen på organisasjonens enheter. Det er likevel slik i dag at disse mindre enhetene styres etter de resultatmål som settes både i forhold til aktivitet og økonomi. I SSHF har man enheter (avdelinger) med svært ulik størrelse. Fra enheter med mellom 400 og 500 ansatte til enheter ned mot 10 ansatte. Dette skaper store utfordringer og stor variasjon i krav til ledelse og styring. Som et eksempel kan nevnes at DPSene i SSHF er 4 i tallet og varierer fra et opptaksområde på ca. 26 000 innbyggere til ca. 81 000 innbyggere. Tilsvarende varierer nettobudsjettene fra i underkant av 35 mill. NOK til ca. 75 mill. NOK.

Omstilling har vært en utpreget aktivitet i det psykiske helsevern i hele Opptrappingsplanperioden. Særlig har dette artet seg i omlegging til færre døgnplasser og

økning i den polikliniske aktivitet. utfordringer knyttet til dette er mange. Historisk har døgnenheter innen det psykiske helsevern mer fungert som et hjem for den enkelte hvor mange har levd sitt liv i mange tiår. Noen døgnenheter har vært hjørnesteinsbedrifter i distriktsnorge. Dette har også medført at bemanning og bemanningssammensetning ikke har samsvart med føringene i DPS-veilederen. Å foreta betydelig inngripen i denne historiske balansen medfører store utfordringer både politisk, administrativt, personalmessig, faglig og ikke minst ledelsesmessig. Jeg har vært sentral aktør i flere slike omstillingsprosesser og har erfart at den største utfordringen faktisk har vært forholdet til det lokalpolitiske nivå. Jeg har bla. erfart at vedtak i SSHF sitt styre om nedleggelse av en institusjon har blitt omgjort som følge av lokalt politisk engasjement.

3.3. Bakgrunn for utvikling av DPS

DPSene i Norge er en del av spesialisthelsetjenesten og følger dermed krav som er definert i relevant lovverk og forskrifter. Spesialisthelsetjenesten gjennomgikk som omtalt over en stor reform i 2002. Styringsmekanismene for det enkelte DPS ligger i helselovgivningen, styringssignaler fra både Helsedepartementet og fra det regionale helseforetak (RHF). I utgangspunktet settes styringsmål for det enkelte helseforetak (HF) og dermed DPS i det årlige oppdragsdokumentet fra Statsråden til RHF og videre driftsavtalen mellom RHF og det enkelte HF. Helselovgivningen er i hovedsak definert i følgende lover:

- Lov om spesialisthelsetjenester
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om helsepersonell m.v.

Til alle disse lovene foreligger flere forskrifter. Det vil føre for langt å gå nærmere inn på disse.

3.3.1. Nærmere om internasjonale trender – konsekvenser for Norge.

Oppbyggingen av DPS i Norge er en parallell til det som internasjonalt benevnes som *community psychiatry*. En sentral hensikt i *community psychiatry* er desentralisering av tjenestene og dermed et tett samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Siktemålet med oppbyggingen av DPS er at pasienten skal ha rask og lik tilgang til et bredt og helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud. (DPS-veilederen, 2006). Denne internasjonale trenden om utvikling av lokalt basert psykisk helsevern ble manifestert da de europeiske helseministrene i sitt møte i Helsinki i 2005 ble enige om en felles handlingsplan for utvikling av tjenester til

mennesker med psykiske lidelser (Mental Health Action Plan for Europe, 2005). WHO hadde gjennom flere år ledet arbeidet som altså endte i en felles handlingsplan i 2005 (DPS-veilederen, 2006). Handlingsplanen tar opp temaer som bla. samarbeid på tvers av fagområder og forvaltningsnivåer, forebygging av psykiske lidelser og selvmord, utvikling av gode primærhelsetjenester til personer med psykiske lidelser, behovet for tilstrekkelig kompetent personell og ikke minst etablere effektive *community-based services* for mennesker med ulike psykiske lidelser (Mental Health Action Plan for Europe, 2005). Denne sterke satsningen på lokalbasert psykisk helsevern har gjennom mange år bidratt til gradvis nedbygging av de store sentrale institusjoner og denne handlingsplanen tok på en måte et oppgjør med historien gjennom uttrykk som *"There is no place in the twenty-first century for inhumane and degrading treatment and care in large institutions."* (Mental Health Action Plan for Europe:7). En forutsetning for slik nedbygging av sentralinstitusjonene var derfor en oppbygging av *community psychiatry*. Tiltaket *"Plan and implement specialist community-based services, accessible 24 hours a day, seven days a week, with multidisciplinary staff, to care for people with severe problems such as schizophrenia, bipolar disorder, severe depression or dementia."* (Mental Health Action Plan for Europe 2005:7) var derfor naturlig å si seg enig i for norske myndigheter. Dette er den norske modellen for DPS (DPS-veilederen, 2006).

3.3.2. Nærmere om mål for og evaluering av DPS.

Opptrappingsplanens hovedmål var å bidra til at mennesker med psykiske lidelser skulle få mulighet til å leve et så normalt liv som mulig - *"Preget av deltakelse, uavhengighet og evne til å mestre eget liv"* (DPS-veilederen 2006:8). Konkretisert gjennom virkningsfulle og trygge tjenester, involvering av brukere og gi dem innflytelse, samordning og kontinuitet i tjenestene samt god ressursutnyttelse med rettferdig fordeling og tilgjengelige tjenester (DPS-veilederen:8).

Man har lykkes rimelig godt med den strukturelle delen av Opptrappingsplanen som omhandler DPS. Dette bekrefter Helsedirektoratet i sin DPS-veileder. Det som imidlertid i for liten grad har vært fokusert er de kvalitative elementene i tjenesten. Den norske legeförening kommenterer dette slik i sitt dokument *"Lokalsykehusfunksjoner i psykisk helsevern."*: *"Det er behov for en dreining av fokus fra opptrappingsplanens primært kvantitative mål til kvalitative mål for den desentraliserte spesialisthelsetjenesten."* (Den norske legeförening 2008:5)

Det har de siste årene kommet flere evaluerings- og statusrapporter om hvilke effekter utbyggingen av DPS har hatt i Norge. SINTEF-rapporten "Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet?" undersøker flere forhold vedr. utbyggingen av DPS og status pr. 2007 (SINTEF Helse, 2008). Noen hovedmomenter som er naturlig å trekke fram er; et DPS kan ha et så lite fagmiljø for spesialister (leger og psykologer) at mange ikke ser på dette som en interessant arbeidsplass, spesialisten er en forutsetning for å yte tjenester med god kvalitet (små fagmiljøer kan være begrensende for rekruttering og det kan medføre relativt stort arbeidspress på noen faggrupper (så som lege- og psykologspesialister)) og til slutt kan et fagmiljø også bli for stort og dermed ineffektivt med bakgrunn i relativt store tidsressurser går med til kompetanseheving blant de ansatte som igjen kan medføre lav produktivitet og redusert tilgjengelighet for befolkningen.

4. Tidligere forskning om DPS

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Utbygging av DPS var ett av flere prioriterte områder. Det er gjennomført flere evalueringer av resultater og måloppnåelse. Den siste oppsummeringen som er foretatt er ”Kartlegging av de Distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008” (Muusmann og Agenda 2008). Oppsummert konkluderer rapporten med fortsatt store ulikheter mellom DPS i Norge generelt og innad i de enkelte helseregioner spesielt og at befolkningen fortsatt ikke har lik tilgang til tjenester uavhengig av bosted (Muusmann og Agenda 2008:109). Ulikhetene gjelder både bemanning, ressurser, oppgaver og generell profil.

Muusmann og Agenda (2008) sin rapport tangerer til en viss grad mitt undersøkelsesopplegg i den forstand at jeg har innhentet noen av de samme informasjonen om stillinger og vakante stillinger (for spesialister). Rapporten har et overordnet design som tar utgangspunkt i en kartlegging i forhold til 4 hovedområder. Disse er ”organisering og samhandling”, ”faglig innhold og kvalitet”, ”ressurser” og ”tjenestetilbud”. Som vi ser så skiller denne rapporten mellom mer administrative, strukturelle og kvalitative områder, mens jeg ved mitt fokus samler det ”totale bildet” i et tredelt kvalitetsperspektiv. Muusmann og Agenda oppsummerer og sammenligner i hovedsak på nasjonalt og regionalt nivå. Mine undersøkelser er betydelig begrenset, men vurderer altså om DPSets størrelse har betydning for kvalitet.

4.1. Teoretiske perspektiver på kvalitet

I 2005 utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet en kvalitetsstrategi som fikk navnet ”Og bedre skal det bli”. Dette var en oppfølging av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten og en erkjennelse av at det fortsatt er betydelig forbedringspotensial innen helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2005).

Pollitt (1995) har vist i sin artikkel at kvalitetsbegrepet er sammensatt og har flere aspekter. Et aspekt kan være ”*profesjonelle og faglige kvalitetshensyn, andre aspekter kan være teknisk eller administrative forhold, mens brukerkvalitet kan være en tredje tilnærming*”.

Johannessen og Larsen (2000) definerer analogt med Pollitt også ”*Kvalitet på helsetjenester langs tre dimensjoner*”;

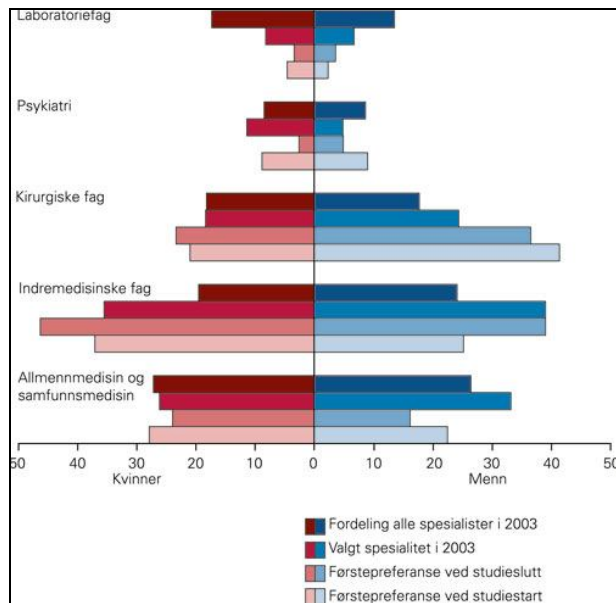
- *Faglig kvalitet.* Hvorvidt kvaliteten møter pasientens behov slik disse er vurdert ut fra et faglig ståsted, og hvorvidt de medisinske ansvarlige korrekt velger ut og anvender prosedyrer som forutsettes å være nødvendige for å imøtekomme pasientens behandlingsbehov.
- *Administrativ kvalitet.* Den mest effektive og produktive bruk av ressurser for å imøtekomme pasientens behov innenfor de grenser og forordninger som er besluttet av høyere myndigheter.”
- *Pasientkvalitet.* Hvorvidt tjenestene gir pasienten det han ønsker

4.1.1. Nærmere om faglig kvalitet.

Når det gjelder *faglig kvalitet* i spesialisthelsetjenesten er det naturlig at spesialister innen fagområdet har en sentral definisjons- og medvirkerrolle – som for eksempel utvikling av behandlingsprosedyrer (jfr. min diskusjon vedr. problemstilling i kap. 2). At en organisasjon har tilstrekkelig spesialistkompetanse tilgjengelig samtidig med et sterkt systemfokus er derfor sentrale grunnelementer. På generelt grunnlag er det derfor en naturlig kobling mellom rekruttering og kvalitet. Dette poengterer Legeforeningen i dokumentet ”Lokalsykehusfunksjoner i psykisk helsevern” (Den norske legeforening, 2008). I dette dokumentet vektlegges 3 hovedområder. Disse områdene er:

1. Pasientens tilgang til spesialister
2. Pasientens behov og rett til et tilpasset øyeblikkelig hjelp tilbud
3. Pasientens behov for en sammenhengende helsetjeneste.

Et mål på faglig kvalitet kan være anseelsen til fagfeltet psykiatri. Innen det medisinske rangeringssystemet har det vært en kjent sak at psykiatri historisk har hatt lav status sammenliknet med andre medisinske spesialiteter. Lav tilstrømning av studenter kan være en indikator på dette. I artikkelen ”Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet” (Aasland m/fl. 2008) omhandler legers valg av spesialistutdanning og bakgrunn for valgene. Etter å ha studert legestudenter og leger gjennom flere år påvises det at studenter som velger psykiatri ser ut til å være mer ”*motivert av forhold som allsidighet og variasjon og tid til familien*” enn hva tilfellet var for studenter som valgte somatiske fag. Forfatterne anbefaler på denne bakgrunn at økt rekruttering til utdanningsstillinger med lav status (bla. psykiatri) kan løses ved bedre tilrettelegging av sosiale forhold og bedre mulighet til å ha et normalt familieliv.



Figur 1 Preferanser for valg av spesialitet (Kilde: Aasland et al. 2008)

Figur 1 viser at psykiatri har lav prioritet når det gjelder preferanser for og valg av spesialitet samtidig ser vi at kvinner i større grad enn menn velger psykiatri. Det er bekymringsverdig at preferansen for psykiatri faller relativt mye fram til studieslutt. Likevel ser vi en positiv endring når man ser hvilke spesialitet den enkelte til slutt velger. Erfaringer underveis i studiet kan være årsaker til utviklingen underveis i studiet inkl. organisering av turnustjenesten. Årsaker til endringen etter avsluttet studie kan være familiesituasjon, valg av bosted, interesser og behov for forutsigbar arbeidssituasjon (bla. fast stilling/forutsigbar økonomi).

Artikkelen "Legers motiver for valg av spesialitet..." (Aasland m/fl. 2008) omhandler også begrunnelser for valg av spesialistutdanning. Man kategoriserte motivene og de som valgte psykiatri hadde en klar tendens til å sette "helhetlige motiver" som vesentlige motiver for valg. I gruppen "helhetlige motiver" inngår momenter som; "interessant fagfelt", "mulighet for fast stilling", "allsidighet" og "tid til familien". Kvinner skåret også høyt på tilsvarende motiver, noe som kan være en forklaring på at kvinner i større grad enn menn velger psykiatri. Videre refererer artikkelen til en kanadisk undersøkelse som viser at de som velger psykiatri, er leger som var opptatt av mental helse før studiet og hadde positive erfaringer med psykiatrien under studiet og i spesialiseringen samt negative erfaringer fra andre spesialiteter. Manassis et. al. (2006:325) konkluderer slik: "Although limited by small sample size and potential recall biases, this study suggests that positive clerkship experiences and participation in psychiatry electives may be modifiable programmatic factors that could enhance recruitment to psychiatry." Lambert et al. (2003) er også inne på denne

problematikken. Observasjonene er at man velger en mindre prestisjefylt spesialisering enn det man ønsket i starten av medisinstudiet eller ved avslutning av studiet. Livskvalitet framstår altså som en viktig grunn til å endre sitt spesialiseringsvalg.

Øyvind Wiborg (Wiborg, 2005) drøfter også flere forhold som virker inn på yrkesutøveres ferd i arbeidslivet. Han har observert at profesjonelle yrkesutøvere har en tendens til å bevege seg mellom arbeidssteder når de er i mindretall og at klynger eller segmenter av slike yrkesutøvere med tilgang til karriereutvikling knytter lojalitetsbånd til arbeidsstedet som fører til at færre slutter eller bytter arbeidsplass. Dette samsvarer med mine egne observasjoner som leder i sykehus.

Et annet tema som åpenbart hører hjemme under det faglige kvalitetsperspektivet er om det enkelte DPS følger de lover og regler man er satt til å følge. Pollitt beskriver dette slik: *”Some public services are actually supplied against the wishes of the immediate ‘user’ because they are part of the control apparatus of the state.”* (Pollitt 1995:13). Helsetilsynet i Norge kan nevnes som et eksempel på en organisasjon som er satt til å kontrollere om vedtatte lover og regler følges (ivaretas og sikres). For tiden pågår et nasjonalt tilsyn ved alle DPS i Norge. Det er videre tillagt den enkelte organisasjon å, på en systematisk og planlagt måte, sikre kvalitet i virksomhetens drift. Formelt er dette regulert i lovgivningen generelt og *”Forskrift om internkontroll”* spesielt. I interne dokumenter for Helse Sør-Øst refereres dette slik: *”Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen”* (Helse Sør-Øst, 2008).

Faglig kvalitet gjennom plan for opptrapping.

Norsk psykiatrisk forening sin 100-årsfeiring i 2008 resulterte i et helsepolitisk manifest med et 10-punktsprogram for bedre psykiatri (Norsk psykiatrisk forening 2008). Manifestet foreslår *”en faglig opptrappingsplan”* hvor behandlernes kompetanse fokuseres og prioriteres. Manifestet bekrefter et manglende fokus på kvalitet i hele Opptrappingsplanperioden. Det foreslås derfor at målet på kvalitet skal være behandlingsresultater og tilfredse pasienter. Dette innebærer, mener foreningen, å bla. utvikle standardiserte behandlingsrutiner. Profesjoner (for eksempel legespesialister) følger i stor grad føringer/standarder som egen fagforening har definert. Den norske legeförening har omfattende tradisjon for å involvere seg i fagutvikling på denne måten. Pollitt (1995:13) omtaler dette som en faktor som påvirker

kvaliteten i tjenesten: *”Several of the public service professions have long operated with certain concepts of social ‘need’ which are derived more from the collective purpose of their organizations or professions than from individual consumer ‘wants’.*” Sykehus defineres som kunnskapsbedrifter og medarbeiderne er i stor grad klar over at kunnskap og arbeidskraft er sentrale suksessfaktorer slik bla. Jan Grund tidligere har vært opptatt av (Grund, 2006). Dette sier noe om viktigheten av å involvere fagmiljøene i den interne kvalitetsutvikling – slik Pollitt (1995,14) beskriver: *”The underlying assumption is that contented and committed staff will work more effectively.”*

4.1.2. Nærmere om administrativ kvalitet.

Denne kategori for kvalitet omfatter mange elementer. Administrativ kvalitet kan dreie seg om økonomistyring, produktivitet, systembygging, interne og eksterne kontrollrutiner, personalforvaltning, samhandling, involvering, og administrative kvalitetsforbedringsprosesser. Det vil føre for langt å behandle alle sider av administrativ kvalitet i denne oppgaven. Jeg har derfor valgt ut noen sentrale føringer og perspektiver.

Produktivitet som mål på administrativ kvalitet.

Innledningsvis er det naturlig å definere begrepet produktivitet som et uttrykk for administrativ kvalitet. SSØ (Senter for statlig økonomistyring, 2007) definerer begrepet slik: *”Produktivitet viser hvor mye virksomheten får ut av gitte ressurser og er derfor et viktig styringsparameter. Ved å måle produktiviteten forsøker vi å svare på om virksomheten produserer uten å sløse med ressursene*”. Videre beskriver Hallandvik (2005) parallelt med Pollitt (administrative mål på) produktivitet som en del av samlebegrepet kvalitet. Kvalitet kan etter ISO-definisjonen defineres som: *”Helheten av egenskaper en enhet har og som berører dens evne til å tilfredsstille uttalte eller underforståtte behov.”* (Hallandvik 2005:13).

Opptrappingsplanens mål (2006) om redusert ventetid til poliklinisk behandling skulle bla. skje gjennom en kapasitetsøkning på opp mot 50 % gjennom planperioden. Dette målet om økt kapasitet har derfor bidratt til et sterkt fokus både fra departement og helseregioner. Etter sykehusreformen i 2002 fikk administrative mål på kvalitet større oppmerksomhet. Bl.a. innførte man et strengere rapporteringsregime i forhold til aktivitet i sykehusene.

Innen voksenpsykiatrien fremstår også produktivitet som en viktig indikator på administrativ kvalitet. Indikatoren *”Antall konsultasjoner pr. behandlerdagsverk pr. virkedag i poliklinikker*

*innen psykisk helsevern for voksne*² har derfor blitt rapportert månedlig fram til 2009. Målkravet har hele tiden vært 3,0 konsultasjoner pr. dag pr. behandler. Hensikten med fokus på dette elementet har vært fokus på økt tilgjengelighet til tjenester samt å få opp aktiviteten innen fagfeltet. Mange institusjoner/poliklinikker har hatt problemer med å levere i forhold til de fastsatte administrative kvalitetsmål. Ikke minst har man sett en tjenesteutvikling i retning av økt ambulant virksomhet. Denne type virksomhet innebærer økt reiseaktivitet som igjen reduserer mulighet for å opprettholde produktivitetsmålet, men kan på den andre siden bidra til økt kvalitet overfor den enkelte pasient. Sintef Helse gjennomførte i 2008 en analyse av status innen fagfeltet psykiatri ved utgangen av 2006 (Sintef Helse, 2008). Denne konkluderer med (s. 62) at det har vært en økning i antall konsultasjoner på 113 %. Kravet om økning skulle skje gjennom tilførsel av nye personellressurser og økt antall konsultasjoner pr. fagårsverk. Det som imidlertid viser seg er at antall konsultasjoner pr. fagårsverk kun har økt med 6 % i samme periode. Veksten i antall konsultasjoner har derfor i all hovedsak skjedd gjennom økte personellressurser. Rapporten kommenterer likevel at utviklingen fra 2004 i noen grad kan være påvirket av endringer i takstsystemene for poliklinikkene. Styringsparametere, sier SSØ (2007), bør velges slik at de samlet sett gir et godt helhetsbilde av virksomhetens relevante resultater på alle viktige tjenesteområder. Å måle og følge opp alt gir ikke god styring. SSØ kommenterer likevel at produktivitet sjelden er en god styringsparameter i seg selv, men den kan inngå i en beregning av produktivitet og effektivitet.

Johannessen og Larsen (2000) sin definisjon av administrativ kvalitet kan innlemme begrepet produktivitet. i den forstand at det er et mål på om man benytter tildelte ressurser best mulig.

Kritiske merknader til administrativ kvalitet

Det er kjent at man innen fagfeltet psykiatri i for liten grad har vært opptatt av å finne ut om behandlingen virker. Et ensidig fokus på produktivitet kan derfor bidra til at tjenesten utvikler seg i feil retning når det gjelder faktisk kvalitet i behandlingen. I mitt daglige virke som leder av et DPS har fokuset på produksjon og produktivitet vært sterkt. Drivkreftene i dette har vært økt tilgjengelighet (reduerte ventetider), måloppnåelse i forhold til produktivitet pr. behandler og økt inntekt for å kunne utvide neste års budsjettammer. Høy produksjon og høy produktivitet bidro også til større grad av frihet mht. utvikling av organisasjonen. Dette

² Helse Sør Øst RHF – 2009. *Definisjonskatalog styringsvariabler inkl. nasjonale kvalitetsindikatorer.*

fokuset har selvsagt slagsider hvor faglig kvalitetsutvikling kan lide. Det å stimulere til forskning og systematisk faglig utvikling kan i noen tilfeller bidra til redusert produksjon og produktivitet – og dermed redusert mulighet til budsjettbalanse.

Denne innebygde konflikten mellom administrativ og faglig kvalitet har kommet til uttrykk i diskusjoner i fagmiljøene lenge. Fagmiljøene har vært skeptisk til et relativt ensidig fokus på produktivitet og produksjon som måleparametere. Dette er begrunnet med at produktivitet og stort volum ikke nødvendigvis har sammenheng med god kvalitet. Sintef Unimed utførte i 2001 en litteraturgranskning for å finne ut om det var noen tydelig sammenheng mellom volum (antall pasienter til behandling) og kvalitet (pasientvolum og behandlingskvalitet). Samlet sett konkluderer man i rapporten med at det ikke er en klar sammenheng mellom volum og kvalitet, men at dette må analyseres ift. hver enkelt diagnose (Sintef Unimed, 2001).

4.1.3. Nærmere om pasientkvalitet

Christopher Pollitt definerer den kvalitet som beskriver forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Han sier det slik: *”The general aim is to increase the external quality of the service by paying more attention to those on the demand side.”* (Pollitt 1995:14)

I Helsedirektoratets rapport om brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2006) har hovedfokus vært å øke brukeres innflytelse på utformingen av tjenestene. Her understrekes viktigheten av at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp uten at det faglige ansvar forrykkes. Rapporten påpeker 3 hoveddimensjoner ift.

brukermedvirkning; Medvirkning på *individnivå*, medvirkning på *systemnivå* og medvirkning på *politisk nivå*. Likeverdighet er gjennomgangsparolen i alle disse medvirkningsnivåer.

Brukernes rettigheter til deltakelse både på individnivå og systemnivå (og politisk nivå) er regulert i lover og forskrifter. De fleste helseinstitusjoner i Norge kan med rette hevde at dette forsøkes ivaretatt, men kanskje med noe blandet resultat. Det er f.eks. store utfordringer i å ivareta reell brukermedvirkning på ulike nivåer og kvaliteten på involveringen er også ulik.

Helsedirektoratet understreker i sin rapport (Sosial- og Helsedirektoratet –

Brukermedvirkning, 2006) viktigheten av å skape et godt personlig møte mellom bruker og tjenesteyter. Bruker skal oppleve trygghet, forståelse og likeverd på tross av de psykiske lidelsene pasienten sliter med. Det vises i denne sammenheng til en terapiform som kalles *”Klient- og resultatstyrt terapi”*. *”Klientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen og*

klientens opplevelse av endring tidlig i behandlingen ser ut til å være de faktorer som best predikerer resultatet av behandlingen.” (Sosial- og Helsedirektoratet – Brukermedvirkning 2006:18). I denne metodikken nedtegnes pasientens opplevelse av relasjonen og terapeuten kan da endre behandlingsfokus ved neste møte. Forskningsprosjekter hvor måleinstrument er benyttet for å gi terapeuten systematisk tilbakemelding på klientens vurdering av terapeutisk allianse og klientens vurdering av resultat viser signifikant økning i effekten av behandlingen.

Medvirkning på systemnivå innebærer deltakelse i utviklingen og evalueringen av selve tjenesten. SSHF (Klinikk for psykisk helse) har gjort noen erfaringer med systematisk brukermedvirkning. Man besluttet allerede ved opprettelsen av klinikken i 2003 å involvere representanter for brukerne i utviklingen av tjenesten og organisasjonen. Dette har fortsatt og har bla. hatt form som:

- Faste medlemmer i ledergruppen
- Faste medlemmer i alle utviklingsprosjekter
- Dialogkonferanse med brukerorganisasjonene hvert halvår.
- Deltakelse fra brukerorganisasjoner i faste møter med kommunene på Agder
- Bidragsyter i form av økonomi, personell, utlån av lokaler til etablering av et brukerstyrt senter

Fra mitt ståsted vil jeg si at det er mange gode erfaringer med denne systematiske involveringspraksis. Både repr. fra brukerorganisasjonene og fra SSHF har opplevd og opplever stor grad av gjensidighet og god dialog. Det er ikke unaturlig å si at utviklingen av tjenesten i sykehuset over tid har blitt preget av dette i en positiv retning. Det er likevel viktig å gi uttrykk for at det fortsatt er utfordringer både i tjenesteutøvelsen og i selve brukerinvolveringen. Brukerne gir særlig uttrykk for at sykehusets tjenester har utfordringer i forhold til kommunikasjonsferdigheter og holdninger hos de ansatte. Det å møte brukeren/pasienten med respekt innebærer også evne til å skape et godt behandlingsklima mellom pasient og terapeut.

Over tid etablerer det seg gode relasjoner mellom representantene fra sykehus og brukerorganisasjoner. Dette har ofte sammenheng med at de samme personer ”går igjen” i ulike sammenhenger. Dette er på den ene siden bra, men det er også en utfordring særlig i forhold til å vurdere og kommunisere forhold som er kritikkverdige i tjenesten. Noen representanter fra brukerorganisasjoner har gitt uttrykk for at flere brukerrepresentanter har

begrenset erfaring med å holde innlegg og gi uttrykk for sine meninger i møter og større plenumssammenhenger. I psykiatri kan det også være slik at de velartikulerte ”relativt friske” pasientene dominerer mens stemmene til de alvorligst syke pasientene kommer i bakgrunnen. Dette kan bidra til at kritiske kommentarer til tjenesten ikke kommer tilstrekkelig fram, noe som selvsagt er uheldig.

Pasienttilfredshet som mål på brukerkvalitet.

Det er først og fremst medvirkning på individnivå som etter min vurdering påvirker pasientens tilfredshet med tjenesten og dermed opplevelsen av kvalitet. Det må likevel være et samspill mellom systemnivå og individnivå. Et ensidig fokus på individnivå vil kunne medføre for stor grad av tilfeldigheter mht. hvordan dialogen skal være mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Ved et sterkt fokus på brukervedvirkning på systemnivå i en organisasjon vil organisasjonen som helhet ha mulighet til en positiv utvikling mht. medarbeidernes holdninger, teori- og erfaringsbaserte begrunnelser for handling samt de faktiske valg de gjør i praksis – som Sigstad uttrykker det i sin kronikk ”Brukervedvirkning, alibi eller realitet?” (Sigstad 2004). Sosial- og Helsedirektoratets rapport om brukervedvirkning setter deltakelse fra brukerne som en vesentlig faktor for god kvalitetsutvikling: ”På systemnivå vil brukervedvirkning innebære at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål.” (Sosial- og Helsedirektoratet, Brukervedvirkning 2006:8).

Kritiske merknader til brukervedvirkning

Det er imidlertid utfordringer i samspillet mellom brukere/pasienter og tjenesteyteren/tjenesteyterorganisasjonen. Ikke minst ligger det et stort ansvar på ledelsen i en tjenesteyterorganisasjon til å etablere nye systemer som gjør at brukere faktisk kan delta i arbeidet med å stadig gjøre tjenesten bedre. Men det er også tillagt brukerrepresentantene et stort ansvar. Sigstad (2004:64) uttrykker dette slik i sin kronikk: ”Brukerrepresentantene er valgt til å tale på vegne av andre brukeres synspunkter. Praksis viser imidlertid at representantene ofte best ivaretar de grupper de selv identifiserer seg sterkest med, for eksempel de mest aktive og ressurssterke innenfor pasientforeningene. En reell brukervedvirkning i denne sammenheng vil derfor være avhengig av økt kompetanse og evne til å skille mellom egne og andres problemområder, men også en inngående faginnnsikt.” Videre kommenterer hun om ”reell brukervedvirkning”: ”En reell brukervedvirkning på

systemnivå krever for øvrig endring av strukturelle rammebetingelser og ledelsespraksis; et demokratisk arbeidsmiljø, som blant annet avhenger av ledelsens evne til delegering av myndighet nedover i organisasjonen.”

Sigstad (2004) er opptatt av at brukermedvirkning på individnivå forutsetter en dialog hvor man deler opplevelser og oppfatninger omkring pasientens situasjon. Det er også viktig at den profesjonelle behandleren er klar over at ulike oppfatninger kan skape konflikter og at han/hun kan skape en negativ utvikling ved å overta styringen i en dialog/behandlingssituasjon. Hun sier videre at en forutsetning for å lykkes i en behandler-/pasientsituasjon er at den profesjonelle ”arbeider sammen med pasienten” og ikke fremstår som ”eksperten”. En likeverdighet i dialogen vil bidra til at pasienten selv kan skaffe seg nødvendig innsikt, kunnskaper og ferdigheter for sitt videre liv.

5. Metode

Min oppgave dreier seg om to sentrale temaer; kvalitet og organisasjonsstørrelse. Jeg ønsker å undersøke om det er en sammenheng mellom størrelsen på en organisasjon (DPS) og kvaliteten på tjenestene som ytes. Her vil kvalitet videre bli belyst ut fra et faglig, et administrativt og et brukerperspektiv. Med bakgrunn i foreliggende skrivebordsdata håper jeg å kunne gi svar på denne problemstillingen. Mitt prosjekt innebar å undersøke 12 av i alt 34 DPS i Helse Sør-Øst nærmere, deriblant mitt eget DPS (DPS Aust-Agder).

5.1. Om å forske i egen organisasjon.

Ry Nielsen og Repstad (2006) understreker det som viktig at man tydeliggjør plassering i feltet og forholdet til sin egen organisasjon. For å ikke skape unødig spekulasjoner i forhold til måten undersøkelsen er gjennomført skal man tydeliggjøre sin posisjon. Begrepet ”min egen organisasjon” kan likevel oppfattes som noe uklart. Det er uproblematisk å definere min egen arbeidsplass, DPS Aust-Agder, som ”min egen organisasjon”. SSHF mener jeg også at jeg med rette kan si er ”min egen organisasjon” – ett av de andre DPSene i SSHF inngår også i utvalget. Samtidig er DPS Lister mer perifer. Det videre spørsmålet er om også Helse Sør-Øst er en del av ”min organisasjon”. Jeg konkluderer med at jeg ikke vil benevne Helse Sør-Øst som ”min egen organisasjon”. Det er likevel slik at jeg kjenner flere av lederne i de DPS jeg har valgt å undersøke nærmere.

Det er relativt lite litteratur som omhandler temaet forskning i egen organisasjon. ”*Når mauren skal være ørn*” (Repstad og Ry-Nielsen, 2006), fokuserer i hovedsak på kvalitative undersøkelser i egen organisasjon, men deres refleksjoner er likevel i stor grad universelle og jeg har derfor latt deres diskusjon være et bakteppe i mitt arbeid hvor jeg i stor grad opererer med kvantitative sekundærdata. Artikkelen påpeker både fordeler og utfordringer ved en slik forskning. De understreker viktigheten av å være klar over hva man gjør. ”*Hovedpoenget er at ”den rene forskerrolle” i samfunnsvitenskapen er en fiksjon. Dermed blir det å analysere egen organisasjon ikke så hundre prosent annerledes enn hva andre forskere gjør når de bruker kvalitative metoder..... Forskjellen – på godt og vondt – er at den forsker som samtidig er aktør i egen organisasjon, vanligvis har flere og mer intime sosiale bånd til aktørene enn en forsker som kommer utenfra.*” (Ry Nielsen og Repstad 2006:247).

5.2. Primær- og sekundærdata

Det finnes relativt mye informasjon om driften i norske sykehus generelt og psykiatrifagfeltet spesielt. De årlige Samdatarapportene (Samdata 2008) er et eksempel på dette.

Gjennomføringen av Opptrappingsplanen har også skapt spesiell interesse for å undersøke utviklingen av psykiatritjenesten nærmere. Eksempler på spesifikk informasjon om psykiatrifagfeltet/evaluering av Opptrappingsplanen er rapporter fra Sintef Helse og den siste kartleggingen av de distriktpsykiatriske sentrene i Norge (Muusmann og Agenda, 2008).

Dette er data eller informasjon som vi kaller *sekundærdata*. I min undersøkelse vil jeg også i noen grad benytte meg av egne innsamlede data – såkalt *primærdata*.

Hovedskille mellom primær- og sekundærdata er at primærdata er noe man selv samler inn mens sekundærdata er samlet inn av andre. ”*Primærdata innsamles av forskeren selv, eller planlegges av forskeren for prosjektets formål*” (Ringdal 2001:123). Sekundærdata defineres av Jakobsen (Jakobsen 2002:124) som ”*opplysninger som er samlet inn av andre*”. Ofte er slike sekundærdata samlet inn til et annet formål. Man må derfor være observant når slike data benyttes og gjerne kontrollere disse med data som man selv samler inn. Jakobsen (2002:125) understreker at det ofte vil være nyttig å benytte både primær- og sekundærdata bla. for å kontrollere for feil - ”*Hvis vi benytter oss av flere ulike data, kan disse benyttes til å kontrollere hverandre*”.

Til tross for denne typen reservasjoner og svakheter som kan hefte med sekundærdata vil en kunne forvente god kvalitet på denne typen data innsamlet av nasjonale planleggingsmyndigheter. Mine data er i stor grad sekundærdata hentet fra nasjonale eller regionale undersøkelser/databaser. Sentral innsamling av data (som for eksempel Samdata (Sintef)) skjer som regel gjennom lokal deltakelse – ved at spørreskjemaer sendes ut til alle aktuelle instanser for utfylling. I forbindelse med Muusmann og Agenda sin kartlegging av DPS i Norge ble relativt omfattende spørreskjemaer sendt ut til de enkelte organisasjoner for utfylling. Mitt opplegg baserer seg i tillegg på at jeg selv har samlet inn kvantitative data gjennom e-post og intervju av alle DPS-lederne som inngår i mitt utvalg. Dette definerer jeg som primærdata. Seinere i oppgaven vil jeg vurdere disse to datasettene opp mot hverandre gjennom validering, f.eks. om det er variasjoner mellom mine primærdata og de aktuelle sekundærdataene og eventuelle fortolknings- og målefeil ved undersøkelsene.

5.3. Innsamling av data.

Sekundærdata er i hovedsak hentet fra nasjonale nettsider (som for eksempel www.sintef.no, www.helsetilsynet.no og www.shdir.no) oftest som nedlastning av fulltekstrapporter i form av PDF-filer, tilsendte trykte rapporter (som for eksempel ”Kartlegging av de Distriktpspsykiatriske sentrene i Norge 2008.”), innlån av rapporter fra sykehusets fagbibliotek eller ved at jeg har fått oversendt rapporter via e-post.

Innsamling av primærdata (eller egne data) har skjedd gjennom å sende e-post i forkant av telefonintervju med lederne av utvalgte DPS (jfr. appendix kap. 8 for detaljer). Utvelgelsen av DPS har skjedd ut fra 3 perspektiver. For det første var mitt ønske å samle informasjon fra små, mellomstore og store DPS. Det andre perspektivet var å velge ut DPS fra ulike deler av Helseregion Sør-Øst slik at både sørlige del, midtre del og østlige del var representert. Det tredje perspektivet var at alle kategorier DPS skulle inngå i utvalget fra hvert av de geografiske områdene. Å velge 12 DPS (4 i hver størrelseskategori) hadde basis i en kvantitativ tilnærming og et behov for et arbeidsmessig overkommelig utvalg. Dersom mitt fokus hadde vært mer tydelig kvalitativt, og dermed med større dybdeperspektiv, vurderer jeg at 12 DPS ville vært for omfangsrikt. Jeg var i kontakt med alle DPS-lederne på denne måten og fikk dermed svar på det jeg etterspurte. Mitt formål med telefonisk intervju var å få svar på mine spørsmål om antall stillinger samtidig å få mulighet til å presisere både hva som inngikk i dataene (stillingsoversiktene) og hva som defineres som vakant stilling. Presisering i forhold til stillingsoversikter var at stillinger knyttet til rusfagfeltet skulle ekskluderes. Videre ønsket jeg å presisere min tolkning av en vakant stilling³ (jfr. appendix, kap. 8). Dette kan være en medvirkende årsak til at mine data avviker noe fra Muusmann og Agenda (2008) sin kartlegging. Konkret ønsket jeg svar på (jfr. appendix, kap. 8) antall budsjetterte stillinger for legespesialister, psykologspesialister/psykologer samt antall vakante stillinger i hver gruppe. I tillegg ønsket jeg informasjon om totalt antall stillinger ved DPSet. Denne informasjonen har jeg likevel valgt å ikke undersøke videre i min analyse. Begrunnelse for å velge telefonintervju kan være å redusere kostnadene (Jakobsen 2002). I mine valg av innsamlingsmetode så jeg ingen grunn til å reise rundt til de aktuelle lederne da mitt hovedperspektiv var kvantitativt og at hovedhensikten med min samtale med den enkelte leder var å få den enkeltes konkrete tilbakemelding på noen få spørsmål (jfr. appendix, kap 8).

³ Jeg definerte ”*vakant stilling*” som en stilling som ikke ”eies” av noen. Dvs. ingen har permisjon eller er sykemeldt fra stillingen. Stillingen må heller ikke være tildelt noen som starter opp i stillingen i nær framtid.

Innsamling av data skjedde sommeren/høsten 08. Den viktigste grunn til valg av tidspunkt er at offisielle aktivitetsdata for foregående år først foreligger medio året etter. Data for 2007 forelå altså i juni/juli 2008.

5.4. Utvalg og generalisering.

Spørsmålet er om mitt utvalg av undersøkelsesenheter egner seg som grunnlag for generalisering. Andersen (2005) omhandler temaet generalisering i sin bok *”Case-studier og generalisering”*. Han skriver bla. følgende: *”case-studier representerer en alternativ forskningstilnærming, der det er få eller ingen muligheter for generalisering.”* (Andersen 2005:13). Jeg valgte å undersøke 12 av 34 DPS i Helse Sør-Øst nærmere. Bakgrunnen for å velge nettopp 12 var noe tilfeldig. Da min oppgave fokuserer på sammenhengen mellom størrelse og kvalitet mente jeg det var naturlig å dele DPSene inn i størrelsesgrupper (små, mellomstore og store (jfr. DPS-veilederen 2006)) samt å ha et likt antall i hver av gruppene. Å velge 12 var begrunnet i overkommelighet (for meg) samtidig som det ga et visst antall i hver gruppe. Valg av konkrete DPS var ut fra et ønske om spredning innenfor regionen. Jeg ønsker altså å undersøke 12 organisasjoner (DPS – avgrenset i rom) ut fra en statusbeskrivelse på et definert tidspunkt (øyeblikksbeskrivelse pr. 31. desember 2007 – avgrenset i tid). Oversikt over alle DPS i Helse Sør-Øst samt mine valgte DPS fremkommer i appendix (tabell 1). Jakobsen (2002:78) skriver at case-studier egner seg godt når vi ønsker å beskrive hva som er *”spesifikt med et spesielt sted, for eksempel en organisasjon,.....”*. Jeg mener at dette er treffende for min undersøkelse og mitt utvalg av DPS.

Jeg kan ikke konkludere med at mitt utvalg er 100 % representativt. Mine funn kan altså ikke uten videre generaliseres til å være gjeldende for situasjonen ved alle DPS i Helse Sør-Øst eller for den saks skyld i Norge. Jeg kan likevel få frem noen tendenser som kan danne grunnlag for videre vurdering. Andersen (2005) er kritisk til å generalisere på bakgrunn av case-studier. Andre forfattere som bla. Flyvbjerg (1995) er mer optimistisk mht. generalisering. *”Man kan ofte med fordel generalisere på grundlag af en enkelt case, og case studiet kan udmærket bidrage til videnskabelig udvikling via generalisering som supplement eller alternativ til andre metoder. Men formel generalisering er overvurderet som kilde til videnskabelig udvikling, hvorimod ”det gode eksempels magt” er undervurderet.”* (Flyvbjerg 1995:148-149). Han vurderer case-studier dit hen at de faktisk kan gi grunnlag for generalisering: *”Generaliserbarheden af case studier kan øges ved strategisk udvælgelse af*

kritiske case.” (Flyvbjerg 1995:149). Flyvbjerg (1995:150) definerer en type utvelgelse som ”*informationsorienteret udvælgelse*” og innebærer å maksimere nytten av informasjon fra små stikkprøver og enkeltstående cases eller som han sier ”*Cases udvælges på grundlag af forventninger om informationsindhold, baseret på allerede eksisterende data samt på vurderinger av involverede nøglepersoner og forskere.*” Flyvbjergs konklusjoner peker derfor i retning av at mine case faktisk kan danne grunnlag for vurderinger knyttet til generalisering.

5.5. Kvantitative data og kvalitativ fortolkning

Ofte anbefales det å benytte kvalitative og kvantitative data samtidig for å styrke et forskningsopplegg (Jacobsen 2002). Også en insiderposisjon i feltet kan ha sin styrke (Repstad og Ry Nielsen 2006). Min erfaring fra helsesektoren, ut i fra det jeg har kunnet erfare og observere, gjør at jeg til en viss grad kan hevde at mine synspunkter og fortolkninger også bør kunne tillegges vekt. Metodisk vil jeg derfor benytte kvantitative data som grunnlag for kvalitative refleksjoner og fortolkninger. Imidlertid er både mine sekundærdata og primærdata (telefonintervju) i hovedsak kvantitative data. Koblingen mellom kvantitativ og kvalitativ metode understrekes av Ry Nielsen og Repstad nettopp som bidrag til objektivisering av prosjektet. ”*Likevel kan det være en fordel på to måter, både saklig og taktisk, å bruke kvantitativ dokumentasjon når man skal beskrive egen organisasjon. Dels kan man selv og andre faktisk få et mer presist og objektivt (dvs. virkelighetsnært) bilde av organisasjonen, og dels kan det være godt for rapportens troverdighet, hvis leserne i utgangspunktet er skeptiske til forfatterens distanse*” (Ry Nielsen og Repstad 2006:267). Med andre ord når man står nært et felt, som når en forsker i egen organisasjon, vil kvantitative data bidra til å oppnå en større objektiv avstand i feltet.

De kvalitative refleksjoner jeg gjør seinere i oppgaven kan også ha sine utfordringer. Som Ry Nielsen og Repstad (2006:249) er inne på så vil ”*personlig engasjement i det miljøet man forsker i, ofte bli betraktet som en mulig feilkilde for de erkjennelsene man kommer fram til.*” Man kan altså stå i fare for at de konklusjoner eller vurderinger man gir når man undersøker egen organisasjon enten vil være for positive eller for negative. Den andre siden av engasjement for sin egen organisasjon er at man oftest er mer utholdende enn man ellers ville vært. Som Ry Nielsen/Repstad uttrykker og som jeg selv erfarer, preges ikke denne type arbeid bare av spennende og inspirerende øyeblikk. Utfordringen min har ikke vært mangel på engasjement for temaet, men tid til å gjøre slike undersøkelser. Dette har bidratt til å begrense

undersøkelsesfokuset i stedet for å bli ”drevet” mot å ”undersøke alt”. Arbeidssituasjonen i mitt daglige arbeid har vært og er krevende. Dette begrenser muligheten til dybde- og breddeundersøkelser.

5.6. Reliabilitet og validitet.

5.6.1. Reliabilitet

I mitt prosjekt er sekundærdata innsamlet gjennom nasjonale prosesser – eksempelvis Samdata (2008) og Muusmann og Agenda sin kartlegging av DPSene i Norge (2008). De enkelte organisasjoner bidro bla. med utfylling av tilsendte spørreskjemaer. Når jeg ser tilbake på hvordan utfyllingen av slike spørreskjemaer (standardiserte og svært omfattende) ble håndtert, konstaterer jeg at det kan ha sneket seg inn feil. Lokalt så man selvsagt nytten av å bidra, men samtidig opplevde man betydelig fokus på rapportering som til tider la beslag på mye tid. Dette samtidig som det av og til var spørsmål som kunne tolkes på flere måter, bidro sannsynligvis til enkelte feil i besvarelsene. Dette kan være en grunn til at jeg i mine innsamlede data, primærdata, fikk noe variasjon i svar når det gjelder bla. stillinger og vakanser. For å eksemplifisere dette kom jeg fram til at DPS Skien hadde 1,0 vakante psykiaterstillinger mens Muusmann og Agenda (2008:89) kom fram til 2,0 vakante stillinger. Et annet eksempel er DPS Alna med henholdsvis 1,0 (mine data) og 1,75 (Muusmann og Agenda 2008:88) vakante psykiaterstillinger og at av disse er 0,75 knyttet til rusfeltet – som jeg i min undersøkelse har ekskludert (og som ved en ”spisset” tolkning ikke er en del av Opptrappingsplanen for psykisk helse, men en del av rusreformen).

Mitt poeng med denne refleksjonen er ikke å si at mine data er de riktige og sekundærdata er feil. Mine data kan åpenbart også inneholde feil både ut fra min spørring og intervjuobjektets tolking og presisjonsnivå i sin eksakte ”der og da”-kunnskap om egen organisasjon. Dette berører begrepet *reliabilitet* (eller pålitelighet) og jeg vil konstatere at det å oppnå 100 % datapålitelighet er vanskelig. Mine data vil jeg vurdere til å ha tilstrekkelig pålitelighet til å bli benyttet i denne sammenheng.

5.6.2. Validitet

Når det gjelder begrepet *validitet* eller *gyldighet* så er dette også utfordrende. Har jeg valgt de rette måleparameterne for å avklare min problemstilling? Som Holme og Solvang (1998:156) sier det, er det ikke tilstrekkelig at vi har pålitelige data. ”*Dersom de måler noe annet enn det vi ønsker å måle, kan dataene være så pålitelige som de vil.*”

Min problemstilling omhandler den avhengige variabelen *kvalitet* og den uavhengige variabelen *størrelse*. Den *uavhengige variabelen "størrelse" på DPS (eller fagmiljø)* kan her med andre ord være årsaken til kvalitet. Det er det jeg ønsker å undersøke nærmere. Holme og Solvang (1998:156) er inne på noe sentralt når de sier at dataene jeg samler inn også må ha en definisjonsmessig gyldighet. Dette betyr at operasjonaliseringen av de teoretiske variablene må være gjort slik at den teoretisk definerte variabelen og den operasjonaliserte variabelen så vidt mulig er sammenfallende. Jeg vil i det følgende gi noen kommentarer til sammenhengen mellom de teoretisk definerte variablene (*størrelse* og *kvalitet*) og operasjonaliseringen av disse knyttet opp mot validitet:

Den uavhengige variabel - størrelse.

Mitt utgangspunkt for å definere *størrelse* tar utgangspunkt i fagmiljøets *størrelse*. En parallell er den definisjonen som DPS-veilederen (2006) gir, nemlig befolkning (over 18 år) i opptaksområdet. Det er liten grunn til å endre på definisjonen av DPS-*størrelse*. Mine data om DPS bekrefter at fagmiljøet øker med økende DPS-*størrelse*. Jeg mener derfor at inndelingen i 3 kategorier DPS (små, mellomstore og store) vil gi meg et tilstrekkelig svar på om det faktisk er noen forskjell ift. *kvalitet*. Det kan selvsagt diskuteres om opptaksområdet skal være hele befolkningen eller bare de over 18 år. En endring ift. dette vil medføre at noen DPS vil flytte seg til en annen kategori. Da DPSets hovedoppgave er å gi tjenester til den voksne befolkning ser jeg ikke noen grunn til å endre på definisjonen. Gyldigheten (validiteten) er med andre ord god.

Den avhengige variabel – kvalitet.

Kvalitet defineres i kap. 4 som *faglig kvalitet, administrativ kvalitet og pasientkvalitet*. Å operasjonalisere denne variabelen er mer utfordrende enn variabelen *størrelse*. Det er mulig å fordype seg i (og finne) svært mange variabler som bidrar til å operasjonalisere/konkretisere mine 3 hoveddefinisjoner på *kvalitet* – slik Pollitt (1995) og videre Johannesen og Larsen (2000) definerer begrepet.

Jeg mener det er fornuftig å ta utgangspunkt i Den norske legeforening (2008) sin definisjon av *faglig kvalitet* når jeg skal forsøke å operasjonalisere begrepet (jfr. kap. 4) Legeforeningen definerer 3 hovedområder som sentrale: Tilgang til spesialister, behov og rett til et tilpasset øyeblikkelig hjelp tilbud og pasientens behov for en sammenhengende tjeneste. Av disse 3 velger jeg "tilgang til spesialister" som uttrykk for *faglig kvalitet* (i mitt opplegg) og dette kan

konkretiseres gjennom både budsjetterte stillinger for gruppen og den vakanssituasjon det enkelte DPS har. Data ift. dette er hentet inn både som primær- og sekundærdata. De andre variablene (legeforeningens definisjon) fremkommer i nasjonale rapporter og er således sekundærdata. Disse vil jeg imidlertid diskutere i forhold til *administrativ kvalitet* da dette i denne sammenheng dreier seg mer om ”opptelling” enn dybdeforståelse. Jeg vurderer videre at Helsetilsynet gjennom sitt nasjonale tilsyn med DPSene også berører temaet *faglig kvalitet* i form av ivaretagelse og sikring av denne kvaliteten. Jeg mener at disse variablene bygger opp under kravet til god eller akseptabel validitet.

Når det gjelder begrepet *administrativ kvalitet* så omhandler dette i stor grad spørsmål knyttet til om organisasjonen benytter tildelte ressurser uten å sløse, dvs. ulike mål på produktivitet. Jeg har valgt å vurdere status for dette ut fra følgende variabler: Produktivitet ved det enkelte DPS, etablering av kvalitetsråd/fagråd ved det enkelte DPS, etablering av tilpasset øyeblikkelig hjelp funksjon, sammenhengende tjeneste og den generelle profilvurderingen det enkelte DPS har fått i forbindelse med Muusmann og Agenda sin kartlegging i 2008. Alle dataene er hentet fra sekundærdata. Også i denne sammenheng vil jeg vurdere at mine variabler er beskrivende og dermed valide for min problemstilling.

Den tredje definisjonen av kvalitet er *pasientkvalitet*. Det er utfordrende å finne fram til metoder som gir reell og verdifull tilbakemelding til en tjenesteyter om brukerens eller pasientens faktiske vurdering av tjenesten. Ofte konkluderer slike undersøkelser med at de fleste pasienter er relativt godt fornøyd. Det har ikke vært kapasitet til å gjennomføre en egen datainnsamling for å besvare denne variabelen. Jeg har altså benyttet meg av sekundærdata ut i fra en kilde. Kilden har vært Kunnskapssenterets brukerundersøkelse ”PasOpp” (2008). Jeg har valgt å belyse denne problemstillingen gjennom pasientenes opplevelse av tjenesten ut fra parametere som beskriver effekt av behandling samt hvordan man blir møtt i behandlingsøyeblikket.

En oppfatning av at det er en sammenheng mellom størrelse og kvalitet er ikke uvanlig innen fagfeltet. Ikke minst ut fra en tanke om at øvelse gjør mester. ”Øvelse” i den forstand at stort volum og stor aktivitet faktisk gir bedre kvalitet og mulighet til å få erfaringer som kan påvirke praksis. Utgangspunktet for å velge mitt tema var nettopp tanken på at det er en klar sammenheng mellom kvalitet og størrelse. Min erfaring er at det i et stort miljø ofte kan være lettere å skape entusiasme og ”drive” for faglig kvalitetsutvikling samtidig som man har

organisatoriske forutsetninger for å sette god kvalitet/beste praksis i system. I mine innsamlede data (appendix) ser jeg imidlertid at det er relativt store forskjeller mellom mine utvalgte DPS. På DPS-gruppenivå observerer jeg en tendens i retning av en sammenheng mellom størrelse og kvalitet, men ser vi nærmere på det enkelte DPS fremkommer relativt store forskjeller.

I kap. 6 vurderer jeg om det er noen sammenheng mellom den uavhengige variabelen (størrelse) og den avhengige variabelen (kvalitet). Er det altså en sammenheng mellom årsak og virkning. Holme og Solvang (1998:62) definerer dette som *årsaksmodellen* eller *kausalmodellen*. ”*Årsaksmodellen* (kausalmodellen) kan ses på som et alternativ til å konstruere et sett med påstander og *årsakssammenhenger* mellom variabler, der *effektvariabelen* er det forhold vi ønsker å forklare og der *årsaksvariabelen* er de forhold som kan bidra til å forklare denne variasjonen.” Eksempler på dette vil være om det faktisk er noen sammenheng mellom størrelsen på et DPS (årsaksvariabel) og produktivitet eller om tilgangen på spesialister er forskjellig fra en kategori DPS (størrelse) til et annet. Tilgangen blir da vurdert i forhold til reelt antall spesialister (hvor vakante stillinger er trukket fra).

6. Analyse og drøfting av data.

Utgangspunktet for denne masteroppgaven har vært å finne ut om det er forskjeller (og likheter) mellom utvalgte DPS med utgangspunkt i fagmiljøets størrelse, i forhold til 3 kvalitetsperspektiver: *Faglig kvalitet, administrativ kvalitet og pasientkvalitet*. Jeg har tidligere i oppgaven diskutert kvalitetsbegrepet. Mine data berører alle disse kvalitetsperspektivene og vil bli tolket i lys av disse. Nedenfor gjengis noen av de mest sentrale funnene. For flere detaljer henvises til appendix. I kap. 7 sammenstiller og konkluderer jeg alle funn/observasjoner.

6.1. Faglig kvalitet

Jeg vurderer følgende variabler til å beskrive nivået for *faglig kvalitet* ved det enkelte DPS:

1. Pasientens tilgang til spesialister uttrykt ved antall spesialiststillinger/psykologstillinger og rekrutteringssituasjon for spesialister)
2. Resultater etter Helsetilsynets tilsyn med DPSene.

6.1.1. Forskjeller mellom sekundærdata og primærdata.

Data vedr. spesialiststillinger ved det enkelte DPS er samlet inn både som primær- og sekundærdata (sammenligninger for det enkelte DPS fremkommer i Appendix – tabell 5 og 6). Hensikten med å samle både sekundær- og primærdata har vært å gjøre en sammenligning. Dette gir en mulighet til å kontrollere mot hverandre som Jakobsen (2002) er inne på. Det interessante er at de tilsynelatende samme data som jeg og Muusmann/Agenda (2008) har samlet inn avviker fra hverandre både når det gjelder antall stillinger og antall vakante stillinger. I detaljoversikten i appendix (tabell 5) om budsjetterte stillinger viser det seg at det kun er 7 av 33 datapunkter som samsvarer (DPS Lillestrøm er ekskludert pga. manglende data i Muusmann/Agenda). Gjennomsnittet for hver gruppe DPS viser økende avvik med økt DPS-størrelse. Det er vanskelig å si hva dette skyldes, men en forklaring kan være at jeg i min datainnsamling har vært spesifikk på at stillinger for rusfagfeltet skal ekskluderes. Jeg kan ikke se at dette er spesifisert i Muusmann/Agenda sin rapport.

Når det gjelder data vedr. vakante stillinger (gjelder bare psykiatere – appendix tabell 6) ser vi en lignende tendens med samsvar på 5 av 11 datapunkter. Det er heller ikke her enkelt å begrunne forskjellen. En refleksjon kan likevel være at tidspunktet for datainnsamlingen mest

sannsynlig er forskjellig. Et annet poeng kan være ulik tolkning av hva som defineres som en ”vakant stilling”.

Muusmann og Agenda benytter i sine oversikter kun begrepet psykologspesialister. Dette er et entydig begrep med basis i formell utdanning. I mine data inngår også psykologer som en del av gruppen psykologer/-spesialister. Ut fra min erfaring er det som regel ikke (ved de fleste DPS) definert et spesielt antall psykologspesialiststillinger på samme måte som for psykiatere. Dette skyldes at legestillinger er sentralt regulert og ikke kan opprettes uten sentral godkjenning. For psykologene er det ved de fleste DPS en flytende overgang ved at en psykologstilling endres til psykologspesialiststilling når den enkelte har slutført sin utdanning til spesialist. Av denne grunn velger jeg å benytte mine egne innsamlede data til videre analyse i forhold til pasientens tilgang til spesialister.

6.1.2. Nærmere om pasientens tilgang til spesialister.

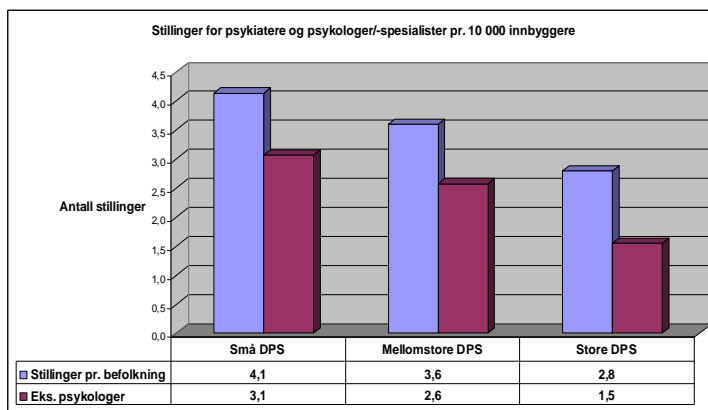
Tilgang til spesialister (jfr. definisjon) ved det enkelte DPS kan vurderes på flere måter. På den ene siden kan det dreie seg om antall budsjetterte stillinger og på den andre siden ”de spesialister som er ansatt” – altså budsjetterte stillinger med fradrag av vakante stillinger for samme gruppe. Det må også legges til at det ikke er uvanlig at DPS med vakante stillinger ofte leier inn vikarer (spesialister) til å dekke opp for ledige stillinger. Dette kan derfor innebære at antall tilstedeværende spesialister er høyere enn det jeg i det videre vil legge til grunn – nemlig antall budsjetterte spesialiststillinger med fradrag av vakante stillinger.

Det er ulike syn på hvor viktig tilgangen på spesialister egentlig er. Legeforeningen gir uttrykk for at god tilgang til spesialist er et viktig kriterium for god faglig kvalitet. Andre hevder at det pasienten først og fremst er opptatt av er om behandlingen virker og at dette ofte henger sammen med relasjonen mellom behandler og pasient. Innledningsvis vil jeg derfor nevne en diskusjon som foregår i Klinikk for psykisk helse i SSHF – både internt og ut mot fastlegene i distriktet. Diskusjonen dreier seg om viktigheten av at pasienten har konsultasjoner med en spesialist i løpet av behandlingsserien. Spørsmål som reises er om det faktisk gir en bedre kvalitet på tjenesten å møte en spesialist i stedet for en medarbeider uten formell spesialistkompetanse, men samtidig med lang klinisk erfaring og ofte med bred utdanningsbakgrunn. Det er viktig å presisere at en spesialist alltid foretar en faglig vurdering av pasienten (oftest gjennom vurdering av henvisningsnotatet) forut for behandlingsoppstart. Jeg vil ikke gå nærmere inn på denne diskusjonen her.

- Hva sier så mine data om befolkningens tilgang på spesialister? (jfr. Appendix – tabell 7, 8 og 9)

Jeg finner følgende tendens:

- Tilgangen til spesialister pr. 10 000 innbyggere, uttrykt ved budsjetterte stillinger, er størst i de små DPSene (jfr. figur 2 under).
- Antall vakante stillinger pr. 10 000 innbyggere er dobbelt så stor ved de små DPSene sammenlignet med de største DPSene (jfr. figur 4 under).
- Tilgangen til spesialister pr. 10 000 innbyggere, uttrykt ved budsjetterte stillinger med fradrag for vakante stillinger, er størst ved de små DPSene selv om vakanssituasjonen er betydelig større ved de små DPSene (jfr. figur 4 under).



Figur 2 Budsjetterte stillinger for psykiatere og psykologer/-spesialister

Min erfaring er at større organisasjoner har en mulighet til å benytte ressurser på en mer fleksibel måte enn hva tilfellet er for mindre organisasjoner. I store

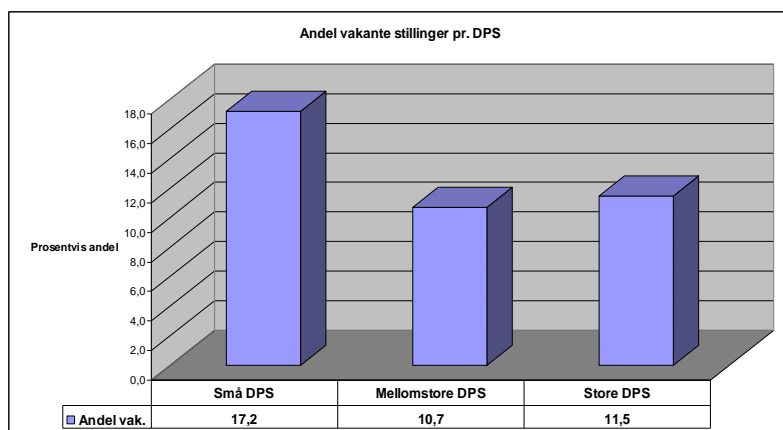
DPS kan man likevel ha etablert små enheter relativt langt fra hovedbasen. En stor organisasjon har likevel mulighet for å benytte den samlede ressursbasen fleksibelt. Mindre organisasjoner må derfor naturligvis, pga. sårbarhet for fravær av spisskompetanse, planlegge med større sikkerhetsmarginer. Dette vil være en begrunnelse for at mine utvalgte DPS har en større budsjettert spesialistbemanning ved små DPS sammenlignet med de større. En sårbar situasjon som er ukontrollert vil også kunne utfordre den samlede faglige kvaliteten i organisasjonen. Jeg kommer nærmere tilbake til dette seinere i min oppsummering vedr. Helsetilsynets tilsyn.

Jeg fant noen DPS som skiller seg fra gjennomsnittet (jfr. tabell 4 og figur 1 i appendix). Forskjellene berører stillinger for psykologer/psykologspesialister. Det er ingen store forskjeller når det gjelder psykiatere som mest sannsynlig skyldes den sentrale reguleringen av stillingstildeling. Selv ved å fjerne ett atypisk DPS i hver gruppe (DPSene Lovisenberg, Alna og Lillestrømklinikken) endrer dette ikke hovedtendensen som vist over. Alle de atypiske DPSene har beliggenhet i Oslo eller sentralt på Østlandet. Dette kan være en

bekreftelse på at man ut ifra en bedre rekrutteringssituasjon også har budsjettert flere stillinger for psykologer/psykologspesialister.

Andel vakante spesialiststillinger:

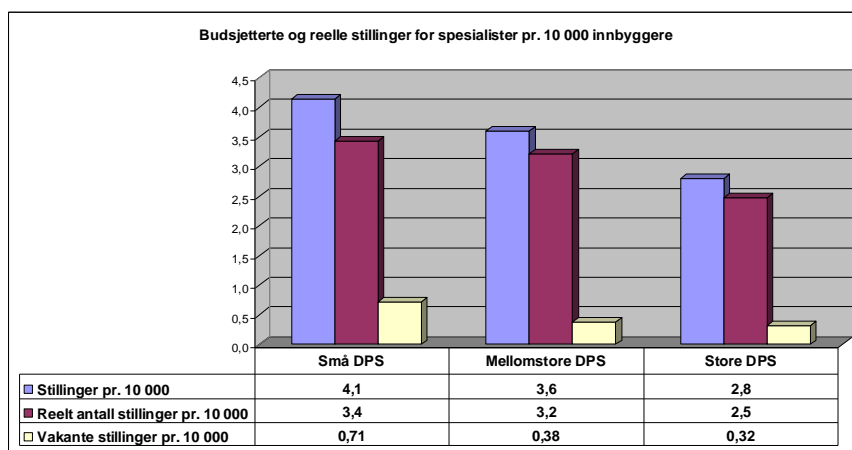
Rekruttering av spesialister er utfordrende for mange DPS. Dette skyldes både mangel på tilgjengelige spesialister totalt i landet og at enkelte områder i landet har en overrepresentasjon – særlig i Oslo og sentrale deler av Østlandet. Jeg registrerer at det er mulig å påvirke rekrutteringssituasjonen i noen grad. Jeg er inne på flere aspekter rundt dette i kap. 4. Når jeg så sjekker ut status mht. rekruttering og vakante stillinger i mitt materiale finner jeg en klar tendens til at andelen vakante stillinger er størst i små DPS (jfr. figur 3 under). Dette samsvarer med mine tidligere antakelser. Forskjellen er, som vi ser, nærmere 70 % flere vakante stillinger ved små sammenlignet med større DPS. Etter min vurdering er dette høyt særlig når vi vet at små DPS i utgangspunktet har relativt få spesialister. Dette begrunner etter mitt syn det jeg har kommentert over i forhold til å planlegge mot sårbarhet.



Figur 3 Andel vakante spesialiststillinger (inkl. psykologer) ved DPS-grupper

Kontrollerer vi vakante stillinger opp mot befolkningen (pr. 10 000 innbyggere) (figur 4) ser vi at det faktisk er

dobbelt så stor vakanssituasjon ved små DPS sammenlignet med mellomstore og store DPS. Samtidig konstaterer vi at den reelle situasjon (når vi ser antall budsjetterte stillinger og vakanssituasjon i sammenheng) ikke endrer på hovedinntrykket. Befolkningens ”matematiske” tilgjengelighet til en spesialist er fortsatt størst ved de små DPSene



sammenlignet med de større selv om bildet utjevner seg når vi trekker inn vakante stillinger.

Figur 4 Budsj., reelle og vakante stillinger pr. 10 000 innbyggere

Det er også ulikheter mellom DPSene når vi vurderer vakanssituasjonen. Oslo-DPSene bekrefter at vakanssituasjonen er mindre sårbar. Det jeg i tillegg ser er at alle DPSene i Sykehuset Innlandet HF har en ekstraordinær høy andel vakante stillinger med i overkant av 35 % vakante stillinger. Jeg har av tidsmessige årsaker og hensynet til oppgavens omfang ikke foretatt ytterligere undersøkelser vedr. situasjonen ved Sykehuset Innlandet HF.

Rekruttering av spesialister er en overordnet problemstilling som berører psykiatrifagfeltet i stort omfang. Kun 3 DPS i mitt utvalg (appendix tabell 9) bekrefter at de ikke har vakante stillinger pr. 31.12.07. De forhold Aasland m. fl. (2008) beskriver (preferansene for å velge psykiatrispesialiteten er lav) i sin artikkel er derfor beskrivende for psykiatrifagfeltet. Alle DPS i Norge prøver å rekruttere inn spesialister i et ”marked” som samlet sett har for få kandidater. Legeforeningens (2008) fokus på tilgjengelige spesialister, som et vesentlig element for god faglig kvalitet, har sammenheng med både antall budsjetterte stillinger og vakante stillinger (jfr. diskusjon om tildeling av legestillinger). Befolkningens tilgjengelighet til spesialist dreier seg ikke bare om en matematisk beregning. Den faglige egenkontroll som profesjonsfellesskapet bedriver er vesentlig for god faglig kvalitet slik Torjesen er inne på i sin avhandling (Torjesen 2008). Min logikk er derfor at et stort fagmiljø, med mange spesialister og bla. mulighet for stort spenn i de faglige diskusjoner og refleksjoner, i utgangspunktet bør ha økt forutsetning for bedre faglig kvalitet enn det som er tilfelle for mindre fagmiljøer. Kommentaren fra psykologene i min egen avdeling til at de nye spesialistene på markedet tiltrekkes av større fagmiljøer kombinert med den trenden jeg registrerte i mitt materiale mht. vakanssituasjon ved små DPS, er bekymringsfull for de små fagmiljøene. Små organisasjoner kan i verste fall stå foran en utarming mht. faglighet. Min erfaring, fra mitt eget foretak, er at man i noen grad har klart å rekruttere spesialister til et lite DPS ved hjelp av bedre lønn. Utfordringen framover vil likevel være, slik Aasland m. fl. (2008) bekrefter, at ferske spesialister tiltrekkes av faglig stimulerende miljø og mer ”myke verdier” som ”tid til familien”.

6.1.3. Nærmere om Helsetilsynets nasjonale tilsyn ved DPSene i 2008 og 2009.

I Helsetilsynets rapport *Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre* oppsummeres status for det nasjonale tilsyn ved DPSene i Norge i 2008 og 2009 (Helsetilsynet 2009 samt www.helsetilsynet.no).

- *Hva sier mine data om den faglige kvaliteten ved mine utvalgte DPS uttrykt som avvik og merknader i forbindelse med Helsetilsynets nasjonale tilsyn i 2008 og 2009?*
 - Faglig kvalitet, uttrykt ved antall avvik og merknader ved Helsetilsynets tilsyn med DPS, er bedre jo større DPSen er. Ved DPSene i utvalget fant man flere avvik⁴ og merknader⁵ ved de små DPSene enn hva man fant ved de mellomstore og store.

8 av 12 DPS i mitt materiale har vært igjennom dette nasjonale tilsynet (Appendix - tabell 10). Gjennomsnittsbildet når vi oppsummerer på DPS-gruppenivå viser økt antall avvik og merknader med fallende DPS-størrelse. Foreløpig viser kun ett av DPSene 0 avvik. Jeg kjenner min egen organisasjon best og kan bekrefte at det over lang tid har vært sterkt fokus på systemutvikling. Dette har blitt operasjonalisert på noe ulik måte i de enkelte DPS. I DPS Aust-Agder, hvor Helsetilsynet ikke fant avvik, har man over lang tid systematisk involvert personalgruppen i utvikling og implementering av forbedringstiltak – bla. i form av systemutvikling og utvikling av styrende dokumentasjon. Å ha et systematisk fokus på utvikling av praksis og styrende dokumentasjon er muligens lettere i en større organisasjon enn i en mindre. Et større fagmiljø vil nødvendigvis, dersom det legges til rette for det, ha mulighet for et bredere spenn i meningsutveksling. Dersom ledelsen og det kliniske miljø i tillegg har en god og tillitsfull kommunikasjonsform vil dette kunne bidra til en ”felles forpliktelse og entusiasme for kvalitet i hele organisasjonen fra ’topp til bunn’ ” som Pollitt (1995:4) uttrykker det. Helsetilsynets konklusjon i sin oppsummering etter tilsyn ved 28 DPS i Norge er likevel alarmerende: *”Vurderingene tyder på at mange DPS fortsatt har en vei å gå før de har en velfungerende internkontroll som reduserer risikoen for svikt og sikrer at virksomhetens oppgaver løses i henhold til kravene i helselovgivningen. At det i en såpass stor andel som 22 av 28 DPS ble avdekket brudd på krav i lov og forskrift på et eller flere områder, gir etter Statens helsetilsyns vurdering grunn til bekymring for kvaliteten på det tjenestetilbudet som DPS-ene har ansvar for.”* (Helsetilsynet 2009: 5). Man ser og vurderer, som vi ser, en nær kobling mellom lovgrunnlag/forskrift og tjenestekvalitet.

Et tilleggsmoment, slik jeg ser det og som kan ha betydning i denne sammenheng, er at muligheten til og behovet for å etablere støttefunksjoner i en organisasjon øker i takt med organisasjonens størrelse – ikke minst pga. kompleksiteten i lederoppgavene. Dette kan være

⁴ Avvik: Mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift (Helsetilsynet 2009)

⁵ **Merknad:** forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring (Helsetilsynet)

medvirkende til at man i enkelte større DPS har etablert egne dedikerte personellressurser til å bistå ledelsen med systemutvikling.

6.2. Administrativ kvalitet

Begrepet *administrativ kvalitet* er operasjonalisert til å gjelde data om:

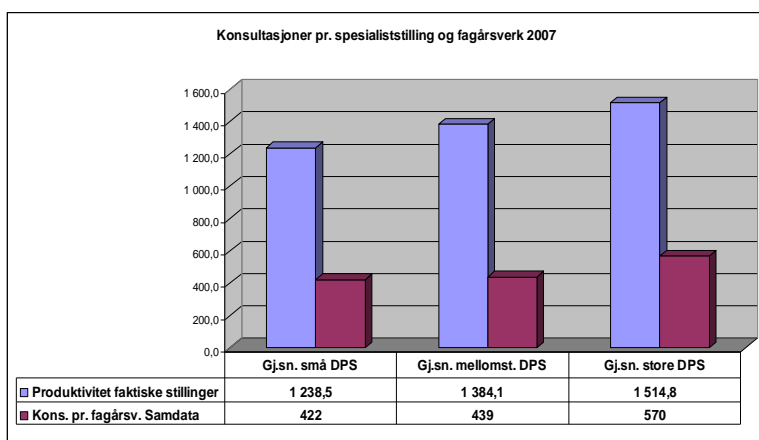
1. Produktiviteten ved de enkelte DPSene
2. DPSenes profil i forhold til oppnåelse av intensjonen i DPS-veilederen av 2006.
3. Pasientens behov og rett til et tilpasset øyeblikkelig hjelp tilbud samt behov for en sammenhengende tjeneste.

6.2.1. Produktivitet ved det enkelte DPS.

Oversikt over antall konsultasjoner pr. DPS samt konsultasjoner pr. fagårsverk fremkommer i SINTEF sin rapport for 2008 (Samdata 2008). Samdatatallene for DPS i Sykehuset Innlandet HF mangler når det gjelder konsultasjoner pr. fagårsverk – det er tatt hensyn til dette i gjennomsnittsberegningen. Dataene oppsummerer produksjon for 2007 (jfr. Appendix, tabell 11 for detaljer).

- *Hva sier mine data om den administrative kvaliteten ved "mine" DPS uttrykt som produktivitet?*
 - Administrativ kvalitet, uttrykt som produktivitet ved det enkelte DPS, øker med DPSets størrelse.

Både SINTEF (Samdata 2008) og min egen beregning av produktivitet⁶ viser best produktivitet ved de store og dårligst produktivitet ved de små DPSene. Populistisk kan vi si at de store DPSene sløser minst med ressursene. Gjennom mitt arbeid innen psykiatrien



(spesialisthelsetjenesten) har jeg observert relativt store forskjeller mht. produktivitet mellom DPS.

Figur 5 Konsultasjoner pr. spesialist og fagårsverk 2007

Figur 5 viser at det i tillegg til tilfeldige forskjeller også er en

⁶ **Produktivitet:** Antall konsultasjoner pr. år pr. DPS dividert med antall stillinger for spesialister (regulert for vakanser).

klar sammenheng mellom produktivitet og organisasjonsstørrelse. Det må tillegges at det i Samdatarapporten som omhandler tall for 2007 (Samdata 2008) ikke fremkommer informasjon om produksjon pr. fagårsverk for DPS i Sykehuset Innlandet HF. I mine tall er også Sykehuset Innlandet HF sine DPS medregnet. Det er, som vi ser av mine data (Appendix, tabell 11) store forskjeller mellom DPSene når vi vurderer det enkelte DPS både i forhold til konsultasjoner pr. fagårsverk/spesialist og konsultasjoner pr. befolkning. Det er minst forskjell i forhold til begge disse parameterne innen gruppen store DPS. Det ser ut som om konsultasjoner pr. befolkning er relativt lik, mens det er opp mot dobbelt så mange konsultasjoner pr. spesialist (min beregning) i DPS Vinderen sammenlignet med Lillestrømklinikken. I de andre gruppene (små og mellomstore DPS) er forskjellene betydelig større. Produktiviteten er faktisk opp mot 3 ganger så høy i DPS Skien og Vestmar sammenlignet med DPS Moss og Lovisenberg. Vi ser en tilsvarende trend når det gjelder konsultasjoner pr. befolkning. Dette kan ha flere årsaker. Man er kjent med at god registreringspraksis av konsultasjoner er viktig som grunnlag for refusjon (og dermed polikliniske inntekter) fra NAV. Slik registrering kan være bedre ved de nevnte DPSene. Det er ikke foretatt undersøkelser for å bekrefte eller avkrefte dette. Dersom dette medfører riktighet kan dette innebære at det kun er registreringspraksis og ikke konsultasjonsvolumet overfor befolkningen som er forskjellig. Magnussenutvalget (NOU 2008:2 samt appendix, tabell 1 og 2) bekrefter at det ikke er grunnlag for store forskjeller i befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.

Et annen refleksjon kan være at DPS med høy produktivitet og høyt konsultasjonsnivå for befolkningen oftere gir samme pasient flere konsultasjoner enn hva tilfellet er ved større DPS. Det kan være enklere, og dermed innebære mindre arbeid at samme pasient får flere konsultasjoner enn å stadig ta inn nye pasienter til behandling. For pasienten kan dette oppleves som positivt og det er ikke unaturlig å koble dette med pasientens erfaringer med det enkelte DPS (jfr. kap. 6.3). Et tredje refleksjon kan være fokuset på måloppnåelse i forhold til produktivitet og lojaliteten i det kliniske miljø til å følge opp dette.

6.2.2. God administrativ kvalitet kan også være en forutsetning for bedring av faglig kvalitet

Det er viktig å understreke at høy produktivitet har sammenheng med hvordan man utnytter ressurser slik SSØ (2007) beskriver det og har altså isolert sett lite med *faglig kvalitet* å gjøre. Jeg vil imidlertid problematisere dette ved å påpeke at det er en sammenheng mellom høy produksjon i form av inntektsgivende polikliniske konsultasjoner og nye ressurser. Et

budsjettår som gir høyere inntekt enn forventet gir organisasjonen et grunnlag for å etablere nye stillinger, fortrinnsvis spesialiststillinger, det påfølgende år. I et langsiktig perspektiv rører dette ved ”pasientens tilgang til spesialist” som jeg har behandlet i kap. 6.1.2. Dessuten kan høy produksjon bidra til redusert venteliste og dermed økt tilgang til spesialist. Noen hevder at et økt volum av pasientkontakter kan bidra til bedre kvalitet. Det er i følge Sintef Unimed (2001) ikke en klar sammenheng mellom volum og kvalitet. Å finne ut om det er en slik sammenheng krever systematisk datainnsamling og analyse, noe jeg ikke finner å kunne gjøre i denne oppgaven.

Flere forfattere som har studert psykiatri har også stilt seg kritiske til for mye fokus på administrativ kvalitet, bl.a. vurderer Kolstad (2006) Opptrappingsplanens resultater kritisk. Tilbudet til de alvorligst syke (psykosepasientene) har, mener han, sannsynligvis blitt dårligere. ”De trenger mye oppmerksomhet, mange fagfolk, er ressurskrevende og passer ikke så godt inn i et system som prioriterer økt produktivitet.”. Tjenestens sterke fokus på produktivitet har medført at personer med de ”lettere” psykiske lidelsene har fått et bedre tilbud. Jeg er til dels enig i dette. Samtidig er min erfaring at det sterke fokuset på tjenesten som helhet også har gitt et bedre tilbud og en bedre sammenheng i tjenesten til noen av de alvorligst syke. Det store problemet er likevel at forbedret tilbud til noen enkeltpasienter med alvorlig psykisk sykdom er mer tilfeldige eksempler enn en systematisk og samlet bedring. På en annen side bør det også være grunnlag for å si at en bedre tilgang til tjenesten for dem med ”lettere” lidelser kan bidra til å forhindre utviklingen av mer alvorlige tilstander. Rask tilgang til tjenester kan bidra til lavere sykefravær og dermed færre utfordringer for arbeidslivet samtidig er vi kjent med at økt tilgang til tjenester også bidrar til økt etterspørsel.

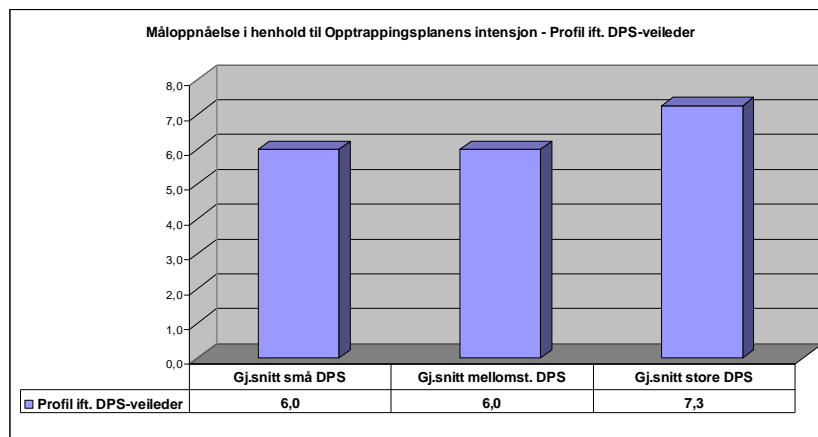
6.2.3. Nærmere om DPSETS måloppnåelse i forhold til Opptrappingsplanens forventninger.

I tabell 12 i Appendix fremkommer oversikt over det enkelte DPS sin skåre mht. gjennomføring av målsettinger i DPS-veilederen av 2006 samt etablering av kvalitetsråd og fagråd ved det enkelte DPS. (Kartlegging av distriktpsikiatriske sentra i Norge 2008 og Muusmann og Agenda 2008).

- *Hva sier mine data om den administrative kvaliteten ved ”mine” DPS - uttrykt som gjennomførte tiltak i tråd med Opptrappingsplanens målsettinger (definert i DPS-veilederen 2006)?*

- De store DPSene har i gjennomsnitt gjennomført flere tiltak som bygger opp under mål i Opptreppingsplanen. Måloppnåelsen faller med avtagende DPS-størrelse.

Muusmann og Agenda (2008) har evaluert hvert enkelt DPS i forhold til status for gjennomføringen av Opptreppingsplanens mål (jfr. Appendix kap. 6). Man har operasjonalisert målene slik at det er mulig å utarbeide et konkret bilde av hvert enkelt DPS. Hvert enkelt DPS er vurdert i forhold til 10 enkeltområder. I appendix (kap. 6 - tabell 12) har jeg gjengitt ”mine” DPS sine skåre.



Figur 6 DPS-profil - jfr. DPS-veileder 2006

Gjennomsnittet for mine utvalgte DPS viser at de store DPSene i større grad enn de små eller mellomstore har nådd

Opptreppingsplanens (DPS-veilederen (2006)) intensjon (jfr. figur 6). Ingen av DPSene har oppnådd 10 poeng. DPS Vestmar skårer lavest av alle med 4 poeng. Blant ”mine” DPS er høyeste skåre 8 poeng, som oppnås av ett lite og 2 store DPS. Det er variasjoner mellom DPSene mht. hvilke momenter som ikke er innfridd ift. DPS-veilederen. At DPS-veilederen er lagt til grunn for en slik evaluering er både rett og rimelig. Utviklingen skjer likevel relativt raskt også innen psykiatrifagfeltet og vi kan for eksempel stille spørsmål ved om måloppnåelse i forhold til antall døgnplasser ved det enkelte DPS er fornuftig. Jeg har kommentert tidligere at min erfaring er at behovet for døgnplasser går ned i takt med styrket ambulant virksomhet (bla. akutte ambulante team), reduserte ventetider til poliklinisk konsultasjon og en gradvis utbygging av tjenestene i kommunene. Således kan en kartlegging som Muusmann og Agenda har gjennomført bli for rigid og kategorisk. Jeg er klar over at det er ulike syn på den vurderingen jeg gir over. Dette gjør at en slik evaluering kan være vanskelig. Flere av de evalueringskriteriene som refereres bygger opp under breddeperspektivet for et DPS. Mine observasjoner fra fagfeltet i flere år gir grunnlag for å hevde at jo større et DPS er jo større er bredden i tjenestetilbudet – dette mener jeg bekrefte i Muusmann og Agenda (2008) sin rapport.

Etablering av kvalitetsråd og fagråd er andre eksempler på hvordan Muusmann og Agenda (2008) definerer måloppnåelse i forhold til Opptrappingsplanen. Disse har selvsagt også tangeringspunkter med både *faglig kvalitet* og *pasientkvalitet*. Det er likevel systemperspektivet som er begrunnelsen for å definere ordningene som *administrativ kvalitet*. Tabell 12 (kap. 6) i appendix bekrefter noen forskjeller mellom ”mine” DPS. Ved de små DPSene er det kun ett DPS som har etablert kvalitetsråd og fagråd mens det for de andre kategoriene DPSer (mellomstore og store) er 3 av 4 som har etablert dette. Jeg tar utgangspunkt i at definisjonen i kartleggingen (Muusmann og Agenda 2008) baserer seg på at DPSene selv har etablert egne kvalitetsråd og fagråd. I for eksempel Klinikk for psykisk helse i SSHF er det etablert kvalitetsråd og fagråd på klinikknivå hvor alle DPSene er representert. Med bakgrunn i dette har for eksempel ikke DPS Aust-Agder etablert egne råd, og blir derfor oppfattet til å mangle dette slik Muusmann og Agenda evaluerer. Dette kan også være tilfelle ved flere av de andre DPSene.

6.2.4. Nærmere om pasientens behov og rett til en sammenhengende tjeneste og et tilpasset øyeblikkelig hjelptilbud.

Muusmann og Agenda (2008) sin kartlegging av DPSene er datakilde (jfr. appendix kap. 6, tabell 12). Kriteriet ”DPSets samarbeidsavtaler med kommunene” samsvarer med Legeforeningens (2008) *faglige kriterium* (jfr. kap. 4.1.1) ”*pasientens behov for en sammenhengende tjeneste.*”. Jeg velger likevel å definere dette som *administrativ kvalitet* i denne sammenheng da det dreier seg om inngåelse av avtaler og ikke om hvordan avtalen forvaltes. Videre stiller Muusmann/Agenda (2008) spørsmål om etablering av akutt- og krisetjeneste i sin kartlegging. Igjen definerer jeg dette som *administrativ kvalitet* da min oppsummering kun tar stilling til om det er etablert slikt tilbud og ikke hvordan tilbudet fungerer og vurderes av pasientene.

- *Hva sier mine data om DPSets etablering av samarbeidsavtaler og et tilpasset øyeblikkelig hjelptilbud?* (jfr. Appendix – tabell 13)
 - Alle DPS i mitt utvalg har etablert samarbeidsavtaler med kommunene. Å ha inngått samarbeidsavtale sier lite om hvordan avtalene forvaltes og resultatet i form av bedre pasientopplevd tilbud.
 - Alle DPSene har etablert et tilpasset øyeblikkelig hjelptilbud.

Vi ser av Muusmann/Agenda sine data (appendix kap. 6, tabell 12) at 10 av 12 DPS har samarbeidsavtaler med kommunene. DPSene Alna og Gjøvik har i følge denne ikke slike

samarbeidsavtaler. I en dialog med disse spesielt bekreftes det likevel, noe jeg trodde, at slike avtaler faktisk er inngått (før Muusmann og Agenda sin kartlegging). Igjen viser dette at en kobling mellom sekundærdata og primærdata har noe for seg. At ikke alle DPS hadde slike samarbeidsavtaler var for meg overraskende da dette har vært et særdeles poengtert tema i Opptrappingsplanen. Jeg husker tilbake til mitt arbeid i kommunesektoren at kommuner som ikke hadde inngått samarbeidsavtaler med helseforetakene ikke (eller i begrenset grad) fikk utbetalt sitt øremerkede tilskudd før slik avtale var inngått. Avtalene er likevel inngått på forskjellig måte. For eksempel har man ved SSHF etablert et fast dialogforum hvor representanter fra alle kommunene på Agder og SSHF møter. Dette forumet ble enige om å etablere felles samarbeidsavtaler.

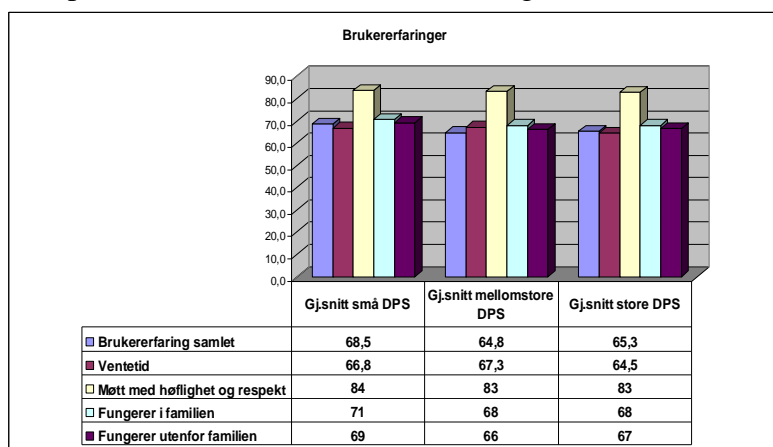
Når det gjelder spørsmål knyttet til etablering av ”tilpassede øyeblikkelig hjelptilbud” viser Muusmann/Agenda sin kartlegging at alle DPS med unntak av DPS Lister har etablert slikt tilbud (jfr. appendix kap. 6, tabell 12). DPS Lister etablerte slik tjeneste i løpet av 2008. En utvikling hvor DPSene får en mer fremtredende rolle som ”førstekontakt” eller ”hovedkontakt” i spesialisthelsetjenesten vil etter min vurdering påvirke bruken av sykehussenger totalt. I tillegg vil man, med gode samarbeidsrelasjoner og kjennskap til kommunesektoren, også kunne arbeide mer sekundærforebyggende. En slik utvikling som vi her ser mener jeg er viktig og riktig. Det er likevel for tidlig å si om etableringen av slike ”tilpassede øyeblikkelig hjelptilbud” parallelt med utbygging av tjenester i kommunene vil påvirke den samlede bruken av sykehussenger (inkl. døgnplasser i de sentrale og spesialiserte sykehusavdelinger). Det er etter min vurdering viktig å vurdere dette i flere perspektiver – bla. i forhold til antall innleggelser og varighet på innleggelse. Et tilleggsperspektiv som påvirker dette temaet er utviklingen i bruk av rusmidler i befolkningen. Vi aner en tendens til at økt bruk av rusmidler påvirker etterspørselen etter sykehussenger. Et ytterligere perspektiv, som vi ser i lys av alvorlige hendelser (drap) som er begått av psykisk syke, er debatten om tilgangen til døgnplasser og varigheten av opphold er blitt for liten. Dette kan kobles til den diskusjonen som Kolstad (2006) er inne på vedr. tilbudet til de alvorligst syke. Et annet moment som det er naturlig å nevne, og som tangerer faglig kvalitet, er utviklingen i antall selvmord. Etablering av akutte krisetilbud (helst ambulante tilbud), som er kjent av pasienter i risikogruppen, vil bidra til at disse pasientene på en enkel måte kan komme i kontakt med hjelpeapparatet før dramatiske hendelser skjer.

6.3. Pasientkvalitet

Dimensjonen *pasientkvalitet* deles i individnivå, systemnivå og politisk nivå (jfr. kap. 4.1.3). Pasientkvalitet på individnivå vil jeg definere som en del av dimensjonen *pasientkvalitet*. Mine data er sekundærdata og er i sin helhet hentet fra rapporten *Brukererfaringer med poliklinikker for voksne i psykisk helsevern. Nasjonale resultater i 2007 og utvikling fra 2004 (institusjonsdelen)* (Kunnskapssenteret 2008). Jeg har valgt noen variabler som jeg mener beskriver *pasientkvalitet* - disse er:

- Brukererfaringer (individnivå) – hovedinntrykk, ventetid og eksternt samarbeid (PasOpp)
 - Brukernes opplevelse av å bli møtt med høflighet og respekt (individnivå) (PasOpp)
 - Brukernes opplevelse av å fungere i og utenfor familien etter behandlingsslutt (individnivå) (PasOpp)
- *Hva sier mine data om pasientkvalitet ved "mine" DPS - uttrykt gjennom pasientenes egne opplevelser?*
 - Det er ingen (marginale) forskjeller mht. hvordan pasienter opplever de polikliniske tjenestene ved et DPS – organisasjonens størrelse betyr ikke noe. Pasienter gir best skåre på temaet "Å bli møtt med høflighet og respekt".

Det er som vi ser av figur 7 under marginale forskjeller mellom DPSene både på gruppenivå og på enhetsnivå (jfr. appendix kap. 7, tabell 13 – inkl. definisjon av skåresystem). Den lave svarprosenten (ca. 35 %) innebærer i seg selv at man bør være varsom med generalisering,



Figur 7 Brukererfaringer – PasOpp 2008.

men min generelle erfaring er at anonymiserte kvantitative brukerundersøkelser i begrenset grad får fram de egentlige utfordringene en organisasjon står overfor eller for den saks skyld pasientenes faktiske tjenesteerfaringer i psykiatrien.

Mitt utgangspunkt er at den vesentlige hensikt med å samle inn pasientenes erfaring fra tjenesten er å få fram relevant informasjon som kan bidra til forbedring av tjenesten. Etter min vurdering og erfaring gir ofte klager på tjenesten fra enkeltpasienter og dybdeintervjuer/samtaler med disse (evt. med pårørende) ofte bedre innspill til faktiske forbedringer i tjenesten.

Hovedinntrykket i pasienttilbakemeldingene (PasOpp 2008) viser i hovedsak ingen variasjoner mellom DPSene. Dette er også inntrykket når vi vurderer alle DPSene i Norge. Det vi likevel ser av de innsamlede data er nivåforskjellene mellom ulike temaområdene - som for eksempel pasientens ”*hovedinntrykk*”/”*samlet inntrykk*”, som skårer ca. 65 poeng i gjennomsnitt, og det å bli ”*møtt med høflighet og respekt*” som skårer ca. 85 poeng. Erfaringene kan forstås og tolkes på ulik måte. På den ene siden inneholder undersøkelsen spørsmål som berører pasientens opplevde effekt av behandlingen. Dette henger, etter min vurdering, sammen med pasientens forventinger om å bli ”frisk” eller ”friskere” etter endt behandling. På den andre siden vurderer jeg at spørsmål berører hvordan han/hun er blitt møtt. Min erfaring er, etter sporadiske samtaler med enkeltpasienter om forventninger til behandlingen, at pasientene generelt har en forventning om at den behandlingen man starter på faktisk skal bidra til et bedre liv og ikke være i behov av spesialistbehandling framover. Det vi likevel registrerer er at mange pasienter er ”gjengangere” i tjenesten. Det at man likevel ikke blir ”frisk” kan være en årsak til at den enkeltes totalinntrykk er så lavt som 65 i skåre.

Det andre hovedperspektivet gjelder hvordan den enkelte pasient, her og nå, opplever møtet med tjenesten. Denne relasjonen mellom tjenestemottakeren (eller pasienten) og tjenesteyteren (eller behandleren) er grunnleggende i Pollitt (1995:14) sine kommentarer. Det å være pasient ved en psykiatrisk spesialisthelsetjeneste kan for mange være stigmatiserende. At pasientene likevel skårer signifikant høyere på å ”*bli møtt med høflighet og respekt*” mener jeg er viktig. Jeg vil derfor hevde at DPSene i relativt stor grad har tatt og tar Sigstad (2004) sine ord om at den profesjonelle må ”arbeide sammen med pasienten” uten å være ”ekspert” alvorlig. Dette rører ved hele fundamentet for tjenesten og er avgjørende for om befolkningen har tillit til behandlingsapparatet. En generell betraktning mht. klager som pasienter og pårørende sender til sykehus er at ofte kommer slike klager som følge av at man ikke har blitt behandlet med høflighet og respekt. Ingen av ”mine” DPS har resultater som er atypiske med unntak av DPS Tynset som har en skåre på 91/100. DPS Tynset er det minste DPS med et

befolkningsgrunnlag på i overkant av 15 000 innbyggere. En refleksjon kan være at tendenser til ”nært kjennskap” eller ”alle kjenner alle” gjør seg gjeldende.

Temaene ”ventetid”, ”å fungere i familien” og ”å fungere utenfor familien” samsvarer med tendensene over; nemlig ingen forskjeller mellom DPSene. En skåre på mellom 65 og 70 (av 100) kan defineres som lav skåre og kan være et uttrykk for høyere forventning til effekt enn hva den reelle situasjonen innebærer. Jeg vil som en digresjon legge til en kommentar til ”ventetid” i forhold til døgntilbudet som DPSene gir (dette er ikke undersøkt i denne undersøkelsen (PasOpp)). Erfaringer fra mitt eget DPS og tilsvarende tilbakemeldinger fra flere andre DPS er at det ikke er ventetid for å komme inn til døgnopphold.

En observasjon jeg har gjort meg etter møte med pasienter og pårørende er et sterkt ønske om at tjenester skal henge sammen. Man er mindre opptatt av hvem som yter tjenesten. Temaer som svært ofte trekkes inn i slike samtaler er at det å ha en akseptabel bolig, å ha et arbeid å gå til og være en del av et fungerende nettverk vil påvirke sykdoms- og lidelsestrykket. Dette understreker viktigheten av å tenke i flere dimensjoner når man møter enkeltmennesket samtidig som man som behandler også må ha god kjennskap til hele hjelpeapparatet. Spesialisthelsetjenesten kan stå i fare for å i for stor grad kun tenke medisinsk behandling uten tilstrekkelig nærhet til og involvering av resten av hjelpeapparatet (som bla. kommune, NAV og utdanningssystem).

7. Konklusjoner.

Mitt utgangspunkt har vært å vurdere om det er ulikheter mellom DPS (fagmiljø) av ulik størrelse i forhold til tjenestens kvalitet. Kvalitetsforbedring av helsetjenester er et ”mantra” som har preget tenkning og utvikling både historisk, nå og vil gjøre det framover. Men spørsmålet blir da om vi definerer kvalitet på en omforent måte? Gjennom mitt arbeid med denne oppgaven har jeg fått et mer nyansert bilde av hva kvalitet faktisk er. Pollitt (1995) sin artikkel ”*Defining Quality*” gir breddeperspektiver på begrepet kvalitet. Ikke minst er dette viktig når Opptappingsplanen for psykisk helse har hatt et så markant fokus på struktur og økt tilgjengelighet. Kolstad (2006) er kritisk til dette tilsynelatende ensidige fokus på struktur og tilgjengelighet (produktivitet). Som han sier så har sannsynligvis de dårligste pasientene (psykosepasientene) faktisk fått det dårligere i perioden i motsetning til de personene som kommer til tjenesten med ”lettere psykiske lidelser”. Oppsummeringsmessig er det viktig å konstatere at kvalitet i tjenesteytingen er flerdimensjonal og at en ikke kan konkludere ene og alene ut fra en dimensjon.

Min inspirasjon for å vurdere psykiatrifagfeltet nærmere har sammenheng med mitt arbeid innen sektoren og det faktum at fagpersonell i mer eller mindre grad har følt seg presset til sterkt fokus på aktivitet som igjen har gått utover det faglige fokuset. En naturlig konsekvens av dette var derfor å definere følgende problemstilling:

- ***Er det en sammenheng mellom størrelse mht. årsverk på DPS og kvaliteten på tjenestene?***

I denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på spørsmålet (problemstillingen) om det faktisk er en sammenheng mellom størrelsen på en organisasjon (DPS) og kvaliteten på tjenestene som ytes. Jeg har forsøkt å vurdere kvalitet ut i fra tre posisjoner, dvs. *faglig kvalitet, administrativ kvalitet og pasientkvalitet* som et uttrykk for den samlede kvaliteten ved virksomheten ved DPS.

7.1. Faglig kvalitet – oppsummering og konklusjon.

Hovedkonklusjon:

I min undersøkelse finner jeg en tendens til sammenheng mellom faglig kvalitet (definert som tilgang til spesialister og funn ved Helsetilsynets tilsyn med tjenesten) og DPS-organisasjonens størrelse. Jo større fagmiljø jo bedre kvalitet. Det er likevel relativt store variasjon mellom de enkelte DPS.

Kommentarer til hovedkonklusjon:

En ensidig vurdering av variabelen ”befolkningens tilgang til spesialister” (i form av spesialister pr. befolkning), som indikator på ”god faglig kvalitet”, indikerer at de små DPSene ”vinner”. Dette innebærer at det er flest spesialister pr. befolkning ved disse DPSene – også når vi regulerer for vakante stillinger. Jeg vil imidlertid ikke ensidig vurdere dette som god faglig kvalitet. Dette er ikke et matematisk spørsmål. Den faglige kvalitet avhenger også av profesjonsfelleskapets mulighet til og omfang av faglig egenkontroll. Jeg vil derfor hevde at et stort fagmiljø, med mange spesialister og dermed mulighet for stort spenn i de faglige diskusjoner parallelt med godt systemfokus i organisasjonen (jfr. funn ved Helsetilsynets tilsyn), gir grunnlag for bedre faglig kvalitet enn det som er tilfelle for mindre fagmiljøer. Da vi ser en vesentlig høyere vakanssituasjon i de små DPSene sammenlignet med de større og samtidig har kunnskap om at de ”nye” spesialistene på ”markedet” tiltrekkes av større fagmiljøer er min vurdering at den faglige kvaliteten generelt sett kan ha bedre forutsetninger ved de større DPSene. Vi må likevel påpeke at det vil være unntak.

Den andre variabelen jeg sjekket ut ved DPSene var ”Helsetilsynets funn ved nasjonalt tilsyn”. Helsetilsynet fant færre avvik og merknader ved de store og flest avvik og merknader ved de små DPSene. Det må likevel legges til at ikke alle tilsyn er gjennomført så langt i 2009. En nærmere analyse av Helsetilsynets funn vil sannsynligvis avsløre ulikheter. Et avvik kan for eksempel ha ulikt innhold og dermed ulik alvorlighet samtidig som man fra Helsetilsynets side har prøvd å gjennomføre tilsynene så likt som mulig med for eksempel felles revisjonsteam for et større område. Mine funn dreier seg om antall funn (kvantitative funn) og ikke om detaljer i funnene. Helsetilsynet ser (Helsetilsynet 2009) med bekymring på utviklingen av et fungerende internkontrollsystem i DPSene – det er store mangler. Dette kan bety at den faglige kvaliteten kommer under sterkt press. Jeg observerte en tendens til færre avvik når organisasjonen økte i størrelse. Dette kan være et signal om at det nødvendige

kritiske fokuset en organisasjon må og bør ha på egen praksis er enklere å forvalte når organisasjonsstørrelsen øker. Min erfaring er at en stor organisasjon har større bredde og kritisk spenn i de faglige diskusjoner og har i tillegg større fleksibilitet/mulighet (med basis i økonomiske rammer) til å etablere permanente støttefunksjoner for systemutvikling og implementering.

Faglig kvalitet er vanskelig (og uriktig) å definere bare ut fra et kvantitativt fokus. Jeg fikk i mitt materiale fram både likheter og ulikheter, men konstaterer (ikke minst ut fra min egen erfaring fra feltet) at de enkelte DPS ofte praktiserer tjenesten på ulike måter selv om de kvantitative forskjeller er små. En hovedkonklusjon i forhold til faglig kvalitet ville derfor vært bedre dersom den også inneholdt kvalitative perspektiver – som bla. *hvordan* tjenesten faktisk utøves. Mitt utgangspunkt var å belyse bredden i kvalitetsbegrepet og samtidig finne noen overordnede trender/tendenser i forhold til kvalitetsdefinisjonen. Et neste steg i å undersøke og sammenligne den faglige kvaliteten ved DPSene vil derfor være å gjøre kvalitative dybdeundersøkelser hvor fokuset kan være hvordan man arbeider i praksis. Dette vil gi et mer helhetlig og sannsynligvis et ”riktigere” bilde.

Oppsummert fant jeg følgende situasjon ved DPSene i mitt utvalg:

- *Små DPS har det høyeste antall budsjetterte spesialiststillinger pr. 10 000 innbyggere sammenlignet med gruppen mellomstore og store DPS. Antall stillinger pr. befolkning avtar med stigende DPS-størrelse.*
- *Små DPS har nær dobbelt så mange vakante stillinger for spesialister sammenlignet med mellomstore og store DPS når vi regulerer for befolkning (pr. 10 000 innbyggere). Andel og antall vakante spesialiststillinger pr. befolkning avtar med økende DPS-størrelse. Selv med dobbelt så stor vakanssituasjon (regulert for befolkning) endrer ikke dette status for befolkningens tilgang til spesialister.*
- *Det er store variasjoner mellom DPSene når det gjelder antall budsjetterte stillinger og vakante stillinger. I Oslo-området og sentrale strøk av Østlandet har tilnærmet ingen vakante stillinger. DPSene i Sykehuset Innlandet HF har en ekstraordinær vakanssituasjon med i gjennomsnitt ca. 35 % vakante spesialiststillinger.*
- *Ved Helsetilsynets tilsyn med DPS i Norge i 2008 og 2009 vises en trend hvor man avslører flest avvik og merknader ved små DPS. Antall avvik avtar med økende DPS-størrelse.*

7.2. Administrativ kvalitet – oppsummering og konklusjon.

Den andre kvalitetsdimensjonen, *administrativ kvalitet*, ble vurdert ut fra 3 variabler: Produktiviteten ved de enkelte DPSene, DPSenes måloppnåelse ("profil") i forhold til Opptappingsplanens mål samt etablering av et tilpasset øyeblikkelig hjelp tilbud/samarbeidsavtaler med kommunene.

Hovedkonklusjon:

I min undersøkelse finner jeg at administrativ kvalitet (uttrykt som produktivitet, måloppnåelse (profil) i forhold til mål i Opptappingsplanen samt etablering av tilpasset øyeblikkelig hjelp tilbud og samarbeidsavtaler med kommunene) øker med DPSets størrelse.

Kommentarer til hovedkonklusjon:

Som jeg kommenterte i forhold til *faglig kvalitet* (kap. 6.2) ved en DPS-organisasjon er det nødvendig å koble både kvantitative data og kvalitative dybdedata for å få et helhetlig og mest mulig nyansert bilde av situasjonen. Når det gjelder kvalitetsdimensjonen *administrativ kvalitet* vil jeg hevde at det er enklere å kun vurdere ut fra en kvantitativ dimensjon.

Administrativ kvalitet har med andre ord et sterkere og mer ensidig fokus på hva man gjør sammenlignet med *faglig kvalitet* som både fokuserer på hva man gjør og hvordan man gjør det.

Jeg finner en klar og entydig tendens i mine undersøkelser at både produktivitet og DPSets "profil" (jfr. Opptappingsplanens mål) øker med økt organisasjonsstørrelse. Dette mener jeg ikke er overraskende. En større organisasjon har, slik jeg selv har observert over mange år, ofte en større organisatorisk og administrativ kapasitet som gjør den i stand til å raskere tilpasse seg endringer eller påpeke behov for endring. Min generelle observasjon er at ledelsen i en organisasjon, enten ut fra ressursituasjon eller prioriteringer, i større eller mindre grad velger å etablere støtte- eller stabsfunksjoner. Vi registrerer også at politikere (som styrer ressursbruken i størstedelen av offentlig sektor) ofte er opptatt av å kanalisere ressursene til direkte bruker-/pasientrettede oppgaver – da på bekostning av ressurser til administrativt personell. Det er selvsagt nødvendig å ha en balansert tilnærming til dette. Mitt hovedpoeng er at dersom ledelsen i for stor grad blir belastet med administrative oppgaver (som for eksempel å skaffe til veie data om driften i organisasjonen) så påvirker dette de ledelsesmessige utfordringer i en organisasjon.

Mine funn indikerer altså at store fagmiljøer (DPS) har best produktivitet (uttrykt enten som polikliniske konsultasjoner pr. fagårsverk eller pr. spesialist pr. år). Vi kan se ulikheter mellom enkelte DPS, men tendensen er entydig på gruppenivå. Jeg mener det likevel er feil å entydig konkludere med at det sløses mer med ressursene i de små DPSene sammenlignet med de større. Som jeg har kommentert tidligere har produktivitetsresultatene også sammenheng med hvordan dataregistrering foregår. I enkelte DPS vet jeg man har fokusert relativt sterkt på registreringspraksis for polikliniske konsultasjoner. En konklusjon mht. sløsing eller ikke sløsing med ressurser kan først trekkes når man har sjekket ut forhold som skyldes ulik praksis. Min grunnleggende observasjon er at de fleste medarbeidere i den kliniske tjenesten er interessert i å gjøre en best mulig jobb og er lojale i forhold til hvordan oppgaver skal løses – også de administrative.

Når vi konkluderer i forhold til DPSets profil eller måloppnåelse i forhold til konkrete mål i Opptrappingsplanen (DPS-veilederen 2006) gir dette også et entydig bilde. Jo større DPS-organisasjonen er jo flere mål er innfridd. Det er ikke så overraskende at de større organisasjonene har størst bredde i sin virksomhet og dermed skårer høyt på den mer kvantitative oppsummeringen som Muusmann og Agenda (2008) har foretatt. Et lite DPS kan likevel ha trekk som bidrar til en mer nær og ”personlig” kontakt med for eksempel den kommunale tjeneste. Dette kan gi grunnlag for at man finner raske og ubyråkratiske løsninger. Dette nærhetsperspektivet kan også medføre en mer glidende overgang mellom spesialisthelsetjenestens ansvar og det kommunale ansvar.

Min undersøkelse gir en kvantitativ oppsummering av undersøkte variabler. Selv om jeg ikke fant forskjeller ift. etablering av øyeblikkelig hjelp-tilbud og sammenhengende tjenester vet jeg av erfaring at det likevel er forskjeller i forhold til hvordan tjenesten praktiseres. Et mer dybdefokus (kvalitativt fokus) i forhold til disse områdene ville, slik jeg erfarer hverdagen i et DPS, mest sannsynlig fått fram ulikheter. Utgangspunktet for god praksis og god faglighet dreier seg om to viktige forhold; klare og entydige avtaler mellom samarbeidende parter samt evne til god kommunikasjon/fleksibilitet for å finne løsninger. Forutsigbarhet både for pasienter, pårørende og samarbeidende parter gir grunnlag for gode tjenester. Dette er utfordrende for mange organisasjoner. Et element som har skapt unødige negative situasjoner er spørsmål om hvordan ressursbruken skal fordeles i situasjoner der det trengs relativt mye innsats for at pasienten skal få god oppfølging. Det å utøve tjenesten på en fleksibel måte innebærer romslighet i utformingen av løsninger. Min erfaring er at enkelte involverte parter

er særdeles rigide i sin tilnærming til problematikken. I slike sammenhenger blir spørsmålet om hvem som skal gjøre hva et hovedfokus. Slike diskusjoner kan overskygge muligheten til å finne gode løsninger som faktisk vil virke for den enkelte pasient. Min erfaring er at de pasienter som i størst grad opplever gode tjenester er pasienter ved de organisasjoner som går inn i denne type diskusjoner med fleksibilitet og vilje til å finne løsninger.

En annen kommentar gjelder forholdet til øyeblikkelig hjelp-tilbud. Dette tilbudet, som er noe annet enn den ordinære øyeblikkelig hjelps-plikten etter lov og forskrift, er etablert ved mine utvalgte DPS og dermed er det likhet. Men igjen, ordningen praktiseres nødvendigvis ikke likt. Eksempler er at enkelte DPS har etablert ambulante akutt-team mens andre kun har enklere former for slikt tilbud. Et kvalitativt dypdykk i problematikken vil sannsynligvis avdekke relativt store forskjeller. Også i forhold til denne problematikk står forutsigbarhet og fleksibilitet sentralt. Målet er at pasienten skal kunne henvende seg til tjenesten på en enkel og ubyråkratisk måte og deretter oppleve rask aksjon fra hjelpeapparatet dersom det vurderes som nødvendig. Det å komme tidlig i kontakt med hjelpeapparatet kan bidra til å begrense ytterligere utvikling av en krisesituasjon som i verste fall kan resultere i dramatisk utgang som selvskaade, skade på andre eller selvmord. Forekomst av for eksempel selvmord har over tid vært relativt stabilt i befolkningen. Det er likevel for ofte at helsetjenesten ikke kjenner til de personer som begår selvmord. Et viktig mål for tjenesten er derfor å øke tilgjengeligheten slik at personer i krise oftere velger å kontakte hjelpeapparatet tidlig framfor å vente. Det er derfor viktig at man også leser statistikk for antall selvmord i befolkningen med et breddeperspektiv. En økning i antall selvmord begått av pasienter som får tjenester i det psykiske helsevern kan med andre ord være uttrykk for at man faktisk har klart å fange opp flere pasienter. Neste mål må være å begrense antall hendelser.

7.3. Pasientkvalitet – oppsummering og konklusjon.

Den tredje kvalitetsdimensjonen, *pasientkvalitet*, ble vurdert ut fra pasientenes egne vurderinger i forhold til følgende variabler: Hovedinntrykk av tjenesten, ventetid, eksternt samarbeid, å bli møtt med høflighet og respekt samt vurdering av effekter av behandlingen.

Hovedkonklusjon:

I min undersøkelse finner jeg at pasientopplevd kvalitet (uttrykt ved hvordan man oppfatter møtet med tjenesten og effekten av behandlingen) er lik uavhengig av DPSets størrelse.

Kommentarer til hovedkonklusjon:

Kvantitative (og anonyme) undersøkelser av *pasientkvalitet* har etter min vurdering begrenset verdi når man er opptatt av å få fram forbedringsområder. Som vi har sett tidligere så har mine kvalitetsdimensjoner ulikt tyngdepunkt. Den *administrative kvalitet* har et større tyngdepunkt mot kvantitative perspektiver – hva man gjør. Den *faglige kvalitet* har ikke et entydig tyngdepunkt, men sjekkes best ut ved både et kvantitativt og et kvalitativt perspektiv. *Pasientkvalitet* har, etter min oppfatning, sitt tyngdepunkt mot det kvalitative perspektivet, eller mer populistisk kan vi si at pasientkvalitet dreier seg om hvordan pasienten opplever tjenesten både i forhold til tjenesteyteren og effekt av behandlingen.

Pasientens hovedmål er som regel å bli frisk eller bli bedre av sin lidelse. Graden av fornøydhet henger sammen med forventningene før behandlingsoppstart. For en organisasjon er det likevel viktig å tilpasse sin virksomhet til det som er viktig for pasientene. Vi registrerer for tiden et stadig sterkere fokus på behandlingseffekt selv om det ofte kan være problematisk innenfor psykiatriske lidelser å påvise direkte kurerende, effekt av behandlingen utenom symptomlindring. Flere og flere pasienter er ressurssterke og skaffer seg stadig ny kunnskap om hvilke behandlingsresultater et sykehus eller institusjon har. Retten til fritt sykehusvalg gir pasienten mulighet til å velge behandlingssted. I psykiatrien sliter man fortsatt med å definere klare og entydige behandlingsregimer. Det er lite (ingen) tilgjengelig informasjon om hvilke behandlingsresultater det enkelte sykehus institusjon har.

Kvantitative undersøkelser som samler data om pasienters erfaringer med tjenesten gir sjelden store variasjoner i svarene (mellom organisasjoner). Dette er også tilfellet for de dataene jeg benytter. Ingen DPS enten på gruppenivå eller på enkeltnivå har pasienttilbakemeldinger som viser variasjon mellom organisasjonene. Mitt datamateriale gir to hovedbilder: Det gir et inntrykk av hvordan pasienten opplever møtet med tjenesten og det gir et inntrykk av hvilken effekt pasienten mener behandlingen har hatt. Av de variablene jeg har sjekket ut er det en klar tendens til at pasienten er mest fornøyd med hvordan han/hun er møtt framfor effekt av behandlingen. Det er viktig for tjenesten som helhet at de fleste pasienter opplever å bli møtt med høflighet og respekt. At de generelt skårer lavere på effekt av behandlingen er jo ikke

overraskende. Som omtalt tidligere har ikke psykiatrien utmerket seg med å utvikle omforente behandlingsregimer som man vet virker. Det hadde selvsagt vært spennende om vi hadde sett noen brukererfaringer som utmerket seg som atypiske – helst i retning av bedre skåre enn gjennomsnittet.

8. Sluttord og implikasjoner for videre utvikling av DPS.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært krevende. Det å kombinere en krevende arbeidssituasjon med relativt omfattende studier er ikke nødvendigvis en god kombinasjon. Det har nå gått relativt lang tid siden siste enkeltkurs i masterprogrammet og mine tidligere medstudenter har for lengst avsluttet sine mastergradsstudier. Det siste året har inspirasjonen kommet tilbake og det er derfor gledelig at jeg nå forhåpentligvis kan sette sluttstrek.

Mitt tema ble valgt med bakgrunn i at jeg tidligere arbeidet innen psykiatrifagfeltet. Jeg har som kjent arbeidet innen flere helsefagområder og jeg vil hevde at det er mange likheter mellom fagområdene. Det dreier seg i hovedsak om sentrale organisatoriske spørsmål oppsummert i faglige forhold, systemmessige forhold og organisasjonskulturelle forhold. Mangler vesentlige elementer i dette har en organisasjon begrenset mulighet til å yte god kvalitet på tjenestene. Ledelse er derfor et vesentlig element i dette.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg et bredere perspektiv på hva som må til for å yte tjenester med god kvalitet. Ikke minst har arbeidet bidradd til en sortering og operasjonalisering av kvalitetsbegrepet. Opptappingsplanen for psykisk helse bidro med tydelige strategiske valg og prioriteringer. Det har vært gjennomført flere evalueringer av utviklingen. I 2006 fikk vi DPS-veilederen, en operasjonalisering av Opptappingsplanens mål. Det som kjennetegner slike strategiske dokumenter er at utviklingen ofte går raskere på noen områder og tregere på andre. Det er likevel riktig å konstatere at utviklingen innen psykiatrifagfeltet har bidradd til at de fleste pasienter i dag bla. har et mer tilgjengelig, mer sammenhengende, mer åpent og mer omfattende tjenestetilbud. Tilbudet til de sykeste pasienter har ikke hatt den samme positive utvikling. Det vi likevel må si er at tjenesten ikke har gjort de ønskelige behandlingsframskritt som man hadde håpet på. Til det er tjenesten fortsatt for fragmentert og i for stor grad preget av ”frihet” når det gjelder behandlingsregimer. Vi skal selvsagt fortsette å bygge opp en tjeneste som er individuelt tilpasset den enkelte pasient, men vi har i alt for liten grad styrket den faglige utviklingen av tjenesten. Slik faglig utvikling må bla. basere seg på forskning i forhold til behandlingsmetodikk og dernest implementering av behandlingsregimer som man vet vil virke.

8.1. Hva er viktig for videreutviklingen av DPS – i lys av mine undersøkelser.

Hva har mine undersøkelser gitt av innspill til videreutviklingen av DPS? Dette er et omfattende spørsmål som ikke er lett å svare entydig på. Jeg vil likevel gi noen korte kommentarer til dette med bakgrunn i erfaring og analyse av data i min oppgave:

Begrepsavklaring:

Å avklare eller definere begrep er viktig og nyttig. Dette gjelder også i organisasjoner der medarbeidere skal delta i kvalitetsforbedrende prosesser. Den samlede kvalitet i en organisasjon må basere seg på flere kvalitetsperspektiver. Å definere begrepet *kvalitet* vil derfor gi et bedre grunnlag for en større helhetsforståelse blant organisasjonens medlemmer.

Generalisering:

Det er ulike syn på om case-studier kan gi grunnlag for generalisering av funn. Mange hevder at funn ikke kan generaliseres, men noen mener også at case-studier gir grunnlag for generalisering dersom man har foretatt en strategisk utvelgelse av undersøkelsesobjekter. I min undersøkelse mener jeg det ikke er riktig å si at funnene er gjeldende for alle DPS i Norge. Samtidig har jeg registrert noen tendenser i mine funn som gjør at en organisasjon (helst på helseforetaksnivå) bør vurdere om man skal foreta justeringer i struktur nettopp for å sikre faglig kvalitet bedre.

Organisasjonsstørrelse og faglig kvalitet:

Organisasjonens størrelse har etter mine observasjoner i noen grad betydning for den samlede kvaliteten på tjenesten. De fleste helseforetak har flere DPS – ofte med ulik størrelse. Ut fra mine funn mener jeg det vil være relevant å foreta en evaluering av DPSenes størrelse innad i et helseforetak. Det kan være forhold som tyder på at den faglige kvalitet har best vilkår i organisasjoner med et stort fagmiljø – altså i store DPS. En framtidig utfordring er rekrutteringssituasjonen ved de små DPSene (mindre fagmiljøer) når vi vet at de ”nye” spesialistene i større grad tiltrekkes av et stort fagmiljø. I denne sammenheng vil derfor antall spesialister pr. befolkning (som er størst ved de små DPSene) ha begrenset verdi. En kommentar i denne sammenheng er, som jeg har omtalt tidligere, at et stort DPS både kan ivareta sentralisering og desentralisering.

Faglig utvikling:

Oppsummert konkluderer evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse at planperioden i stor grad har fokusert på struktur og kapasitet. I det videre bør utviklingen av DPSene spesielt og fagfeltet generelt fokusere på faglig utvikling. Noen eksempler på hvordan faglig utvikling kan styrkes:

- Økt forskningsaktivitet
- Økt fokus på utvikling av felles behandlingsregimer.
- Økt fokus på rask tilgjengelighet der folk bor framfor ensidig fokus på produktivitet
- Fortsatt sterkt fokus på betydningen av relasjonen mellom behandler og pasient.
- Systematisk kompetanseplanlegging.
- Styrket samhandling med kommunesektoren og andre hjelpeinstanser samt større fleksibilitet i bruk av ressurser.

Pasienttilbakemeldinger:

Bruker- eller pasientundersøkelser gjennomført som kvantitative undersøkelser gir etter min vurdering relativt få innspill til konkrete forbedringer. Man bør tilstrebe å finne gode systemer for direkte og konkrete tilbakemeldinger på hvordan de lokale tjenestene oppleves.

Samhandling:

Godt samarbeid og god samhandling med aktører som bidrar i behandlingen og oppfølgingen av pasientene er en nøkkel til at pasienter kan oppleve et forbedret liv. DPSene bør derfor ta en enda tydeligere posisjon som førstevalg for samhandlingspart for primærhelsetjenesten. DPS-veilederen (2006) tydeliggjør dette, men jeg konstaterer at det fremdeles er nødvendig med forbedringer for at pasienten skal oppleve et sammenhengende helsevesen.

Litteraturliste

1. Andersen, Svein S. (2005). *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2005
2. Aasland, Røvik og Wiers-Jenssen (2008). *Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet*. Lastet ned fra Den norske Legeforenings hjemmeside 26/4-09: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1723778
3. Berg, O. (1991) "Medikrati, hierarki og marked" i Album, D. & Midre, G. (red.) Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam.
4. Christensen, Tom m/fl. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Universitetsforlaget, 2004.
5. Den norske legeforening (2008). *Lokalsykehusfunksjoner i psykisk helsevern. Lokalsykehusenes framtidige rolle*.
6. Flyvbjerg, Bent (1995). *Rationalitet og magt (1). Det konkrete videnskap*. Akademisk forlag 1995.
7. Frankfort-Nachmias, Cava and Nachmias, David. (2000) *Research Methods in the Social Sciences*. New York: Worth Publishers and St. Martin's Press
8. Grund, Jan (2006). Kunnskapsorganisasjoner – hva er ledelses- og styringsutfordringene? Lastet ned fra nettsiden til tidsskriftet Magma 26/4-09: <http://www.sivil.no/magma/2006/02/0108.html>
9. Hallandvik, Jan-Erik (2005), *Forbedring, endring eller kontinuitet. Den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten.*, Universitetsforlaget i Oslo 2005
10. Helsedirektoratet (2005). *.....og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015)*.
11. Helse Sør-Øst (2008). *Risikostyring i Helse Sør-Øst. Versjon 3.1 pr. 070808. En veileder for arbeidet med risikostyring i Helse Sør-Øst*.
12. Helsetilsynet (2009). *Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsykiatriske sentre*. Lastet ned fra Helsetilsynets hjemmeside 26/4-09: http://helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks___9519.aspx
13. Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn (1998). *Metodevalg og metodebruk*. Tano Aschehoug, 1998.
14. Jakobsen, Dag Ingvar (2002 – 2. opplag). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget AS.

15. Jakobsen, Dag I. og Thorsvik, Jan (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget Vigmonstad & Bjørke AS, 2007.
16. Johannesen og Larsen (2000). *Tilbakefallsprosent som kvalitetsmål i psykiatrisk behandling*. Lastet ned fra Den norske Legeforening sin hjemmeside 26/4-09: http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=137413
17. Kolstad, Arnulf (2006). *Opptappingsplanen (1999-2008) – Bedre løsninger eller bare flere pasienter?* Vardøger 30 06, 135-149
18. Kragh Jespersen, Peter (2005). *Mellem profession og management*, Handelshøjskolens forlag, 2005.
19. Kunnskapssenteret 2008. *PasOpp-rapport nr. 5 inkl. institusjonsrapport nr. 6 2008*.
20. Lambert TW, Davidson JM, Evans J et al. *Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers*. Med Educ 2003; 37: 312 - 8.
21. Manassis, Katharina m/fl. (2006). *Choosing a Career in Psychiatry: Influential Factors Within a Medical School Program*. Katharina Manassis, M.D., Mark Katz, M.D., Jodi Lofchy, M.D. Stephanie Wiesenthal, M.D. Academic Psychiatry 2006; 30:325–329
22. *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*. (2005) WHO - European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki.
23. Muusmann og Agenda (2008). *Kartlegging av de Distriktskykiatriske sentrene i Norge 2008*. Rapport.
24. Norges Forskningsråd (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen*.
25. Norsk psykiatrisk forening (2008). *Helsepolitisk manifest fra Norsk psykiatrisk forening ved 100-års jubileet, 2008*. Lastet ned fra nettsiden til Norsk psykiatrisk forening sin nettside 25. april 09: <http://www.norskpsykiatriskforening.no/NPF/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=334>
26. NOU 2/97. *Pasienten først*. (1997) www.regjeringen.no. Lastet ned fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. april 2009 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2/2.html?id=140691>
27. NOU 2008:2 (2008). *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet 2008.
28. Pollit, Christopher and Bouckaert, Geert (1995). *Quality Improvement in European Public Services*, 1995, SAGE Publications Ltd, London.
29. Ringdal, Kristen (2001). *Enhet og mangfold*, Fagbokforlaget 2001

30. Ry Nielsen, Jens Carl og Repstad, Pål (2006). Når mauren også skal være ørn. Artikkel i boka "Tall, tolkning og tvil" red. Frode Nyeng og Grete Wennes Cappelen Akademisk forlag 2006.
31. SAMDATA-rapporten (2008). *Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007*. SINTEF Helse.
32. Senter for statlig økonomistyring (SSØ) (2007). *Styringsparameter*. Lastet ned fra SSØ sin hjemmeside 26/4-09: http://www.sfso.no/templates/Word_1706.aspx
33. Sigstad, Hanne Marie Høybråten (2003). *Brukermedvirkning, alibi eller realitet?* Tidsskriftet for den Norske Legeforening nr. 1, 2004; 124: 63–4
34. SINTEF Helse (2008). *Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultat fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007*.
35. Sintef Helse (2008) – *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse, supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten*
36. Sintef Unimed (2001). *Pasientvolum og behandlingskvalitet. Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgransking*. Rapport 2/2001.
37. Sosial- og Helsedirektoratet (Brukermedvirkning) (2006) *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Helsedirektoratet 2006. Rapport 15-1315
38. Sosial- og Helsedirektoratet - DPS-veilederen (2006). *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
39. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene."
40. Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98) "Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006"
41. Strand, Torodd (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2. utgave. Fagbokforlaget Vigmonstad & Bjørke AS, 2007.
42. Torjesen, Dag (2007) *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Dr. politavh. UIB
43. www.regjeringen.no. *Sykehusreformen iverksatt fra 2002*. Lastet ned fra Helse- og omsorgsdepartementet 24. april 2009 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/Sykehusreformen-20012002.html?id=226436>

44. Vrangbæk, K. (1999) ”New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser” i Bentsen, E.Z., Borum, F. Erlingsdóttir, G. & Sahlin- Andersson , K. (red.) Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige, p. 33–56, København: Handelshøjskolens Forlag.
45. Wiborg, Øyvind (2005). Profesjonsidentitet i arbeidsmarkedet – en skisse for studie av forpliktelse, lojalitet og motivasjon overfor arbeidsorganisasjon og profesjon. Høgskolen i Oslo, 2005.

Appendix

1. Magnussenutvalget – kriterier for fordeling av inntekter til RHF.....	71
2. Oversikt over DPS i Helse Sør-Øst – inkl. befolkningsgrunnlag.....	72
3. Oversikt over budsjetterte og vakante stillinger for spesialister – inkl. forskjeller mellom sekundær- og primærdata.....	73
4. Oversikt over Helsetilsynets funn ved nasjonalt tilsyn med DPS i Norge.....	77
5. Oversikt over produktivitet ved DPS.....	77
6. DPSets ”profil” ift. Opptrappingsplanens mål.	78
7. Brukererfaringer ved DPS-poliklinikk.....	79
8. Korrespondanse med og intervju med avdelingsledere ved DPS.....	80

Oversikt over tabeller:

Tabell 1 Magnussenutvalget - kriterier for fordeling av inntekter til de regionale helseforetak	71
Tabell 2 Magnussenutvalget - behovsnøkkel for psykisk helsevern.....	71
Tabell 3 Oversikt over alle DPS i Helse Sør-Øst (valgt DPS – fargemarkering)	73
Tabell 4 Antall psykiatere og psykologer/-spesialister ved det enkelte DPS	73
Tabell 5 Differansen mellom Muusmann/Agdenda og mine funn vedr. stillinger for psykiatere og psykologer/-spesialister.....	74
Tabell 6 Vakante stillinger for psykiatere (sammenligning mellom Muusmann/Agenda og egne data).....	74
Tabell 7 Antall stillinger for psykiatere og psykologer/-spesialister (faktiske tall).....	75
Tabell 8 Psykiatere og psykologer pr. befolkning samt vakanser pr. befolkning.....	76
Tabell 9 Vakante og faktiske stillinger pr. befolkning	76
Tabell 10 Avvik og merknader i forb. med	77
Tabell 11 Produktivitet pr. behandler/år samt konsultasjoner/befolkning for 2007	77
Tabell 12 DPS-profil samt etablering av kvalitetsråd, fagråd, avtaler med kommunene og akutt- og krisetjeneste	78
Tabell 13 Brukererfaringer (se definisjon av skåre under).....	79

Oversikt over figurer:

Figur 1 Budsjetterte spesialiststillinger eks. ett atypisk DPS	75
--	----

1. Magnussenutvalget – kriterier for fordeling av inntekter til RHF

Magnussenutvalgets kriterier for fordeling av inntekter til de regionale helseforetak (Kilde: NOU 2008:2)

Kriterier	Egenskaper ved kriteriene
Inngår i forslag til behovsnøkkel:	
<i>Alder</i>	10 aldersgrupper. Alder har betydning for forbruk av tjenester i psykisk helsevern.
<i>Andel ugifte</i>	Ugifte over 40 år er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Andel uføretrygdede med psykiatrisk diagnose</i>	Uføretrygdede i aldersgruppene 18-39 år og 40-69 år er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern. Utvalget foreslår at kriteriet beregnes som gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået.
<i>Andel med grunnskole utdanning</i>	Personer i aldersgruppene 18-29 år og 30-59 år som har utdanning fra grunnskole som høyeste utdanning er overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.
<i>Andel barn som bor med en forelder</i>	Andel barn i alderen 0-17 år som bor med en forelder. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge.
<i>Barnevernstiltak</i>	Antall barnevernstiltak per innbygger 0-17 år. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge. Utvalget anbefaler at kriteriet beregnes som glidende gjennomsnitt for flere år
<i>Andel uføretrygdede</i>	Antall uføretrygdede per innbygger 18-67 år. Variabelen har klar og systematisk sammenheng med forbruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge. Utvalget foreslår at kriteriet beregnes som gjennomsnitt over flere år og låses til dette nivået.
<i>Ikke-vestlige innvandrere</i>	Datagrunnlaget for voksne gir ikke mulighet til å analysere betydningen av andelen ikke-vestlige innvandrere. Utvalget finner det dokumentert at det er høyere forekomst av psykiske problemer og lidelser blant ikke-vestlige innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Variabelen gis en skjønsmessig innvekting.
Inngår ikke i forslag til behovsnøkkel:	
<i>Andel sosialhjelpsmottakere</i>	Sosialhjelpsmottakere er ikke overrepresentert blant pasienter innen psykisk helsevern.

Tabell 1 Magnussenutvalget - kriterier for fordeling av inntekter til de regionale helseforetak

Magnussenutvalgets kriterier for fordeling av inntekter til de regionale helseforetak (Kilde: NOU 2008:2) – behovsnøkkel psykiatri.

Tabell 8.2.4 Behovsnøkkel for psykisk helsevern.

	Vekter	
Andel i aldersgruppen 0-5 år	0,001	
Andel i aldersgruppen 6-12 år	0,028	
Andel i aldersgruppen 13-17 år	0,066	
Andel i aldersgruppen 18-29 år	0,137	
Andel i aldersgruppen 30-39 år	0,113	
Andel i aldersgruppen 40-49 år	0,073	
Andel i aldersgruppen 50-59 år	0,045	
Andel i aldersgruppen 60-69 år	0,025	
Andel i aldersgruppen 70-79 år	0,036	Sum alderskriterier:
Andel i aldersgruppen 80 år+	0,025	0,549
Andel ugifte 40 år+	0,044	
Andel uføretrygdede PH diagnose 18-39 år	0,085	
Andel uføretrygdede PH diagnose 40-69 år	0,103	
Andel grunnskole 18-29 år	0,055	
Andel grunnskole 30-59 år	0,013	
Andel barn bor med en forelder, 0-17 år	0,051	
Andel barnevernstiltak	0,023	
Andel uføretrygdede 18-67 år	0,011	Sum sosiale kriterier:
Andel ikke-vestlige innvandrere	0,066	0,451
SUM	1,0000	

Tabell 2 Magnussenutvalget - behovsnøkkel for psykisk helsevern

2. Oversikt over DPS i Helse Sør-Øst – inkl. befolkningsgrunnlag

Oversikt over DPS i Helse Sør-Øst (Kilde: Muusmann og Agenda 2008):

Kategori DPS	DPS	Befolkning
Små DPS (valgt DPS)	DPS Tynset	15 120
	Lovisenberg DPS	27 647
	DPS Lister	26 190
	DPS Vestmar	22 399
	DPS Porsgrunn	26 631
Mellomstore DPS (valgt DPS)	Grorud DPS	56 316
	Jessheimklinikken DPS	63 221
	Alna DPS	55 294
	Josefinegate DPS	62 108
	Tøyen DPS	68 951
	Psykiatrisk senter Asker	38 322
	DPS Lovisenlund/Mandal	61 139
	DPS Edwin Ruud	33 698
	DPS Sarpsborg/Halden	69 362
	DPS Moss	41 037
	DPS Fredrikstad	58 306
	DPS Kongsvinger	39 231
	DPS Lillehammer	54 698
	Ringerike DPS	54 250
	DPS Notodden/Seljord	34 554
	DPS Kongsberg	38 994
	DPS Skien	46 464
	DPS Solvang	37 559
Store DPS (Valgt DPS)	Lillestrømklinikken	107 513
	Folloklinikken	81 621
	Søndre Oslo DPS Holmlia	93 869
	DPS Vinderen	97 234
	Psykiatrisk senter Bærum	79 714
	DPS Gjøvik	89 178

	DPS Hamar	94 518
	Drammen DPS	101 232
	Nordre Vestfold DPS	95 882
	Søndre Vestfold DPS	78 957
	DPS Aust-Agder	81 016

Tabell 3 Oversikt over alle DPS i Helse Sør-Øst (valgt DPS – fargemarkering)

3. Oversikt over budsjetterte og vakante stillinger for spesialister – inkl. forskjeller mellom sekundær- og primærdata.

Oversikt over stillinger for psykiatere og psykologer/-spesialister ved det enkelte DPS (Kilde: Muusmann og Agenda (2008) og egne data):

DPS	Muusmann og Agenda			Mine funn		
	Årsverk psykiatere	Psykolog/ psyk.spes.	Av disse psyk.spes	Årsverk psykiatere	Psykolog/ psyk.spes.	Av disse psyk.spes
DSP Lister	2,70	3,50	1,50	3,50	5,50	2,50
DPS Vestmar	2,00	5,00	3,00	2,00	4,00	3,00
Lovisenberg DPS	2,00	12,00	7,00	2,00	13,00	11,00
DPS Tynset	3,00	4,20	0,00	3,00	4,80	1,00
Gj.snitt små DPS	2,43	6,18	2,88	2,63	6,83	4,38
DPS Skien	6,60	15,45	5,85	6,00	10,10	4,50
Alna DPS	8,25	16,85	10,85	9,00	14,40	10,40
DPS Kongsvinger	9,00	14,20	10,00	4,00	10,00	4,00
DPS Moss	5,00	7,80	4,00	5,00	7,00	4,00
Gj.snitt mellomst. DPS	7,21	13,58	7,68	6,00	10,38	5,73
DPS Aust-Agder	8,00	13,80	5,00	10,00	17,00	5,00
DPS Gjøvik	13,00	26,00	15,50	9,00	16,00	7,00
DPS Vinderen	18,50	14,00	7,00	8,00	10,30	5,60
Lillestrømklinikken	0,00	0,00	0,00	8,50	26,00	5,00
Gj.snitt store DPS	13,17	17,93	9,17	11,83	23,10	7,53

Tabell 4 Antall psykiatere og psykologer/-spesialister ved det enkelte DPS

Differansen mellom Muusmann/Agenda og mine data ift. budsjetterte stillinger (Kilde: Muusmann og Agenda (2008) og egne data):

DPS	Differanse Muusmann/Agenda vs mine data		
	Årsverk psykiatere	Psykolog/ psyk.spes.	Spesielt psyk.spes
DSP Lister	-0,80	-2,00	-1,00
DPS Vestmar	0,00	1,00	0,00
Lovisenberg DPS	0,00	-1,00	-4,00
DPS Tynset	0,00	-0,60	-1,00
Gj.snitt små DPS	-0,20	-0,65	-1,50
DPS Skien	0,60	5,35	1,35
Alna DPS	-0,75	2,45	0,45
DPS Kongsvinger	5,00	4,20	6,00
DPS Moss	0,00	0,80	0,00
Gj.snitt mell.st. DPS	1,21	3,20	1,95
DPS Aust-Agder	-2,00	-3,20	0,00
DPS Gjøvik	4,00	10,00	8,50
DPS Vinderen	10,50	3,70	1,40
Lillestrømklubben	-8,50	-26,00	-5,00
Gj.snitt store DPS	4,17	3,50	3,30

Tabell 5 Differansen mellom Muusmann/Agenda og mine funn vedr. stillinger for psykiatere og psykologer/-spesialister.

Differansen mellom Muusmann og Agenda (2008) og mine data vedr. vakante psykiaterstillinger (Kilde: Muusmann og Agenda (2008) og egne data):

Vakanser DPS	Muusm og Agenda Vakans psykiatere	Mine funn Vakans psykiatere	Differanse M/Ag vs mine data Årsverk psykiatere
DSP Lister	1,30	1,00	- 0,30
DPS Vestmar	0,00	0,00	0,00
Lovisenberg DPS	0,00	0,00	0,00
DPS Tynset	2,00	2,00	0,00
Gj.snitt små DPS	0,83	0,75	- 0,08
DPS Skien	2,00	0,00	- 2,00
Alna DPS	1,75	0,00	- 1,75
DPS Kongsvinger	1,00	3,00	+ 2,00
DPS Moss	1,00	0,00	- 1,00
Gj.snitt mell.st. DPS	1,44	0,75	- 0,69
DPS Aust-Agder	1,00	1,00	0,00
DPS Gjøvik	4,00	5,00	+ 1,00
DPS Vinderen	0,00	0,00	0,00
Lillestrømklubben	0,00	1,00	+ 1,00
Gj.snitt store DPS	1,67	2,00	+ 0,33

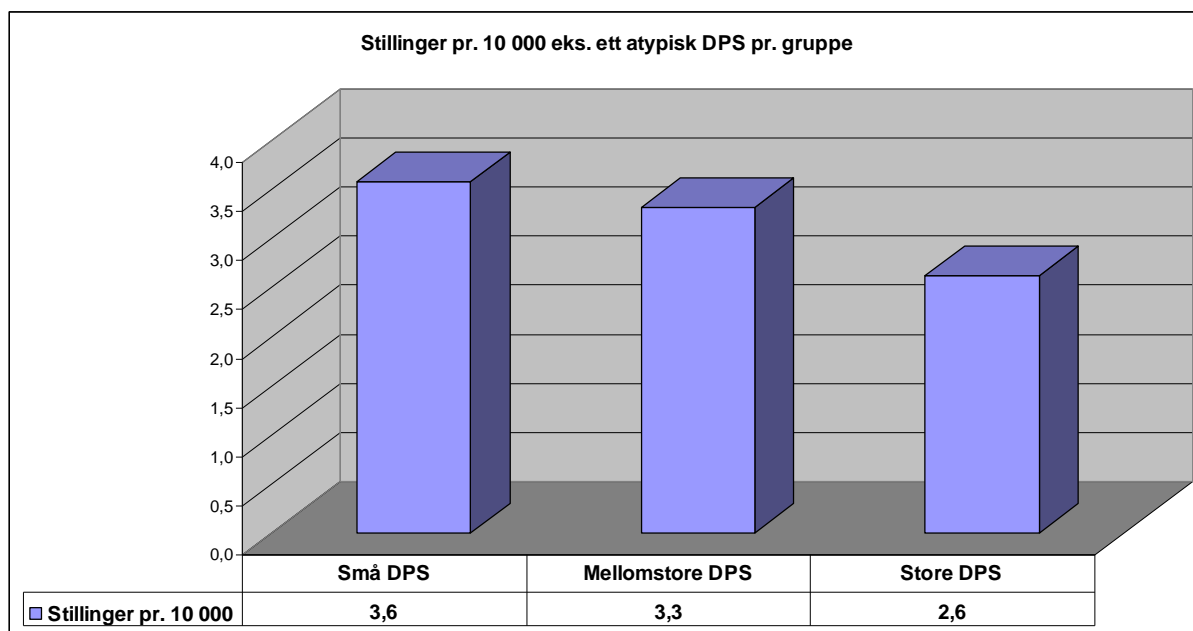
Tabell 6 Vakante stillinger for psykiatere (sammenligning mellom Muusmann/Agenda og egne data)

Oversikt over antall stillinger for psykiatere og psykologer/-spesialister (faktiske tall) (Kilde: egne data):

DPS	Årsverk psykiatere	Psykolog/ psyk.spes.	Av disse psyk.spes
DSP Lister	3,5	5,5	2,5
DPS Vestmar	2,0	4,0	3,0
Lovisenberg DPS	2,0	13,0	11,0
DPS Tynset	3,0	4,8	1,0
Gj.snitt små DPS	2,6	6,8	4,4
DPS Skien	6,0	10,1	4,5
Alna DPS	9,0	14,4	10,4
DPS Kongsvinger	4,0	10,0	4,0
DPS Moss	5,0	7,0	4,0
Gj.snitt mellomst. DPS	6,0	10,4	5,7
DPS Aust-Agder	10,0	17,0	5,0
DPS Gjøvik	9,0	16,0	7,0
DPS Vinderen	8,0	10,3	5,6
Lillestrømklinikken	8,5	26,0	5,0
Gj.snitt store DPS	8,9	17,3	5,7

Tabell 7 Antall stillinger for psykiatere og psykologer/-spesialister (faktiske tall)

Oversikt over budsjetterte stillinger hvor ett atypisk DPS (DPS Lovisenberg, DPS Alna og Lillestrømklinikken) er fjernet fra oversikten:



Figur 8 Budsjetterte spesialiststillinger eks. ett atypisk DPS

Oversikt over antall psykiatere og psykologer pr. 10 000 innbyggere (Kilde: egne data):

DPS	Psykiatere pr. befolkning	Andel vak. stillinger	Antall vakans pr. 10 000	Andel vakans pr. 10 000	Psykologer pr. befolkning
DSP Lister	1,3	27,8	0,95	10,61	2,1
DPS Vestmar	0,9	16,7	0,45	7,44	1,8
Lovisenberg DPS	0,7	0,0	0,00	0,00	4,7
DPS Tynset	2,0	38,5	1,98	25,44	3,2
Gj.snitt små DPS	1,1	17,2	0,71	7,53	3,0
DPS Skien	1,3	6,2	0,22	1,34	2,2
Alna DPS	1,6	4,3	0,18	0,77	2,6
DPS Kongsvinger	1,0	35,7	1,27	9,10	2,5
DPS Moss	1,2	0,0	0,00	0,00	1,7
Gj.snitt mell.st. DPS	1,3	10,7	0,38	2,35	2,3
DPS Aust-Agder	1,2	7,4	0,25	0,91	2,1
DPS Gjøvik	1,0	36,0	1,01	4,04	1,8
DPS Vinderen	0,8	0,0	0,00	0,00	1,1
Lillestrømklubben	0,8	2,9	0,09	0,27	2,4
Gj.snitt store DPS	0,9	11,5	0,32	1,22	1,8

Tabell 8 Psykiatere og psykologer pr. befolkning samt vakanser pr. befolkning.

Oversikt over vakante og faktiske stillinger samt faktiske stillinger pr. befolkning (Kilde: egne data):

DPS	Vakante stillinger for legespes.	Vakante stillinger for psykol.	Faktiske stillinger - psykiatere	Faktiske stillinger - psyk./-spes.	Faktiske st. pr. befolkning
DSP Lister	1,0	1,5	2,5	4,0	2,5
DPS Vestmar	0,0	1,0	2,0	3,0	2,2
Lovisenberg DPS	0,0	0,0	2,0	13,0	5,4
DPS Tynset	2,0	1,0	1,0	3,8	3,2
Gj.sitt små	0,8	0,9	1,9	6,0	3,4
DPS Skien	1,0	0,0	5,0	10,1	3,2
Alna DPS	1,0	0,0	8,0	14,4	4,1
DPS Kongsvinger	2,0	3,0	2,0	7,0	2,3
DPS Moss	0,0	0,0	5,0	7,0	2,9
Gj.snitt mellomst.	1,0	0,8	5,0	9,6	3,2
DPS Aust-Agder	1,0	1,0	9,0	16,0	3,1
DPS Gjøvik	4,0	5,0	5,0	11,0	1,8
DPS Vinderen	0,0	0,0	8,0	10,3	1,9
Lillestrømklubben	0,0	1,0	8,5	25,0	3,1
Gj.snitt store	1,3	1,8	7,6	15,6	2,5

Tabell 9 Vakante og faktiske stillinger pr. befolkning

4. Oversikt over Helsetilsynets funn ved nasjonalt tilsyn med DPS i Norge.

Oversikt over avvik og merknader ved Helsetilsynets nasjonale tilsyn ved DPSene i Norge 2008 og 2009 (kilde: www.helsetilsynet.no)

DPS	Avvik	Merknad
DSP Lister		
DPS Vestmar	2,0	3,0
Lovisenberg DPS		
DPS Tynset		
Gjennomsnitt små DPS	2,0	3,0
DPS Skien	1,0	4,0
Alna DPS	2,0	0,0
DPS Kongsvinger	3,0	0,0
DPS Moss	1,0	3,0
Gjennomsnitt mell.st. DPS	1,8	1,8
DPS Aust-Agder	0,0	3,0
DPS Gjøvik	2,0	0,0
DPS Vinderen		
Lillestrømklubben	2,0	0,0
Gjennomsnitt store DPS	1,3	1,0

Tabell 10 Avvik og merknader i forb. med Helsetilsynets nasjonale tilsyn ved DPS 2008 og 2009

5. Oversikt over produktivitet ved DPS.

Oversikt over antall konsultasjoner pr. fagårsverk pr. år samt oversikt over antall konsultasjoner pr. befolkning (10 000 innbyggere) (Kilde: Samdatarapporten (2008) og egne data samt egne beregninger):

DPS	Produktivitet faktiske stillinger (eks. vakanser)	Kons. pr. fagårsverk Samdata	Kons./ befolkning	Konsultasjoner
DSP Lister	1 551,5	404	0,24	6 206
DPS Vestmar	2 641,0	424	0,35	7 923
Lovisenberg DPS	878,5	439	0,41	11 420
DPS Tynset	1 033,4		0,26	3 927
Gj.sn. små DPS	1 238,5	422	0,32	7 369
DPS Skien	2 112,2	519	0,46	21 333
Alna DPS	1 358,3	590	0,35	19 559
DPS Kongsvinger	928,4		0,17	6 499
DPS Moss	842,3	208	0,14	5 896
Gj.sn. mell.st. DPS	1 384,1	439	0,28	13 322
DPS Aust-Agder	1 285,2	555	0,25	20 563
DPS Gjøvik	1 797,8		0,22	19 776
DPS Vinderen	2 564,5	648	0,27	26 286
Lillestrømklubben	1 106,9	508	0,26	27 672
Gj.sn. store DPS	1 514,8	570	0,25	23 574

Tabell 11 Produktivitet pr. behandler/år samt konsultasjoner/befolkning for 2007

6. DPSETS "profil" ift. Opptrappingsplanens mål.

Oversikt over etablering av kvalitetsråd, fagråd, akutt- og krisetjeneste ved det enkelte DPS samt DPSETS profil mht. oppnåelse av DPS-veilederens mål for gjennomføring av

Opptrappingsplanen (kilde: Muusmann og Agenda 2008):

DPS	Kvalitetsråd	Fagråd	Akutt- og krisetjeneste	Avtaler med kommunene	Profil ift. DPS-veileder
DSP Lister	Nei	Ja	0,0	Ja	6
DPS Vestmar	Nei	Nei	1,0	Ja	4
Lovisenberg DPS	Nei	Nei	1,0	Ja	6
DPS Tynset	Ja	Nei	1,0	Ja	8
Gj.snitt små DPS			75,00 %	4 av 4	6,0
DPS Skien	Nei	Nei	1,0	Ja	6
Alna DPS	Ja	Nei	1,0	Nei (Ja)	6
DPS Kongsvinger	Ja	Ja	1,0	Ja	6
DPS Moss	Ja	Ja	1,0	Ja	6
Gj.snitt mellomst. DPS			100,0 %	3 av 4	6,0
DPS Aust-Agder	Nei	Nei	1,0	Ja	7
DPS Gjøvik	Ja	Ja	1,0	Nei (Ja)	8
DPS Vinderen	Ja	Ja	1,0	Ja	8
Lillestrømklubben	Ja	Ja	1,0	Ja	6
Gj.snitt store DPS			100,0 %	3 av 4	7,3

Tabell 12 DPS-profil samt etablering av kvalitetsråd, fagråd, avtaler med kommunene og akutt- og krisetjeneste

I vurderingen av det enkelte DPS sin "profil" i forhold til gjennomføring av

Opptrappingsplanens mål ble følgende kriterier vurdert:

1. Faglig selvstendig enhet, avgrenset opptaksområde og egen DPS-leder.
2. Variert tjenestetilbud med poliklinikk, dagbehandlingstilbud, døgntilbud og ambulant virksomhet.
3. Akutt- og krisetjeneste
4. Avlastningstilbud – døgn.
5. Minimum 6 døgnplasser pr. 10 000 voksne innbyggere
6. Etablert gruppetilbud
7. Brukermedvirkning på systemnivå/brukerråd.
8. MLS-tilbud (Mestrings- og læringscenter)
9. Skriftlige rutiner for samarbeid mellom DPS og kommuner
10. Fagråd og eller kvalitetsråd.

7. Brukererfaringer ved DPS-poliklinikk

Brukernes erfaringer med det enkelte DPS (Kilde: Kunnskapssenteret 2008 – Brukerundersøkelsen PasOpp (institusjonsrapporten)):

DSP	Bruker- erf. samlet	Ventetid	Ekst. samarb.	Møtt med høflighet og respekt	Fung. i fam.	Fung. utenfor fam.
DSP Lister	68	68	58	81	74	69
DPS Vestmar	69	65	65	83	72	70
Lovisenberg DPS	63	69	54	80	63	64
DPS Tynset	74	65	65	91	74	74
Gj.snitt små DPS	68,5	66,8	60,5	84	71	69
DPS Skien	64	63	54	85	66	66
Alna DPS	67	67	60	83	69	65
DPS Kongsvinger	64	70	54	84	68	66
DPS Moss	64	69	50	81	69	68
Gj.snitt mell.store DPS	64,8	67,3	54,5	83	68	66
DPS Aust-Agder	68	63	54	85	72	66
DPS Gjøvik	66	65	49	84	69	67
DPS Vinderen	62	67	43	78	65	65
Lillestrømklubben	65	63	60	84	66	68
Gj.snitt store DPS	65,3	64,5	51,5	83	68	67

Tabell 13 Brukererfaringer (se definisjon av skåre under)

PasOpp-rapporten (Kunnskapssenteret 2008) konkluderer med lav svarprosent – ca. 35,2 %. Den tekniske vurderingen tar utgangspunkt i at pasientene har forholdt seg til skalaer fra 1 til 5 (hvor for eksempel 1 er ”Ikke i det hele tatt” og 5 er ”I svært stor grad”). Disse svar er transformert til en 0-100 skala hvor 0 er dårligst og 100 er best. Gjennomsnittet som oppgis for hvert spørsmål og for de tre hovedområdene kalles gjennomsnittsskåren.

8. Korrespondanse med og intervju med avdelingsledere ved DPS

- Mail til avdelingsledere ved det enkelte DPS (sendt 5. oktober 08)

Til avdelingsleder

Jeg holder nå på med slutføringen av min masteroppgave i ledelse ved Universitetet i Agder. I min oppgave vil jeg bla. sammenligne noen DPS i Helse Sør Øst RHF i forhold til rekruttering av legespesialister, psykologspesialister og psykologer. Jeg vil bla. se om det er noen forskjell mht. rekruttering av de forannevnte grupper i forhold til DPSets størrelse. Derfor har jeg valgt ut noen små DPSer, mellomstore DPSer og store DPSer (jfr. definisjon fra DPS-veilederen). Det er alltid en avveining i forhold til hvor mange enheter som skal undersøkes, men jeg har kommet til å se nærmere på 12 (4 i hver størrelseskategori). Utgangspunktet for å definere det enkelte DPS i en størrelseskategori er de befolkningsoversikter som Helse Sør Øst har lagt til grunn når det gjelder opptaksområde for det enkelte DPS. Jeg er selvsagt klar over at det er mange elementer som påvirker rekrutteringssituasjonen - ikke bare fagmiljøets størrelse. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til i analysen, men det vil også være fint å få noen kommentarer fra dere om det er foretatt spesielle rekrutteringstiltak ved ditt DPS.

Jeg arbeider selv som avdelingsleder ved DPS Aust-Agder (midlertidig permisjon ut 2008 for å være klinikkjef) og har derfor truffet flere av dere i ulike sammenhenger. I utgangspunktet tenker jeg å kontakte dere pr. telefon for en samtale og håper det er ok. De dataene jeg ønsker å få informasjon om er bla. antall stillingshjemler dere pr. 31. desember 07 hadde for overleger (psykiatere), psykologspesialister og psykologer samt totalt antall stillinger ved din avdeling. I tillegg ønsker jeg informasjon om hvor mange vakante stillinger det var i gruppene overlege (psykiater), psykologspesialist og psykolog pr. 31. desember 07. Grunnen til at jeg har valgt info pr. 31. desember 07 er at det nå foreligger SAMDATA-tall og statusbeskrivelse fra Helse Sør Øst RHF om fagområdet pr. 2007.

Jeg planlegger å ta kontakt med dere i løpet av de nærmeste 2 ukene og håper det kan passe. Mailadresse har jeg fått via HFene sine hjemmesider. Dersom det har skjedd endringer mht. hvem som innehar avdelingslederstillingen ber jeg om å få tilbakemelding så snart som mulig. Jeg vil også sette pris på om dere kan gi meg en rask tilbakemelding på mail med informasjon om mobiltelefon/telefon.

Mvh
Henning Garsjø
Avdelingsleder DPS Aust-Agder
Mobil 90 92 00 15

- Intervju/samtale med den enkelte DPS-leder.

I intervjuene med de enkelte DPS-lederne tok jeg utgangspunkt i de kvantitative spørsmål i e-posten over. Jeg fikk imidlertid anledning til å presisere fortolkningen av hva som inngår i stillingene (som bla. å trekke ut stillinger knyttet til rusfagfeltet). I tillegg fikk jeg anledning til å konkretisere definisjonen av "vakant stilling". Jeg definerte "vakant stilling" som en stilling som ikke "eies" av noen. Dvs. ingen har permisjon eller er sykemeldt fra stillingen. Stillingen må heller ikke være tildelt noen som starter opp i stillingen i nær framtid.

Videre tok jeg direkte opp spørsmål som det var grunn til å tvile på i Muusmann/Agenda sin rapport vedr. DPS-profil. Dette dreide seg om DPS Alna og DPS Gjøvik ift. inngåelse av samarbeidsavtaler med kommunene.