

www.sintef.no





SINTEF RAPPORT

SINTEF Unimed
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Aktivitetsbaserte poliklinikkstakster i psykisk helsevern
- mellom visjon og virkelighet**

FORFATTER(E)

Vidar Halsteinli, Trond Hatling og Jorid Kalseth

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A035001	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Sissel Fangen Ekern	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-02941-4	PROSJEKTNR. 785209	ANTALL SIDER OG BILAG 65
ELEKTRONISK ARKIVKODE Ekstraktside.doc	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Vidar Halsteinli	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2003-01-06	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>	

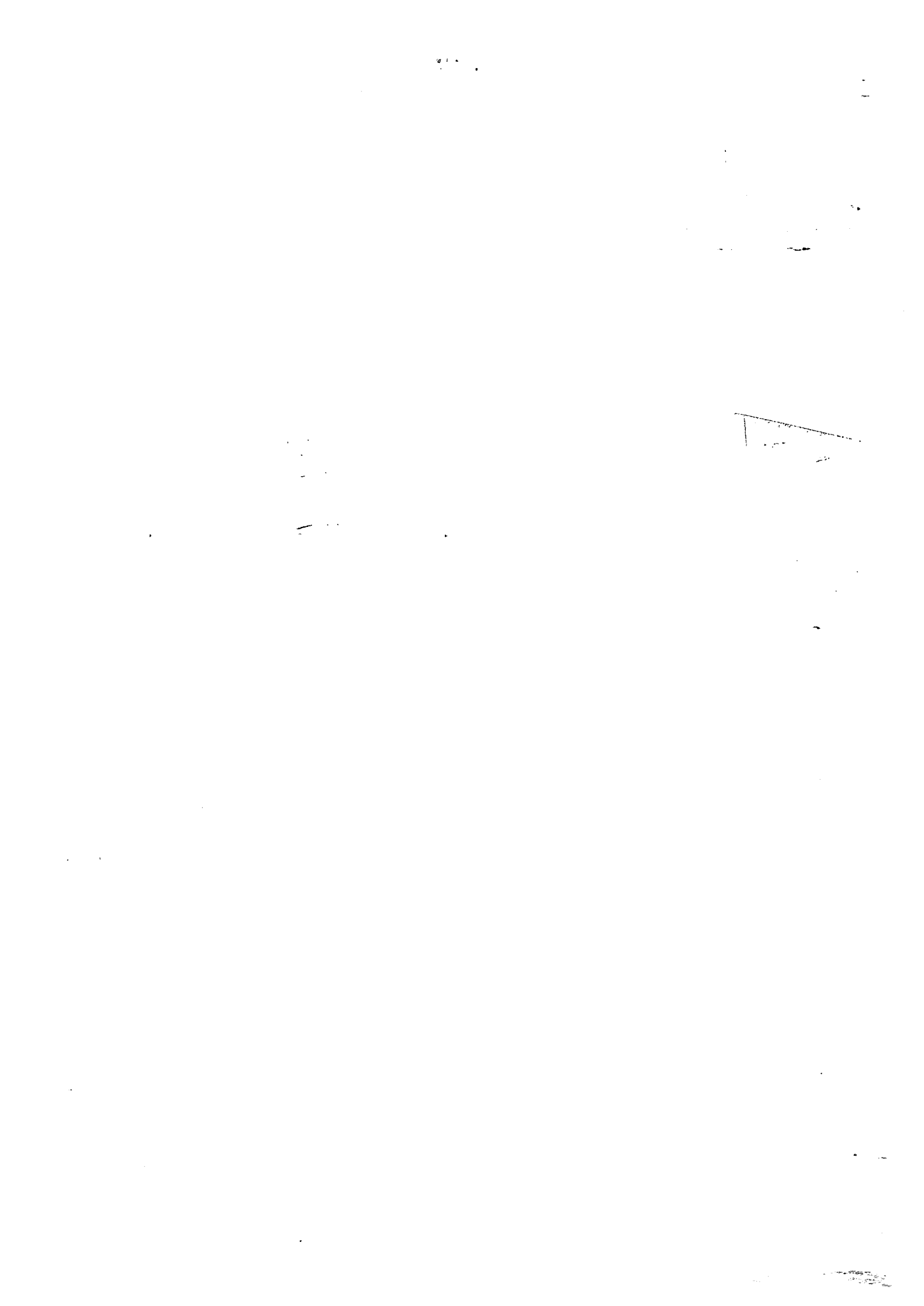
SAMMENDRAG

Rapporten beskriver og drøfter forslag til endringer i refusjonssystemet for psykiatriske poliklinikker med hensyn til hvilke aktiviteter som bør honoreres gjennom stykkprisrefusjon, hvordan ulik tidsforbruk eller ulike arbeidsmåter skal ivaretas og fordeling mellom årsverksrefusjon og refusjon for utførte aktiviteter. Utredningen er en oppfølging av Opptappingsplanen for psykisk helse (St prp 63, 1997-98). Finansieringen av poliklinikkene kan generelt rettes inn mot mål for kostnadskontroll, aktivitet, produktivitet og prioritering (mellom pasientbehandling og andre aktiviteter, og mellom pasientgrupper). Poliklinikkenes aktivitet kan deles inn i fire hovedkategorier: Pasientbehandling, samarbeid, kompetanseutvikling og ledelse. De helsepolitiske signalene er at en "vil ha mer av alt". Skillet mellom poliklinisk behandling og dagbehandling har endret seg de siste årene. Vårt forslag til definisjon og avgrensning av refusjonsberettiget virksomhet er at behandlingsaktiviteten skal være rettet mot pasienter i poliklinisk fase og at aktiviteten skal være utført av behandlingspersonell ved godkjente poliklinikker.

Vi beskriver tre alternative forslag til endringer av dagens polikliniske refusjonssystem:
Aktivitetsalternativet, årsverksalternativet og mellomalternativet som er en kombinasjon av de to første.

Vår anbefaling er at mellomalternativet velges som erstatning for dagens polikliniske refusjonsordning, poliklinikkens takstbruk følges nøye, poliklinikkens bruk av tid og produktivitet følges nøye, endringer i takstene vurderes årlig og at et refusjonssystem med *pasienten* som enhet utredes på lengre sikt.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsevern	Mental health services
GRUPPE 2	Poliklinikker	Outpatient clinics
EGENVALGTE	Aktivitetsbasert finansiering	Activitybased financing system



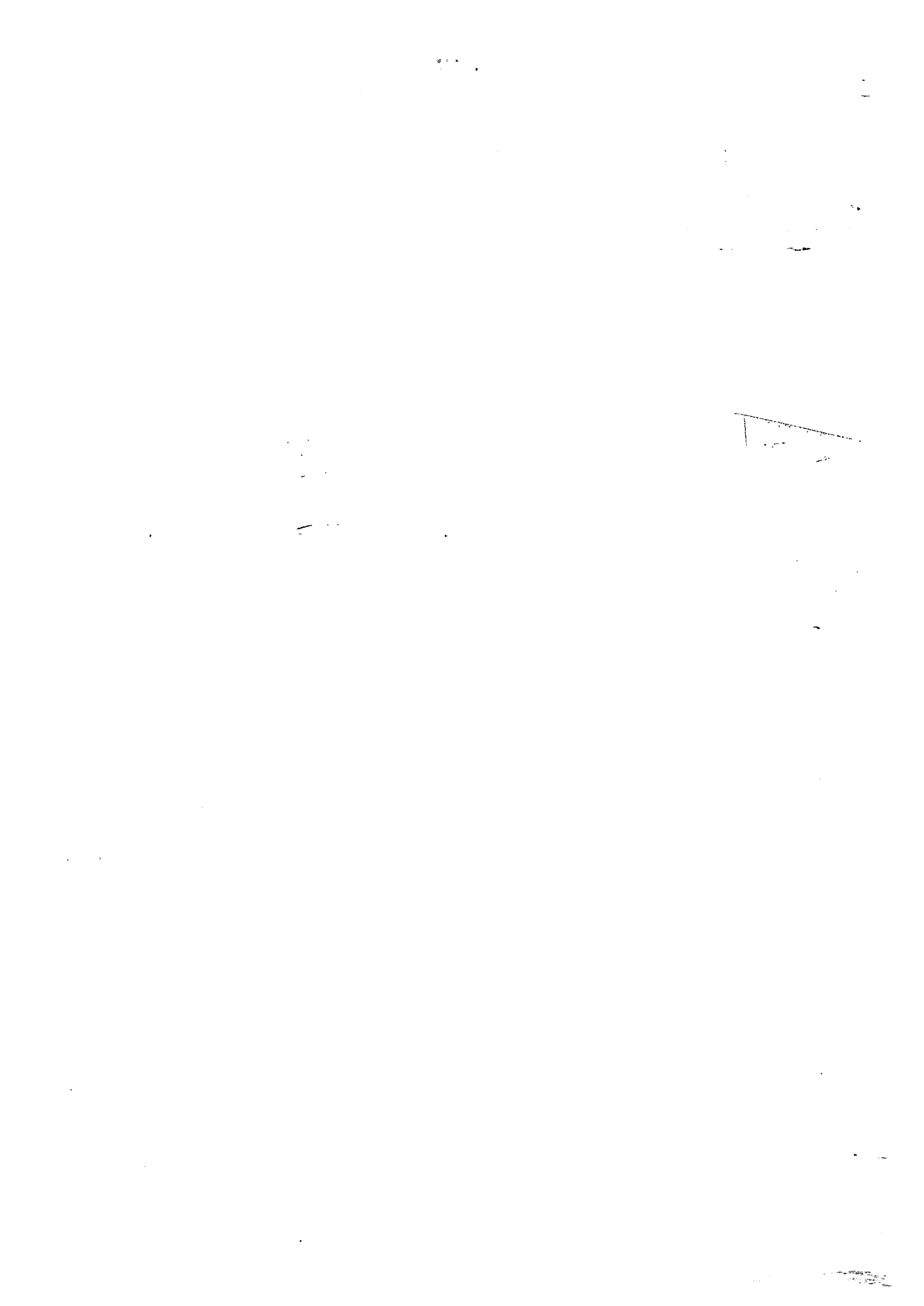
Forord

I St meld 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet" ble det slått fast at finansieringsordningen for offentlige poliklinikker bør følges for å se hvilke utslag takstene gir i forhold til aktivitet og prioritering av pasientgrupper. Det er et mål at takstsystemet skal gjenspeile helsepolitiske signaler i forhold til arbeidsform ved poliklinikkene og i forhold til målet om økt tilgjengelighet til tjenestene. I tråd med signaler i Opptappingsplanen for psykisk helse (St prp 63 1997-98), tok Sosial- og helsedepartementet i juni 2001 initiativ til en gjennomgang av refusjonssystemet for offentlige poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern. Hensikten var å "foreta en gjennomgang av dagens refusjonsordning og utrede eventuelle endringer av takstsystemet". Forslag til endringer skulle stimulere til effektiv ressursbruk og anbefalte arbeidsformer. Etter en anbudsrunde ble SINTEF Unimed tildelt oppdraget 7. november 2001, og i denne rapporten redegjør vi for innholdet i utredningen og dens anbefalinger.

Utredningen har hatt en egen referansegruppe som har hatt fire møter. Referansegruppens medlemmer har vært Erik Lunder (BUP Askim), Lise Huntofte (BUP Trondheim), Siri Jensen (Nic Waals Institutt), Lars Hammer (BUPA Sykehuset Buskerud HF), Dagfinn Bjørgen (Mental Helse Sør-Trøndelag), Mads Berg (Helse Midt-Norge RHF), Harald Holte (VP poliklinikk Innherred, Helse Nord-Trøndelag HF), Ola Marstein (Tøyen DPS), Johan Dankel (VP poliklinikk Haugesund Sjukehus), Elisabeth Tjora (DPS Gjøvik), Morten Oulie (Sosial- og helsedirektoratet) og Torleif Ruud (SINTEF Unimed). I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet hatt sin egen styringsgruppe for utredningen med Sissel Fangen Ekern som kontaktperson. Prosjektgruppen har bestått av forsker Trond Hatling, forsker Jorid Kalseth og forsker Vidar Halsteinli. Prosjektleder har vært Vidar Halsteinli.

Trondheim, januar 2003

Vidar Halsteinli



Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
1 Sammenheng	7
2 Innledning	11
3 Om dagens ordning	13
3.1 Beskrivelse av dagens ordning.....	13
3.2 Oppsummering av besøk ved et utvalg poliklinikker	14
4 Finansiering som virkemiddel.....	17
4.1 Virkemiddel for hva?	17
4.2 Effekter av ulike tilskudd.....	18
4.3 Erfaringer fra Norge	20
4.4 Aktivitetsbaserte tilskudd – pasient eller konsultasjon?.....	22
4.5 Erfaringer fra staten New York.....	22
4.6 Oppsummering	23
5 Kjennetegn ved poliklinisk virksomhet	25
5.1 Aktivitet.....	25
5.2 Utgifter og finansiering	26
6 Aktiviteter ved poliklinikkene	29
6.1 Pasientbehandling	29
6.2 Samarbeid	31
6.3 Kompetanseutvikling	31
6.4 Ledelse	32
6.5 Annet	33
6.6 Oppsummering - kategorier aktivitet	33

7	Helsepolitiske føringer	35
8	Dagbehandling kontra poliklinisk behandling	37
9	Forslag til endringer av takstsystemet.....	41
9.1	Begrunnelser for endringer av takstsystemet.....	41
9.2	Forslag til endringer	42
10	Beregning av refusjonssatser og økonomiske konsekvenser	47
10.1	Beregning av refusjonssatser.....	47
10.1.1	Refusjonssats - aktiviteter	47
10.1.2	Refusjonssats – årsverk	53
10.1.3	Refusjonssatser – mellomalternativet.....	53
10.2	Beregning av økonomiske konsekvenser	53
10.2.1	Beregninger av statens utgifter til poliklinisk behandling.....	54
10.2.2	Aktivitetsalternativet: Beregning av statens utgifter ved økt poliklinisk aktivitet	54
10.2.3	Beregning av refusjonsinntekter for ulike polikliniske team	55
11	Anbefaling	59
	Litteraturliste.....	63

Vedlegg

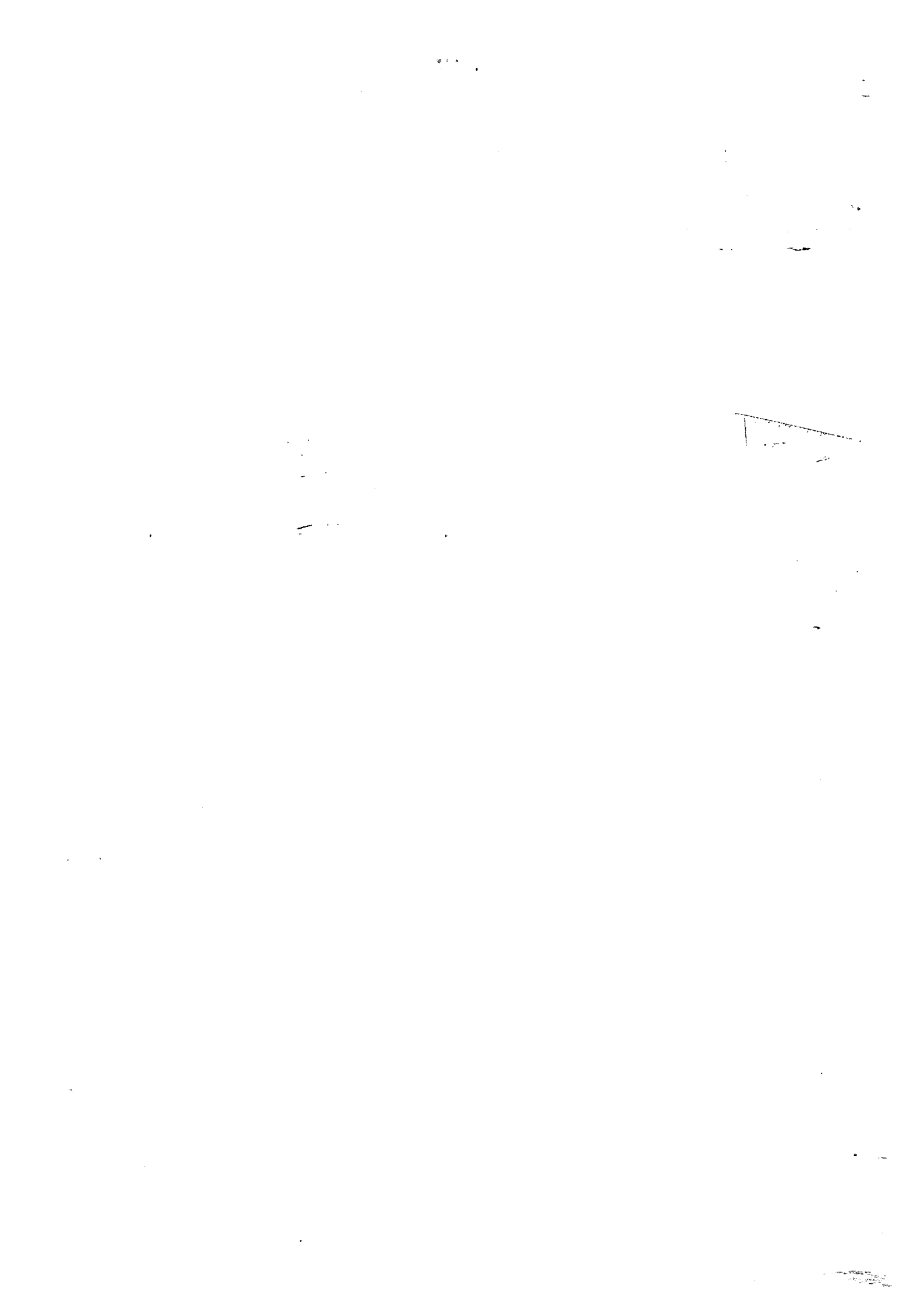
Tabelloversikt

Tabell 5.1	For terapeutisk personell i voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, prosent tid anvendt på ulike aktiviteter i en 14-dagers periode våren 2002.	25
Tabell 5.2	Finansiering av poliklinikker. Standardavvik i parentes. 2000. (Kilde: SAMDATA Psykisk helsevern)	26
Tabell 5.3	Refusjonsinntekter etter taksttype (basert på tall innhentet fra et utvalg poliklinikker i 2001).	27
Tabell 6.1	Kategorisering av poliklinisk aktivitet.	33
Tabell 10.1	Forutsetninger for bruk av tid og behandlere for takster i aktivitetsalternativet - poliklinikker for barn og unge.....	48
Tabell 10.2	Forutsetninger for bruk av tid og behandlere for takster i aktivitetsalternativet - poliklinikker for voksne.....	48

Tabell 10.3	Forutsetninger for modellpoliklinikkene.....	49
Tabell 10.4	Aktivitetsprofil for poliklinikkmodellene.....	50
Tabell 10.5	Takstprofil for modellpoliklinikkene,	50
Tabell 10.6	Beregning av kostnad per behandlertime.	51
Tabell 10.7	Beregning av refusjonssatser for aktivitetstakster.....	52
Tabell 10.8	Beregning av refusjonssatser per time.....	53
Tabell 10.9	Beregning av refusjonssatser for mellomalternativet.	53
Tabell 10.10	Refusjonsinntekt av samlede inntekter – 40/35 prosent dekning.....	54
Tabell 10.11	Statlige utgifter til poliklinisk aktivitet ved økt aktivitet/takstbruk.	55
Tabell 10.12	Konsekvenser for ulike polikliniske team for barne og unge (med ulik aktivitetsprofil).....	56
Tabell 10.13	Konsekvenser for ulike polikliniske team for voksne (med ulik aktivitetsprofil).....	57
Tabell 11.1	Alternative endringer og effekter for poliklinikkens hovedoppgaver.....	59

Figuroversikt

Figur 4.1	Endring i refusjonsinntekt per pasient med gamle og nye takster.	21
-----------	---	----



1 Sammendrag

Denne rapporten beskriver og drøfter forslag til endringer i refusjonssystemet for psykiatriske poliklinikker med hensyn til hvilke aktiviteter som bør honoreres gjennom stykkprisrefusjon, hvordan ulik tidsforbruk eller ulike arbeidsmåter skal ivaretas og fordeling mellom årsverksrefusjon og refusjon for utførte aktiviteter. Utredningen er en oppfølging av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp 63, 1997-98). (Se kapittel 2.)

Dagens ordning består av en henvisningstakst eller førstegangstakst, en takst per timeverk, en ansatt i godkjent fagstilling har utført undersøkelse, behandling eller veiledning og en konsultasjonstakst per utredning eller behandling etter den første konsultasjonen. Poliklinikkene skal være faglig godkjent av fylkeslegen jfr krav til bemanning og lokaler. En intervjurunde ved et utvalg av poliklinikker for barn og unge og for voksne viser at dagens refusjonssystem ikke oppfattes som dekkende for det mangfold av arbeidsformer som poliklinikkene benytter. (Se kapittel 3.)

Finansieringen av poliklinikkene kan generelt rettes inn mot mål for kostnadskontroll, aktivitet, produktivitet og prioritering (mellom pasientbehandling og andre aktiviteter, og mellom pasientgrupper). I prinsippet gir øremerkede årsverkstilskudd (timeverkstakst) incitament for helseforetakene til å øke det polikliniske tilbudet i psykisk helsevern. Øremerkede aktivitetstilskudd påvirker i tillegg poliklinikkens prioritering mellom ulike aktiviteter eller pasientgrupper. Begge typer tilskudd stimulerer til økt aktivitet og til økt produktivitet. Analyser av takstendringen i 1997 viser ingen klar sammenheng mellom endringene i refusjonsordningen og poliklinikkens aktivitet. Resultatene kan tolkes som at tydelige helsepolitiske signaler formidlet på andre måter påvirker poliklinikkene. Det synes derfor å være et viktig poeng at de signaler som ligger i et aktivitetsbasert inntektssystem i størst mulig grad understøtter de helsepolitiske målene for psykisk helsevern og poliklinikkene spesielt. (Se kapittel 4.)

Aktiviteten ved voksenpsykiatriske poliklinikker kjennetegnes ved at behandlerne bruker nær 80 prosent av tiden til pasientrelatert arbeid, men kun 36 prosent av tiden som direkte pasientrelatert tid. I barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker bruker behandlerne 70 prosent av tiden på pasientrelatert arbeid, men kun 26 prosent sammen med pasienten eller nære foresatte. Poliklinikkens aktivitet kan deles inn i fire hovedkategorier: Pasientbehandling, samarbeid, kompetanseutvikling og ledelse. Disse hovedkategoriene kan igjen deles inn i underkategorier. Pasientbehandling består eksempelvis inntak, utredning, behandling, eksternt og internt samarbeid og avslutning. Stortingsmelding 25 (1996-97) Åpenhet og helhet og andre relevante helsepolitiske dokumenter slår alle fast at de psykiatriske poliklinikkene har tre hovedoppgaver; pasientbehandling, samarbeid med andre instanser og egen kompetanseheving. De helsepolitiske signalene er videre at en "vil ha mer av alt". (Se kapittel 5, 6 og 7.)

Skillet mellom poliklinisk behandling og dagbehandling har endret seg de siste årene. Vi ser en fremvekst av dagbehandlingstilbud integrert med polikliniske tjenester, samtidig som enkelte dagavdelinger organiserer dagbehandlingen som del av godkjente poliklinikkers virksomhet. Ulike typer døgnavdelinger har videre innslag av pasienter som befinner seg i en poliklinisk fase. Dette gjør det påkrevet å gi en så klar definisjon av refusjonsberettiget poliklinisk virksomhet som mulig. Vi har kartlagt variasjonen i ulike typer dagtilbud som gis, og på bakgrunn av dette har vi beskrevet tre faser som pasientene kan befinne seg i: Innlagt som døgnpasient, dagpasient med tilgang til døgnavdelingens terapeutiske miljø på dagtid

(men bor hjemme) og poliklinisk fase. Med poliklinisk fase menes pasienter som bor hjemme, møter primært til avtalte tider og til faste/strukturerte behandlingsopplegg, og voksne betaler egenandel. Vårt forslag til definisjon og avgrensing av refusjonsberettiget virksomhet er som følger:

- Behandlingsaktiviteten skal være rettet mot pasienter i poliklinisk fase.
- Aktiviteten skal være utført av behandlingspersonell ved godkjente poliklinikker.

Med en slik definisjon blir fokus rettet mot pasientens status og behandlingens status – og ikke om et tilbud kalles dagtilbud eller ikke. (Se kapittel 8.)

Vi beskriver i kapittel 9 tre alternative forslag til endringer av dagens polikliniske refusjonssystem: Aktivitetsalternativet, årsverksalternativet og mellomalternativet.

Alternativ 1: **Aktivitetsalternativet**

Forslaget fokuserer spesielt på behovet for å stimulere til økt poliklinisk aktivitet, pasientbehandling med varierte arbeidsformer, generell veiledning og forebygging og økt produktivitet. Forslaget består kun av aktivitetstakster, og det er altså ingen timeverkstakst som i dag.

Hovedtakster:

1. Inntak og førstegangskonsultasjon (pasient og/eller pårørende tilstede)
2. Utredning eller behandling (pasient og/eller pårørende tilstede)
3. Oppfølgingsmøte med samarbeidspartnere (møte/veiledning/konsultasjon med førstelinjetjenesten om en eller flere navngitte pasienter)
4. Oppfølgings samtale per telefon (telefonkonsultasjon med pasient eller førstelinjetjenesten om navngitt person)
5. Avslutning (pasient og/eller pårørende tilstede)
6. Rådgiving og kompetanseoverføring (møte/veiledning/konsultasjon med 1. linjetjenesten uten at det er knyttet til en bestemt person).

Tilleggstakster:

- A. Tester (bruk av en eller flere nærmere angitte tester)
- B. Gruppe-/familiebehandling
- C. Reisetid (ambulant behandling, konsultasjon hjemme hos pasient eller møte hos samarbeidende instans)
- D. Tolk (bruk av tolk i tillegg til behandler)

Ved gruppebehandling benyttes kun en hovedtakst sammen med en tilleggstakst for gruppe. Det samme gjelder familiebehandling. Antall personer tilstede i gruppen påvirker med andre ord ikke antall takster. Med test menes spesifikke og standardiserte tester og ikke generelle diagnostiske verktøy som GAF. Tilleggstakster kan benyttes sammen hovedtakster etter nærmere angivelser.

Alternativ 2: **Årsverksalternativet**

Forslaget fokuserer på at det først og fremst behov for å stimulere til økt poliklinisk aktivitet og et bredt spekter av poliklinisk virksomhet uten at det legges noen økonomiske føringer for poliklinikkens valg mellom ulike aktiviteter.

Forslaget har kun timeverkstakst og altså ingen aktivitetstakster. Kun godkjente poliklinikker har anledning til å kreve årsverksrefusjon. Taksten utbetales per timeverk "ansatt i godkjent

stilling har utført *poliklinisk arbeid*". Et årsverk regnes som 1725 timer og det eneste som trekkes fra er sykefravær utover den periode hvor arbeidsgiver er ansvarlig for lønnsutbetaling og permisjoner med eller uten lønn. Med poliklinisk arbeid menes derfor alle former for pasientrettet arbeid, generell rådgiving og veiledning, kompetanseutvikling og internt samarbeid. Faglige lederstillinger gir grunnlag for refusjon, mens merkantile stillinger ikke gir refusjon. Antall timer per ansatt beregnes i forhold til stillingsandel.

Alternativ 3: **Mellomalternativet**

Forslaget er en kombinasjon av aktivitetsalternativet og årsverksalternativet. Det kan gjøres ved at alternativ 1 og alternativ 2 vektlegges med 50 prosent hver i mellomalternativet. Sammenlignet med dagens refusjonssystem innebærer dette en oppjustering av aktivitets-takstenes betydning.

Beregningen av refusjonssatser gjøres i kapittel 10 ved først å beregne satser som gir full kostnadsdekning for modellpoliklinikkene. Deretter beregnes satser ut fra henholdsvis 40 prosent kostnadsdekning (barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker) og 35 prosent kostnadsdekning (voksenpsykiatriske poliklinikker). 40 og 35 prosent dekningsgrad tilsvarer dagens nivå i gjennomsnitt for poliklinikkene. Økonomiske konsekvenser av en omlegging av det polikliniske refusjonssystemet er drøftet i forhold til konsekvensene for de polikliniske utgifter på nasjonalt nivå, konsekvensene for poliklinikker med ulike målgrupper (ulike polikliniske team) og dermed ulik aktivitetsprofil, og til slutt konsekvensene for de polikliniske utgiftene på nasjonalt nivå gitt at forutsetningene i modellpoliklinikkene endres, f.eks. at poliklinikkene øker aktiviteten i betydelig grad. Med de forutsetningene som ligger til grunn for modellpoliklinikkene og årsverksberegningene, gir endringene i takstsystemet svakt lavere utgifter for staten sammenlignet med dagens refusjonsordning. Det er imidlertid sannsynlig at dette vil oppveies av endringer i helseforetakenes og poliklinikkens praksis som følge av omleggingen.

Vår anbefaling er i kapittel 11 oppsummert i fem punkter:

1. Mellomalternativet velges som erstatning for dagens polikliniske refusjonsordning

Alternativet stimulerer til økning av et variert sett av pasientrettede aktiviteter, samtidig som det ivaretar hensynet til egen kompetanseutvikling. Den statlige eierskapsreformen har medført økt fokus på økonomistyring, og vår hypotese er derfor at refusjonssystemet vil være mer styrende i fortsettelsen enn det vi har sett tidligere. Dette trekker i retning av å redusere muligheten for uønskede vridninger og for muligheter for å utnytte takstene på en utilsiktet og ureglementær måte. Hva som er det riktige nivået med hensyn til dekningsgrad, er avhengig av hvor sterke incitamentene staten ønsker å bygge inn i refusjonssystemet.

2. Poliklinikkens takstbruk følges nøye

Fra statens side er viktig å etablere informasjonssystemer som gjør det mulig å følge poliklinikkens takstbruk løpende. Dette for å kunne avdekke feil bruk av takstene, men også for å avdekke ulik praksis som følge av uklare retningslinjer.

3. Poliklinikkens bruk av tid og produktivitet følges nøye

Det er generelt viktig å evaluere i hvilken grad endringer i refusjonssystemet leder til endringer i poliklinikkens prioriteringer og tidsbruk, sett i lys av de nasjonale målene for den polikliniske virksomheten.

4. Endringer i takstene vurderes årlig

Det er generelt viktig å korrigere svake sider ved takstene og å endre refusjonssystemet i takt med poliklinikkens utvikling, slik at refusjonssystemets legitimitet opprettholdes.

5. Et refusjonssystem med *pasienten* som enhet utredes

Fordelen med å bruke pasient som grunnlag for refusjon er at det gir et fokus på pasienten mer enn konsultasjoner og andre aktiviteter, at det åpner for å tenke behandlingsepisoder eller behandlingsforløp i stedet for isolerte enkeltaktiviteter og at det gir mulighet for differensiere mellom ulike pasientkategorier.

2 Innledning

I 1988 ble det innført et poliklinisk refusjonssystem for voksenpsykiatriske poliklinikker, og i 1989 ble barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker samt psykiatriske ungdomsteam inkludert i ordningen. Fra starten besto systemet av to takster; en takst per henvist pasient og en takst per timeverk som fagpersonell har utført undersøkelse, behandling eller veiledning (åpningstidstakst). I 1997 ble det innført en takst for førstegangskonsultasjon (førstegangstakst) og en takst for konsultasjoner etter førstegangskonsultasjon (oppfølgingstakst). Refusjonstakstene har vært justert som prisjusteringer enkelte år, samt en større justering i forbindelse med endringen i 1997.

I St meld 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet" ble det slått fast at finansieringsordningen for offentlige poliklinikker bør følges for å se hvilke utslag takstene gir i forhold til aktivitet og prioritering av pasientgrupper. Det er et mål at takstsystemet skal gjenspeile helsepolitiske signaler i forhold til arbeidsform ved poliklinikkene og i forhold til målet om økt tilgjengelighet til tjenestene. I tråd med signaler i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp 63 1997-98), tok Sosial- og helsedepartementet i juni 2001 initiativ til en gjennomgang av refusjonssystemet for offentlige poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern. Hensikten var å "foreta en gjennomgang av dagens refusjonsordning og utrede eventuelle endringer av takstsystemet". Forslag til endringer skulle stimulere til effektiv ressursbruk og anbefalte arbeidsformer.

I tilbudsinnbydelsen legger departementet vekt på at forslag til endringer i refusjonssystemet skal ivareta følgende hovedmål:

- Gjenspeile helsepolitiske signaler jfr opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006.
- Være enkelt å administrere, både for poliklinikkene og for trykdeverket.
- Ikke favorisere en terapeutisk tilnærming fremfor en annen.
- Være nøytralt i forhold til psykolog/legespesialister med driftsavtale.

Følgende spørsmål ønskes besvart:

- Hvilken type virksomhet skal honoreres direkte gjennom stykkprisrefusjon?
- Skal refusjonsordningen ta hensyn til tidsforbruk eller gå ut ifra ulike typer arbeidsmåter?
- Hvordan bør den prosentvise fordeling være mellom finansiering gjennom årsverksopp-telling og reell arbeidsinnsatshonorering?

Spørsmålene ønskes besvart ved at det presenteres alternative løsninger med konsekvensanalyse i forhold til de premisser som er gitt for gjennomgangen i utlysningen. Det ønskes særlig vekt på hvordan det enkelte forslag vil kunne påvirke praksis.

Vi har organisert utredningen på følgende måte:

- I kapittel tre gis en mer utførlig beskrivelse av dagens ordning samt at vi oppsummerer erfaringer med ordningen basert på besøk ved et utvalg poliklinikker.

- I kapittel fire drøfter vi kort effekter av aktivitetsbasert finansiering kontra rammefinansiering. I tillegg oppsummerer vi erfaringer med finansiering som virkemiddel fra staten New York og drøfter vi om det er empirisk grunnlag for å si at refusjonssystemet påvirker poliklinikkens aktivitet i Norge.
- I kapittel fem beskriver vi poliklinikkene ved hjelp av tilgjengelig datamateriale med vekt på tid brukt på ulike aktiviteter og finansiering.
- I kapittel seks gjennomgår vi de ulike arbeidsformene ved poliklinikkene; bla med utgangspunkt i spørsmålet om hvilke typer aktiviteter det er mulig å operasjonalisere slik at det er mulig å lage takst for aktiviteten.
- I kapittel syv gjennomgår vi de viktigste helsepolitiske signalene for poliklinisk virksomhet.
- I kapittel åtte drøfter vi gråsonen mellom dagbehandling og poliklinisk behandling utfra spørsmålet om grensen for hva som aksepteres som poliklinisk virksomhet bør endres.
- I kapittel ni beskriver vi tre alternative forslag til endringer og drøfter konsekvenser.
- I kapittel 10 beregner vi refusjonssatser og økonomiske konsekvenser for sektoren sett under ett av de ulike forslagene.
- Kapittel 11 gjør vi rede for vårt anbefalte forslag og oppsummerer arbeidet.

3 Om dagens ordning

3.1 Beskrivelse av dagens ordning

Nåværende refusjonssystem for voksenpsykiatriske poliklinikker ble innført i 1988, og i 1989 ble ordningen utvidet til også å gjelde barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Etter dette har det kun vært mindre justeringer av ordningen ved at satsene har blitt justert (ikke regelmessig) og det ble i 1997 innført en ny takst. I tillegg har det vært enkelte justeringer av forskriftene.

Poliklinikker som ønsker å sende krav om refusjon skal først godkjennes av fylkeslegen etter retningslinjer gitt i bl a rundskriv IK-15/2001 fra Statens helsetilsyn. I henhold til prisliste for offentlige poliklinikker og rundskriv I-61/2000 fra Sosial- og helsedepartementet består ordningen per i dag av tre typer takster for henholdsvis voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker:

- Henvisningstakst eller førstegangstakst (P01a/P03a). Takst kan benyttes en gang per henvisning (eller ved øyeblikkelig hjelp), men kun en gang per år per pasient. Taksten kan benyttes etter ett år, men krever da ny henvisning eller eventuelt at det på nytt er øyeblikkelig hjelp.
- Årsverkstakst (P01b/P03b) – en takst per timeverk en ansatt i godkjent fagstilling har utført godkjent undersøkelse, behandling eller veiledning. Taksten kan kun benyttes dersom den polikliniske aktiviteten er formelt og fast organisert i godkjent poliklinikk.
- Konsultasjonstakst (P01c/P03c) – en takst som kan benyttes for utredning eller behandling etter den første konsultasjonen.

Henvisningstakst og konsultasjonstakst kan benyttes når konsultasjonen skjer i og utenfor poliklinikkens lokaler. Ved gruppebehandling kan det kreves *en* konsultasjonstakst, uavhengig av antall deltagere.

Et vilkår for å få utbetalt polikliniske refusjoner er at poliklinikken er faglig godkjent av fylkeslegen jf spesialisthelsetjenesteloven § 4-1. For å bli faglig godkjent må poliklinikken ha egnede lokaler og tilfredsstillende bemanning. Kravene til lokaler er forholdsvis detaljerte og er nærmere beskrevet i rundskriv IK-15/2001 fra Statens helsetilsyn. Grunnbemanningen skal minst bestå av fire fagstillinger og for voksenpsykiatriske poliklinikker skal dette være bl a

- lege som er spesialist i psykiatri
- psykolog
- sykepleier

For barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker skal det være

- lege som er spesialist i psykiatri
- spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde i klinisk barne- og ungdomspsykologi
- sosionom med klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri

- klinisk pedagog med videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri

Det er krav om at en vesentlig del av disse fagstillingene er besatt, men siden det er mangel på spesialister er det fra myndighetenes side åpnet for en skjønnsmessig vurdering av dette i forbindelse med fylkeslegens godkjenning. For stillinger utover minstebemanningen kan i tillegg en del andre relevante fagstillinger gi grunnlag for refusjon.

Ved endringer i bemanningen kan en poliklinikk midlertidig legges inn under en annen poliklinikk som da får et faglig- og administrativt oppfølgingsansvar. Endringer skal løpende varsles til fylkeslegen som to ganger i året sender inn en liste til Rikstrygdeverket med oversikt over alle godkjente poliklinikker i fylket med stillingstall.

Pasientbehandling ved sykehusavdelinger og distriktpsikiatriske sentre utenom godkjente poliklinikker kan i mange tilfeller ha mange felles trekk med poliklinikkenes arbeid. I rundskriv IK-15/2001 er det forsøkt å trekke en grenseoppgang mellom psykiatriske dagavdelinger og psykiatriske poliklinikker som en rettleiding for fylkeslegens godkjenning. Det viktigste skillet er at dagavdelinger som oftest har ulike aktiviserings- og habiliteringstilbud som arbeidsstue, ergoterapi, fysioterapi i sine lokaler, noe poliklinikkene ikke har. Poliklinikkene har i hovedsak behandlerkontorer og venterom.

I utgangspunktet er det kun godkjente poliklinikker som kan sende refusjonskrav. Forskriftene tillater imidlertid at voksenpsykiatriske sykehusavdelinger benytter førstegangstakst ved poliklinisk virksomhet i avdelingene, men kun denne taksten. Ved distriktpsikiatriske sentre er det et krav at en stilling skal være knyttet til poliklinikken for at behandleren skal kunne utløse refusjon, og ansatte ved dag- eller døgnavdelinger har derfor ikke anledning til å kreve noen form for refusjon.

I rundskrivet erkjennes det at grensen for hva som regnes som refusjonsberettiget aktivitet er problematisk. Aktivitet som faller innenfor definisjonen av poliklinisk behandling foregår også andre steder enn i poliklinikkene. Begrunnelsen for å legge restriksjoner på hvem som kan sende inn refusjonskrav er hovedsakelig begrunnet i kostnadskontroll.

3.2 Oppsummering av besøk ved et utvalg poliklinikker

Det følgende er basert på intervjuer med faglige og administrative ledere ved tre voksenpsykiatriske poliklinikker og tre barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker januar 2002. Vi har konsentrert intervjuene om

- organisatorisk styringsmodell og administrative forhold
- karakteristika ved poliklinikkenes aktiviteter
- synspunkter på dagens refusjonsordning
- ønsker for fremtidig finansieringsmodell

Et generelt trekk er at poliklinikkene organisatorisk betraktes som en integrert del av en større enhet (en avdeling eller et sykehus, et distriktpsikiatrisk senter, en barne- og ungdomspsykiatriske klinikk). Poliklinikken er faglig og administrativt ansvarlig for sin virksomhet, men det økonomiske ansvaret er begrenset. Budsjettet fastsettes i samarbeid med overordnet nivå på grunnlag av antall årsverk og antall forventet utførte konsultasjoner. Overskudd tilfaller ikke poliklinikken, og underskudd betraktes som en del av fellesskapets ansvar. Avvik fra inntektsbudsjettet får ikke konkrete konsekvenser, men har betydning for poliklinikkens/lederens omdømme.

Dagens refusjonssystem oppleves ikke som administrativt krevende. Merkantil personell holder oversikt over antall timeverk uten at dette regnes som spesielt tidkrevende. De elektroniske pasientadministrative systemene gir muligheter for et mer finmasket refusjonssystem enn i dag. Det er likevel en fordel med et oversiktlig system med ikke for mange ulike takster, og administrativ enkelhet er viktig.

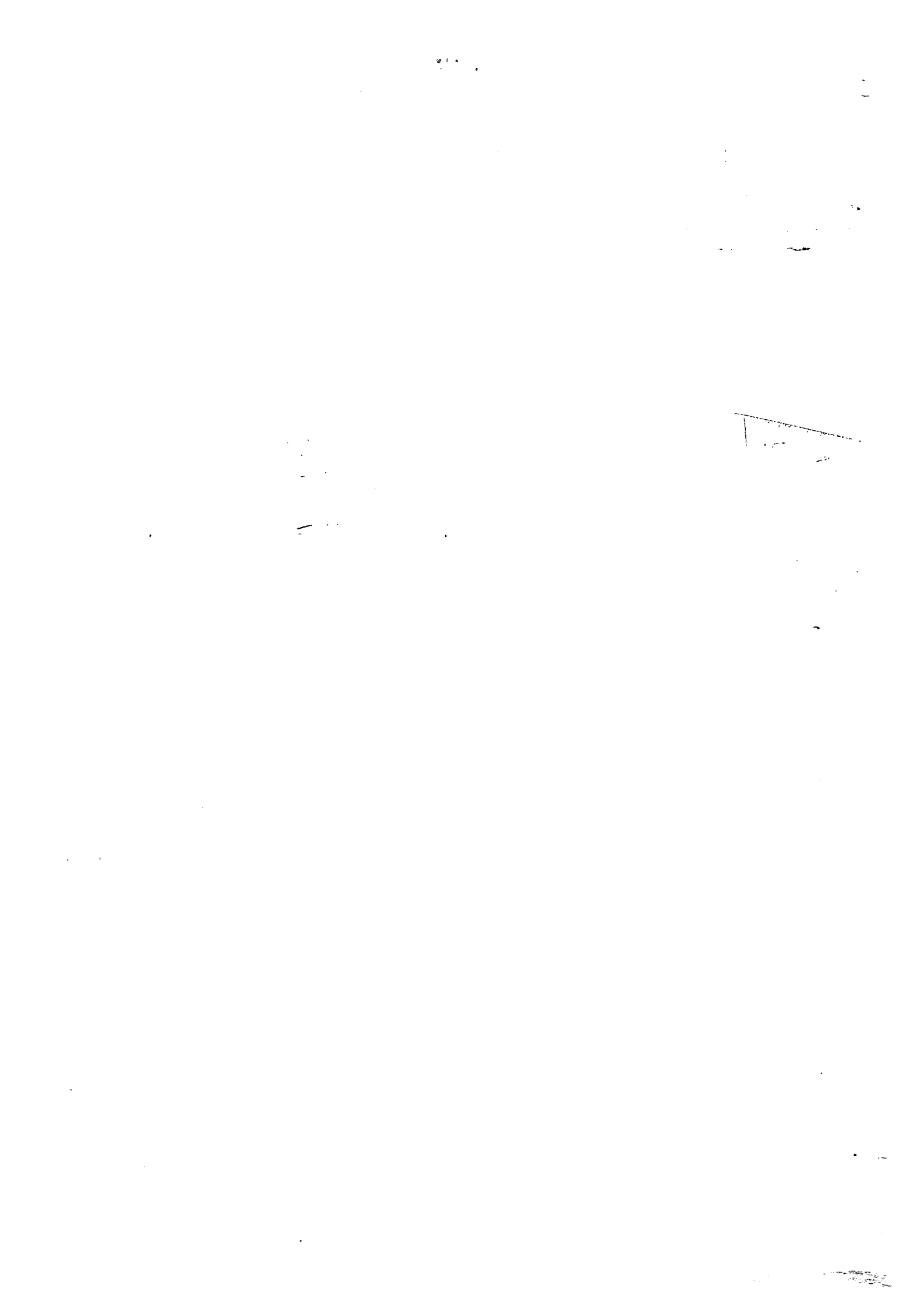
Aktivitetene ved poliklinikkene har mange kjennetegn:

- Der er stor variasjon i konsultasjonenes varighet.
- Det er flere grunner til at det er behov for mer enn en behandler tilstede: Kompetanseoverføring – utdanning, behov for flerfaglig tilnærming, språk – behov for tolk.
- En pasient kan ha flere konsultasjoner per dag, dvs møte flere behandlere per dag. Det kan være variasjon mellom poliklinikkene i hvilken grad disse betraktes som *en* eller *flere* refusjonsberettigede konsultasjoner.
- For en del pasientgrupper er det åpenbart en fordel å ha selvstendige møter/konsultasjoner med pårørende, også innen voksenpsykiatrien (f eks eldre pasienter).
- I en del tilfeller er helsesøster eller andre i førstelinjetjenesten "utførende behandler". Møter med helsesøster kan omfatte en eller flere saker, og pasientene kan tidligere ha vært i møte med BUP-behandler, men det kan også dreie seg om mer generell veiledning knyttet til konkrete saker.
- En poliklinikk kan ha en egen dagbehandlingsenhet hvor det ytes et gruppetilbud to ganger i uken, men med lengre konsultasjonsvarighet enn ellers (to til fire timer). Dette er behandlingstilbud, og ikke et tilbud om "et sted å være" eller deltagelse i et mer løst organisert sosialt fellesskap.
- Poliklinikker har i mange tilfeller tilsynsansvar ved døgn- eller dagavdelinger. Dette regnes imidlertid ikke som poliklinisk virksomhet.
- For fremtiden bør poliklinikkene ha utvidet åpningstid slik at det er mulig få konsultasjoner også på ettermiddags- og kveldstid.

I hvilken grad har refusjonssystemet virket styrende for aktiviteten?

- Refusjonssystemet virker styrende på systemnivå, men ikke på personnivå. Det er positivt at systemet har satt fokus på barnas og foreldrenes tilstedeværelse.
- I utgangspunktet er det faglige avveininger som er avgjørende for tidsbruken. Men – aktiviteter som ikke gir refusjon blir heller ikke prioritert dersom eksterne faktorer vanskeliggjør gjennomføringen (eksempel – kommuner som er lite ivrige til å stille opp på samarbeidsmøter)
- Dagens system er ikke dekkende for de ulike arbeidsformene som er prioritert fra myndighetene sin side. Det er i hovedsak faglige avveininger som ligger til grunn for poliklinikkens valg, og systemet virker derfor i liten grad styrende.

Rammefinansiering i kombinasjon med målstyring oppfattes av flere som best egnet for poliklinikkene. Mange mål og sammensatte aktiviteter gjør at stykkprisfinansiering er dårlig egnet. Stykkprisfinansiering har imidlertid den fordelen at den gir legitimitet til ledelse (fastsetting av aktivitetsmål for team eller enkeltbehandlere), og det er den fordelen at det blir resultater. Stykkprisfinansiering må støtte opp om faglig riktige valg og målene for virksomheten.



4 Finansiering som virkemiddel

4.1 Virkemiddel for hva?

Den statlige eierskapsreformen innebærer en modell hvor fem regionale helseforetak skal overta det fylkeskommunale sektoransvaret (ofte kalt "sørge for" ansvaret). Befolkningens behov for helsetjenester skal dekkes dels av foretakenes heleide datterselskap, men det åpnes også for at foretakene kan kjøpe tjenester hos selskap i andre foretak eller hos private aktører. Den statlige styringen vil skje gjennom lover og forskrifter, eierstyring, avtaler og finansiering. Finansieringssystemet er dermed kun ett av flere virkemidler, og det kan benyttes som virkemiddel i forhold til flere mål.

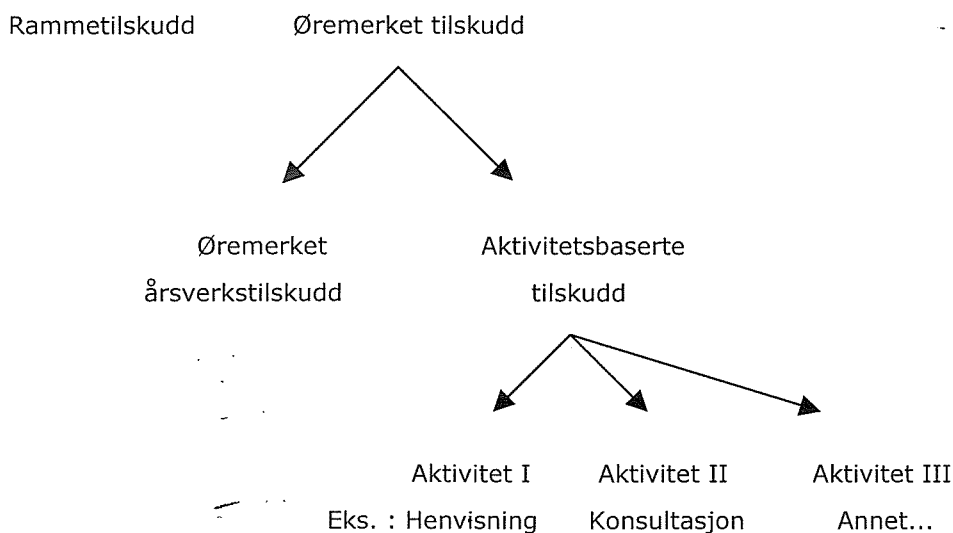
Utformingen av finansieringssystemet vil avhenge av hvilke mål man ønsker å oppnå, og vil også avhenge av hvor tilgjengelig andre virkemidler er for å oppnå samme mål. Spørsmålet om rammefinansiering kontra stykkpris- eller aktivitetsbasert finansiering er et sentralt spørsmål knyttet til virkemidler i statlig styringen av helseforetakene. For en videre drøfting av finansiering av de regionale helseforetakene viser vi til Hagen et al (2001). En egen utredning av spørsmålet om finansiering av spesialisthelsetjenesten er forøvrig nylig lagt frem gjennom det såkalte Hagen-utvalget sin innstilling ("Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten", NOU under publisering).

Spørsmålet om finansiering av poliklinikkene har mange likhetstrekk med problemstillingen for foretakene. Finansieringssystemet kan i prinsippet rettes inn mot fire ulike formål:

- kostnadskontroll – dvs et ønske om å ha kontroll med ressursbruken
- aktivitet – eksempelvis et ønske om å øke antall konsultasjoner og/eller antall behandlede pasienter
- produktivitet – et ønske om å f eks øke antall konsultasjon per behandler eller antall pasienter per behandler. (Det er verdt å legge merke til at vi bruker begrepet produktivitet i stedet for effektivitet. Effektivitet inkluderer vanligvis også effekt av behandling. I praksis måles imidlertid produksjon uten at kvalitetsdimensjonen eller effekten er tatt hensyn til, noe som gjør det hensiktsmessig å bruke det noe mer teknisk pregede begrepet produktivitet - uten at effektivitet er mindre viktig av den grunn.)
- prioriteringer – for poliklinikkene dreier det seg om prioritering mellom aktiviteter (behandling – nettverksarbeid – samarbeid – kompetanseutvikling osv) og prioritering mellom pasientgrupper.

Finansiering som særskilt virkemiddel for poliklinikkene kompliseres av at poliklinikkene inngår i større organisasjoner som igjen kan velge ulike interne styringsmodeller. Poliklinikkene utgjør en av flere virksomheter i et foretak, som igjen eies av et regionalt helseforetak. For fremtiden kan det tenkes flere modeller for hvordan inntektssystemet for stat - regionalt helseforetak – foretak utformes, og poliklinikkene vil påvirkes av utformingen av inntektssystemet for øvrig virksomhet. Polikliniske refusjoner utgjør bare en del av det finansielle grunnlaget, og foretakenes styringsmodell for poliklinikkene vil påvirke effekten av en særskilt statlige finansieringsordning for poliklinikkene. Vi tar utgangspunkt i at poliklinikkene dekker sine utgifter utfra en ramme fra foretaket (eventuelt fra annen overordnet enhet innen et foretak), i tillegg til særskilte øremerkede tilskudd (polikliniske refusjoner) fra

staten. Vi deler øremerkede tilskudd inn i øremerkede årsverkstilskudd (jfr årsverkstakst eller åpningstidstakst) og aktivitetsbaserte tilskudd. Aktivitetsbaserte tilskudd kan igjen deles inn i tilskudd til ulike aktiviteter (jfr henvisningstakst og konsultasjonstakst). Vi har med andre ord følgende typer tilskudd:



Rammetilskudd, øremerket årsverkstilskudd og øremerket aktivitetstilskudd har i prinsippet delvis ulik effekt i forhold til mål om kostnadskontroll, aktivitet, produktivitet og prioritering.

4.2 Effekter av ulike tilskudd

I det følgende beskriver vi effekter av ulike tilskudd utfra en teoretisk synsvinkel. Om effektene vil inntreffe og i hvilket omfang vil selvsagt være avhengig av mange forhold.

Rammetilskudd gir full kostnadskontroll, mens øremerket tilskudd gir redusert kostnadskontroll. I fortsettelsen kommenteres de tre tilskuddstypene i forhold til aktivitet, prioritering og produktivitet. Kommentarene bygger på drøftinger i notatene "Modell for analyse av vridningseffekter som følge av endringer i refusjonssystemet" (vedlegg 1) og "Modell for analyse av effekter av endring i finansieringssystemet for aktivitet og effektivitet" (vedlegg 3).

Rammetilskudd:

- Økning i rammetilskuddet gir økt poliklinisk aktivitet (inntektseffekt), men også økt aktivitet på alle andre tjenestoområder. Inntektsøkningen må deles, og effekten for poliklinikkene er derfor begrenset.
- Økning i rammetilskuddet påvirker ikke helseforetakenes prioritering av psykiatriske poliklinikker kontra annen psykiatrisk eller somatisk virksomhet. Tilskuddet er nøytralt. Rammetilskudd er således godt egnet for virksomhet med mange mål og med aktiviteter som kan være vanskelig å kvantifisere, fordi finansieringen i seg selv ikke fører til ukontrollerte vridninger. Det legges således til rette for at faglige avveininger kan bestemme prioriteringene.
- Økning i rammetilskuddet stimulerer ikke til økt produktivitet, gitt at poliklinikkene har preferanser for både pasientbehandling og kostnadsøkende aktiviteter (kompetanseutvikling mm). Dette kan eventuelt kompenseres gjennom særskilte aktivitetskrav.

Øremerket årsverkstilskudd:

- Økning i årsverkstilskuddet gir økt poliklinisk aktivitet, både som følge av økt inntekt (inntektseffekt) og som følge av at polikliniske årsverk relativt sett har blitt billigere for helseforetakene sammenlignet med årsverk i annen psykiatrisk eller somatisk virksomhet (prisvridningseffekt). Aktivitetsøkningen vil være høyere enn for rammetilskudd.
- Økning i årsverkstilskuddet påvirker helseforetakenes prioritering av psykiatriske poliklinikker kontra annen psykiatrisk eller somatisk virksomhet. Tilskuddet bidrar til prioritering av psykiatrisk poliklinisk aktivitet, men er nøytralt i forhold til hvordan poliklinikkene prioriterer mellom ulike aktiviteter.
- Om økning i årsverkstilskuddet stimulerer til økt produktivitet eller ikke er avhengig om det i tillegg finnes et øremerket aktivitetstilskudd. Dersom det eksisterer et øremerket aktivitetstilskudd, vil en økning i årsverkstilskudd også stimulere til økt produktivitet, gitt at poliklinikkene har preferanser for både pasientbehandling og kostnadsøkende aktiviteter (kompetanseutvikling mm) jfr rammetilskudd ovenfor.

Øremerket aktivitetstilskudd:

- Økning i aktivitetstilskudd gir økt poliklinisk aktivitet, både som følge av økt inntekt (inntektseffekt), som følge av at polikliniske årsverk relativt sett har blitt billigere for helseforetakene sammenlignet med årsverk i annen psykiatrisk eller somatisk virksomhet (prisvridningseffekt) og som følge av økt produktivitet (kostnadsøkende aktiviteter blir relativt sett dyrere sammenlignet med pasientbehandling). Aktivitetsøkningen vil være høyere enn for øremerket årsverkstilskudd.
- Økning i aktivitetstilskuddet påvirker helseforetakenes prioritering av psykiatriske poliklinikker kontra annen psykiatrisk eller somatisk virksomhet. Tilskuddet påvirker også poliklinikkens prioritering mellom ulike aktiviteter. Dette kan benyttes til bevisst å prioritere enkelte aktiviteter eller pasienter, men det vil samtidig være en fare for uønskede vridninger i form av at "ulønnsomme" pasienter nedprioriteres.
- Økning i aktivitetstilskudd stimulerer til økt produktivitet, gitt at poliklinikkene har preferanser for både pasientbehandling og kostnadsøkende aktiviteter (kompetanseutvikling mm). Kostnadsøkende aktiviteter blir relativt sett dyrere sammenlignet med pasientbehandling, og poliklinikken vil under gitte forutsetninger velge å utføre flere inntektsbringende aktiviteter på bekostning av kostnadsøkende aktiviteter.

Poliklinikkens tilpasning til endringer i finansieringssystemet vil generelt påvirkes av de organisatoriske rammene poliklinikkene opererer innenfor. Hvordan poliklinikkene responderer på takstendringer vil avhenge av:

- Med samme praksis som før (uendret aktivitet) – kommer poliklinikken ut med økte eller reduserte inntekter?
- Og blir poliklinikkens ramme justert fra helseforetakets side i takt med økte/reduerte inntekter – eller forblir rammetilskuddet til poliklinikken uendret?

Det er grunn til å spørre om incitamentet til å endre praksis er større når poliklinikken etter en takstendring står overfor et inntektsbortfall (gitt uendret praksis) kontra merinntekt. Og dersom helseforetakene justerer poliklinikkens ramme gjennom kompensasjon for inntektsbortfall, alternativt fratrukk av merinntekt, vil poliklinikkene ha svakere incitamenter til å endre praksis enn om poliklinikkene selv er ansvarlige for å dekke inntektsbortfall/får beholde merinntekt.

4.3 Erfaringer fra Norge

Det er begrensede erfaringer med endringer i refusjonssystemet for de psykiatriske poliklinikkene. Endringene har i hovedsak bestått av mindre justeringer av satsene. Systemet har gjennomgått kun én større endring etter innføringen i henholdsvis 1988-1989, og det var i 1997. Før 1997 bestod ordningen av to typer takster, henvisningstakst og åpningstidstakst. I 1997 ble det innført en konsultasjonstakst (150 kroner) for utredning og behandling etter første gangs konsultasjon. Samtidig ble henvisningstaksten redusert fra 1500 kroner til 900 kroner for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og fra 900 kroner til 500 kroner for voksenpsykiatriske poliklinikker.

I notatet "Empirisk analyse av endringene i refusjonssystemet i 1997" (se vedlegg 2) har vi med grunnlag i pasient- og årsverksdata for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker undersøkt om endringer i poliklinikkens aktiviteter kan relateres til endringen i refusjonssystemet. I det følgende refererer vi kun hovedresultatene.

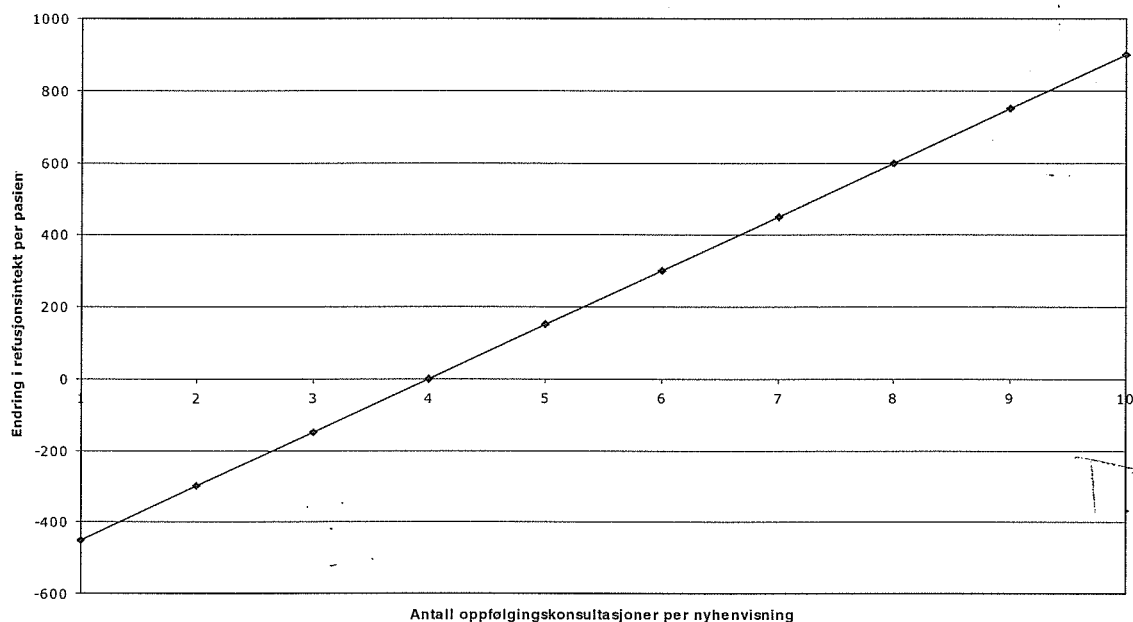
Hensikten med omleggingen i 1997 var å stimulere til økning i den direkte klientrettede virksomheten og til prioritering av langtidspasienter. Innføring av takst for konsultasjoner etter førstegangs henvisning stimulerer til å gi flere konsultasjoner per pasient. Reduksjonen i henvisningstaksten gjør det mindre gunstig å ta imot nye pasienter. Omleggingen av refusjonssystemet i 1997 endret de relative nettokostnadene for nyhenvisninger og konsultasjoner for poliklinikkene. Denne prisvridningen tilsier isolert sett en økning i antall konsultasjoner per pasient med de nye takstene. Endringen i refusjonssatsene påvirker imidlertid også poliklinikkens inntekter direkte. Denne inntektseffekten kan forsterke eller dempe/opphæve prisvridningseffekten avhengig av poliklinikkens preferanser med hensyn til aktivitetssammensetningen.

Resultatene kan oppsummeres som følger:

- Vi finner at antall direkte tiltak per fagårsverk i perioden 1997-2000 sett under ett er klart høyere enn i 1996. Dette tyder på at det har vært produktivitetsvekst i perioden, noe som også er dokumentert av andre (Hatling et al, 2002).
- Økning i antall direkte tiltak per fagårsverk kan enten tilskrives økning i antall pasienter per fagårsverk og/eller økning i antall direkte tiltak per pasient. Resultatene viser at antall pasienter per fagårsverk er klart høyere i perioden 1997-2000 enn i 1996. Om noe, så finner vi en nedgang i antall konsultasjoner per pasient. Vi finner altså ikke en vridning i praksis ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i retning av mer omfattende pasientbehandling etter omleggingen av takstsystemet – slik vi i utgangspunktet kunne forvente.

En forklaring på dette kan være de sterke signalene i Opptrappingsplanen for psykisk helse om at antall behandlede pasienter må øke. Dekningsgraden varierte imidlertid betydelig mellom fylkene i 1996. Vi kan spore en tendens til at poliklinikker lokalisert i fylker med lav dekningsgrad i større grad enn poliklinikker lokalisert i fylker med høy dekning prioriterer økning i pasientvolum framfor antall konsultasjoner per pasient etter omleggingen av refusjonssystemet. Forskjeller mellom de to gruppene er imidlertid ikke signifikante.

Den direkte inntektsmessige virkningen av omleggingen i 1997 for poliklinikkene avhang av hvilken praksis poliklinikkene hadde i 1996. Jo høyere gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient poliklinikken hadde, jo mer gunstig var omleggingen. Figur 4.1 viser differanse i refusjonsinntekt per nyhenvisning med gamle og nye takster ved ulike nivå på antall oppfølgingskonsultasjoner per nyhenvisning. Dersom poliklinikken hadde færre enn fire oppfølgingskonsultasjoner per nyhenvisning gikk refusjonsinntekten per pasient ned med de nye satsene. De poliklinikkene som før omleggingen hadde høyt antall konsultasjoner per pasient fikk altså en betydelig økning i refusjonsinntektene uten å endre praksis.



Figur 4.1 Endring i refusjonsinntekt per pasient med gamle og nye takster.

Poliklinikker som taper på omleggingen står overfor andre utfordringer enn poliklinikker som får økt sine inntekter som følge av omleggingen. Vi har undersøkt hvorvidt forskjeller i den direkte inntektsmessige virkningen av omleggingen av takstsystemet har betydning for utviklingen ved poliklinikkene. Vi finner klare forskjeller mellom de som tjener mye og poliklinikker som tjener lite på omleggingen med hensyn til forskjeller i aktivitetsnivå før og etter omleggingen av takstsystemet. Poliklinikker som tjener lite på omleggingen har klart høyere vekst i antall direkte tiltak per fagårsverk enn de som tjener mye. Med unntak for året 2000 er det ikke forskjeller mellom de to gruppene i utviklingen i antall pasienter per fagårsverk. Dette innebærer at de to gruppene har ulik utvikling i antall konsultasjoner per pasient. Poliklinikkene som umiddelbart tjener mye på omleggingen har nedgang i antall konsultasjoner per pasient. Endringer i refusjonssystemet gir svakere incitamenter til produktivitetsøkning hos poliklinikker hvor endringene gir en umiddelbar inntektsøkning.

Det er en positiv samvariasjon mellom antall konsultasjoner per pasient (som bestemmer inntektsvirkningen) og antall konsultasjoner per fagårsverk i 1996. Dersom det er slik at potensialet for produktivitetsøkninger er større for de som ligger lavt med hensyn til antall konsultasjoner per pasient kan dette også bidra til å forklare forskjell i utvikling i aktivitetsnivå mellom de to gruppene.

Det er en svært lav andel av poliklinikkens kostnader som finansieres gjennom refusjonen for nyhenvisninger og oppfølgingskonsultasjoner. Størparten av refusjonsinntektene er knyttet til den såkalte åpningstidstaksten. Jo større andel av kostnadene som finansieres gjennom stykkprisrefusjon, jo mer følsom vil en forvente poliklinikken er i forhold til endringer i systemet, betinget at størrelsen på de polikliniske refusjonene har betydning for poliklinikkens økonomiske rammebetingelser.

Erfaringene kan oppsummeres i at

- det er ikke grunnlag for å si noe entydig om poliklinikkene responderer på endringer i takstsystemet eller ikke
- det er grunn til å tro at inntektseffekten for den enkelte poliklinikk vil ha betydning for om poliklinikkene endrer praksis eller ikke

- det er grunn til å tro at poliklinikkene påvirkes av helsepolitiske signaler som ikke nødvendigvis understøttes direkte av takstsystemet.

Erfaringene tilsier med andre ord at endringer i takstsystemet i størst mulig grad bør understøtte de helsepolitiske målene.

4.4 Aktivitetsbaserte tilskudd – pasient eller konsultasjon?

Ved aktivitetsbasert finansiering kan man velge å gi refusjon per behandlet pasient eller per utført aktivitet (f eks konsultasjon), og det er grunn til å stille spørsmål om *pasient* eller *aktivitet* bør være refusjonsenhet. Fordelen med å bruke pasient som grunnlag for refusjon er åpenbart at det gir et fokus på pasienten mer enn konsultasjoner og andre aktiviteter, at det åpner for å tenke behandlingsepisoder eller behandlingsforløp i stedet for isolerte enkeltaktiviteter og at det gir mulighet for differensiere mellom ulike pasientkategorier.

Dersom den behandlede pasienten er refusjonsenhet må refusjonssatsene for ulike pasientkategorier reflektere kostnadene ved behandlingen. Det må derfor etableres ett sett med ulike pasientkategorier utfra f eks diagnose, alvorlighetsgrad, alder og sosial situasjon, og dernest tilstrebe pasientkategorier med mest mulig homogene pasienter mht det behandlingsomfang eller den ressursinnsats som de mottar.

I Norge er pasientklassifisering og kostnadsvektorer knyttet til pasientkategorier først og fremst kjent fra DRG-systemet for somatiske døgnpasienter. I DRG-systemet er det også noen få kategorier for psykiatriske pasienter, men dette er svært grove kategorier. For psykisk helsevern har det internasjonalt vært foretatt flere forsøk på pasientklassifisering, og enkelte prosjekter er fullført (se Ulleberg et al (1998) for en oversikt). For tiden pågår det utviklingsarbeid både i Canada (Resident Assessment Instrument – Mental Health Project) og i USA (PsychPPS Project Work Plan, National Association of Reimbursement Officers) mht utvikling av systemer for pasientklassifisering med tanke på å bli brukt i finansiering av sykehus (døgnbaserte tjenester). I Sverige pågår et arbeid i regi av Landstingsforbundet hvor siktemålet er å beregne kostnad per *pasient* for ulike pasientgrupper. Dette omfatter også poliklinisk tilbud (se eventuelt www.lf.se).

Det synes med andre ord som om mye av det utviklingsarbeidet som pågår er rettet mot døgnbaserte tjenester. For mange pasienter vil det være en vurderingssak på hvilket omsorgsnivå behandlingen skal gis, og utbygging av ambulante akutteam kan f eks forebygge innleggelse i en del tilfeller. Helseforetakene kan derfor selv til en viss grad påvirke omsorgsnivået for pasientene. I tillegg er psykisk helsevern preget av behandlingsforløp med påfølgende og i noen tilfeller samtidige tilbud fra ulike omsorgsnivå. Dersom en skal utvikle et pasientklassifiseringssystem til bruk i Norge synes det derfor å være gode grunner til å se poliklinisk behandling i sammenheng med dagbehandling og døgnbehandling. Et finansieringssystem kan selvsagt skille mellom pasienter som mottar døgnbasert behandling på den ene siden og polikliniske pasienter på den andre siden, men det synes fornuftig å se behandlingssystemet i sammenheng når man skal komme frem til et pasientklassifiseringssystem som skal predikere behandlingens kostnader på en tilfredsstillende måte.

Det å utrede et pasientklassifiseringssystem for poliklinikker som igjen kan gi grunnlag for takster per pasient, er et stort og viktig utredningsarbeid i seg selv – og ligger utenfor rammen av dette utredningsarbeidet. Dagens polikliniske refusjonssystem bygger på refusjon for utførte enkeltaktiviteter, og i fortsettelsen fokuserer vi på hvordan dette prinsippet kan videreføres på en hensiktsmessig måte.

4.5 Erfaringer fra staten New York

I Boyer & Mechanic (1994) er det utførlig drøftet erfaringer etter innføring av et ambisiøst program for finansiering av akuttpsykiatri i somatiske sykehus, hvor en også prøvde å utvikle bedre pasientklassifiseringssystemer. Polikliniske tjenester var også en del av dette programmet. Man hadde fire målsettinger med prosjektet; øke tilgangen til akuttpsykiatri i

somatiske sykehus, endre liggetider (reducere lange og utvide svært korte), bedre kontinuitet mellom sykehusbehandling og poliklinisk behandling, samt bedre tilgangen til polikliniske tjenester for de alvorligst syke og dermed redusere reinnleggelses i døgnavdeling. Erfaringene med reformen må oppsummeres som negative i den forstand at man ikke nådde de målene man hadde satt seg. Etter vår vurdering er en del av de beskrevne erfaringene relevante i forhold til endret finansiering av poliklinikker og mulige effekter av dette:

- En generell støtte til et finansieringssystem på foretaksnivå er ikke tilstrekkelig for å oppnå endringer på tjenestenivået.
- Implementering av et komplekst finansieringssystem krever kontinuerlig oppfølging fra de som utformer systemet og utbetaler refusjoner, til administrativt nivå i foretakene. Kobling mellom aktivitet og inntekt må synliggjøres.
- Behandlere på tjenestenivået (både døgn og poliklinisk) må ha kjennskap til formålet med endret finansieringsordning og involveres i å implementere praksisendringer. Dette er særskilt viktig ved endringer på tvers av omsorgsnivå og enhetsnivå.
- En kombinasjon av straff og belønning er nødvendig for å endre foretakenes praksis. Et foretak må stå overfor et potensielt tap ved uendret adferd. Kun belønning er ikke tilstrekkelig for å oppnå atferdsendringer.
- Hvis incitamentene skal ha noen kraft må det være en direkte link mellom enheten som utfører endringen og belønningen. Dersom endret praksis fører til ressursbesparelse innen den psykiatriske delen av et foretak, mens gevinsten beholdes på et høyere administrativt nivå, gir det liten eller ingen stimuli til det nivået som har gjennomført endringene. Tilsvarende hvis gevinster forsvinner som følge av generelle nedskjæringer (grunnet f eks underskudd i andre deler av institusjonen), mister incitamentene sin kraft.
- Psykisk helsevern utgjorde i New York en mindre del av sykehusene samlede virksomhet. Endringer i finansieringssystemet for annen virksomhet enn psykisk helsevern, gjorde at fokus ble flyttet vekk fra det særskilte finansieringsopplegget for psykisk helsevern. Dette bidro til at de særskilte incitamentene for psykisk helsevern "druknet" i andre incitamentene, noe som igjen bidro til at målene ikke ble nådd. Det er med andre ord nødvendig å monitorere det samlede opplegget for finansiering av foretakenes virksomhet.
- Svakheter og mangler i regelverk/retningslinjer vil bli utnyttet. Sykehusene vil utnytte svakheter i systemet for å sikre egen stabilitet og overlevelse gjennom inntektene.

4.6 Oppsummering

Finansieringssystemet kan i prinsippet rettes inn mot de fire formålene kostnadskontroll, aktivitet, produktivitet og prioritering (mellom pasientbehandling og andre aktiviteter, og mellom pasientgrupper). Finansiering som særskilt virkemiddel for poliklinikkene kompliseres av at poliklinikkene inngår i større organisasjoner som igjen kan velge ulike styringsmodeller. Valg av styringsmodell vil påvirke effekten av finansieringsordningen. Vi tar utgangspunkt i at poliklinikkene dekker sine utgifter utfra en ramme fra foretaket (eventuelt fra annen overordnet enhet innen et foretak), i tillegg til særskilte øremerkede tilskudd (polikliniske refusjoner) fra staten. Vi deler øremerkede tilskudd inn i øremerkede årsverkstilskudd (jfr årsverkstakst eller åpningstidstakst) og aktivitetsbaserte tilskudd (jfr henvisningstakst og konsultasjonstakst).

I prinsippet har de ulike tilskuddsformene følgende effekter:

- Rammetilskudd gir full kostnadskontroll, mens øremerket tilskudd gir redusert kostnadskontroll.
- Rammetilskudd er nøytralt i forhold til prioritering av psykisk helsevern i forhold til andre tjenesteområder. Det stimulerer i begrenset grad til økt aktivitet og isolert sett ikke til økt produktivitet.

- Øremerkede årsverkstilskudd gir incitament for helseforetakene til å øke det polikliniske tilbudet i psykisk helsevern, men det er nøytralt i forhold til hvordan poliklinikkene prioriterer mellom ulike aktiviteter eller pasientgrupper. Det stimulerer til økt aktivitet og under visse forutsetninger også til økt produktivitet.
- Øremerkede aktivitetstilskudd gir incitament for helseforetakene til å øke det polikliniske tilbudet i psykisk helsevern, og det påvirker også hvordan poliklinikkene prioriterer mellom ulike aktiviteter eller pasientgrupper utfra takstenes utforming. Det stimulerer til økt aktivitet og til økt produktivitet.

Erfaringene fra tidligere takstendringer er at vi generelt ikke kan spore forventet effekt av endringene i 1997 for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker sitt vedkommende. Analysene indikerer imidlertid at inntektseffekten av takstendring kan ha betydning for om takstene påvirker poliklinikkene eller ikke. Kommer poliklinikkene ut med lavere inntekt enn før ved samme praksis som før, vil de ha incitament til å endre praksis. Resultatene kan tolkes som at tydelige helsepolitiske signaler påvirker poliklinikkene. Det synes derfor å være et viktig poeng at de signaler som ligger i et aktivitetsbasert inntektssystem i størst mulig grad understøtter de helsepolitiske målene for psykisk helsevern og poliklinikkene spesielt.

Dokumenterte erfaringer fra staten New York tyder på at det er spesielt viktig å sikre forbindelsen mellom det sentrale nivået (hvor signalene gis og tilskuddene utbetales) og poliklinikkene hvor beslutningene om hvilke pasienter som skal behandles og hvilke aktiviteter skal utføres tas.

På sikt synes det fornuftig å utrede et pasientklassifiseringssystem for poliklinikker som igjen kan gi grunnlag for takster per pasient, heller enn takster per aktivitet. Fordelen med å bruke pasient som grunnlag for refusjon er åpenbart at det gir et fokus på pasienten mer enn konsultasjoner og andre aktiviteter, at det åpner for å tenke behandlingsepisoder eller behandlingsforløp i stedet for isolerte enkeltaktiviteter og at det gir mulighet for differensiere mellom ulike pasientkategorier. Å lage et pasientklassifiseringssystem er imidlertid et stort og viktig utredningsarbeide i seg selv – og ligger utenfor rammen av dette prosjektet. Dagens polikliniske refusjonssystem bygger på refusjon for utførte enkelt aktiviteter og i fortsettelsen fokuserer vi på hvordan dette prinsippet kan videreføres på en hensiktsmessig måte.

5 Kjennetegn ved poliklinisk virksomhet

5.1 Aktivitet

Aktivitetsregistreringen for poliklinikkene våren 2002 viser at poliklinikkene bruker mellom 70 og 80 prosent av tiden på enten direkte eller indirekte pasientrelatert arbeid (rapport under publisering). Det er enkelte systematiske forskjeller mellom poliklinikker innen psykisk helsevern for barn- og unge (BUP) og for voksne (VP). Voksenpsykiatriske poliklinikker bruker noe mer tid på pasientrelatert arbeid, og det skyldes i stor grad at de bruker mer tid direkte sammen med pasienten (36 mot 26 prosent). Av pasientrelatert arbeid bruker VP mye tid på individualterapi, mens BUP har en tidsbruk som reflekterer en mer sammensatt behandlingmessig tilnærming. Av annet pasientarbeid bruker BUP noe mer tid på reiser, samarbeid med 1. linjetjenesten og interne møter, sammenlignet med VP. For en nærmere dokumentasjon viser vi til vedlegg 4 til rapporten.

Tabell 5.1 For terapeutisk personell i voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, prosent tid anvendt på ulike aktiviteter i en 14-dagers periode våren 2002.

	BUP	VP
Pasientrelatert tid	70 %	78 %
- direkte pasientrelatert arbeid	26 %	36 %
- annet pasientrelatert arbeid	44 %	42 %
Ikke pasientrelatert arbeid	30 %	22 %
Sum	100 %	100 %

Analyser av sammenhengen mellom tidsbruk og produktivitet viser en tendens til at høy andel direkte pasientrelatert arbeid er assosiert med noe høyere produktivitet målt som tiltak per fagårsverk. Det generelle inntrykket er imidlertid at det er liten systematisk sammenheng mellom tidsbruk og produktivitet (Hatling et al, 2002).

Aktivitetsregistreringen for 2002 viser ellers at det er en klar sammenheng mellom tid til kompetansehevende arbeid og direkte pasientkontakt. Når tid til direkte pasientrelatert arbeid øker, reduseres poliklinikkens tid på kompetansehevende arbeid. Dette gjelder både barne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske poliklinikker.

For barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker viser aktivitetsregistreringen ellers enkelte forskjeller mellom team med ulike målgrupper eller funksjoner:

- I hovedsak er fordelingen av tid på de to hovedkategoriene pasientrettet arbeid og ikke pasientrettet arbeid lik for de ulike teamene, men allmennpsykiatriske team for unge har en noe høyere andel tid til pasientrettet arbeid enn øvrige teamtyper.
- Familieteam bruker relativt sett mye tid til direkte pasientrelatert arbeid, mens allmennpsykiatriske team bruker relativt sett mye tid til annet eller indirekte pasientrelatert arbeid.

- Omlag tre prosent av tiden brukes til reise og mellom tre og fire prosent av tiden brukes til konsultasjoner med 1. linjetjenesten. Her er det liten variasjon mellom teamtypene.
- Utenom direkte pasientrelatert arbeid brukes det relativt sett mye tid på journalføring, kompetansehevedende tiltak og interne møter.

For voksenpsykiatriske poliklinikker viser aktivitetsregistreringen også enkelte forskjeller mellom teamtypene:

- I hovedsak er fordelingen av tid på de to hovedkategoriene pasientrettet arbeid og ikke pasientrettet arbeid lik for de ulike teamene, men rusteam har en noe lavere andel tid til pasientrettet arbeid.
- Alderspsykiatriske team skiller seg ut med å bruke relativt sett mindre tid på direkte pasientrettet arbeid og mer tid på indirekte arbeid som samarbeid med 1. linjen. Også rusteam og PUT bruker relativt sett mer tid på indirekte pasientrettet arbeid.
- I gjennomsnitt brukes omlag to prosent av tiden til reise, men alderspsykiatriske team bruker over seks prosent. I underkant av tre prosent av tiden brukes til konsultasjoner med 1. linjetjenesten, men også her skiller alderspsykiatriske poliklinikker seg fra de andre med en høyere andel.
- Utenom direkte pasientrelatert arbeid brukes det relativt sett mye tid på journalføring, kompetansehevedende tiltak og interne møter.

5.2 Utgifter og finansiering

Utgiftene til poliklinisk virksomhet har vært finansiert via flere kilder, men fylkeskommunal driftsstøtte (dvs skatt og rammetilskudd) har gitt det største bidraget. Fra 2002 er dette erstattet med driftsstøtte fra helseforetakene.

Tabell 5.2 Finansiering av poliklinikker. Standardavvik i parentes. 2000. (Kilde: SAMDATA Psykisk helsevern)

	BUP	VP
Fylkeskommunal driftsstøtte	46 % (15)	57 % (12)
Polikliniske refusjoner	38 % (6)	32 % (9)
Polikliniske egenandeler	0 % (0)	4 % (2)
Andre statlige tilskudd	11 % (11)	3 % (5)
Refusjon sykepenger	4 % (4)	3 % (2)
Andre inntekter	1 (%) (2)	1 % (2)
Sum	100 %	100 %

Tall for 2000 viser at 46 prosent av utgiftene ved BUP-poliklinikker ble dekket av fylkeskommunalt driftstilskudd, mens tilsvarende tall for VP var 57 prosent. "Andre statlige tilskudd" er hovedsakelig tilskudd gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse, og det kan være noe ulik praksis mht om disse inntektene føres i institusjonenes regnskap eller ikke. Når dette er høyere for BUP enn VP kan det tas som et uttrykk for at økt poliklinisk kapasitet i BUP har vært prioritert mange steder som en del av opptappingsplanen.

Det som derfor er et hovedpoeng er at polikliniske refusjoner dekker omlag en tredel av utgiftene. Andelen er noe høyere for BUP enn VP (38 mot 32 prosent). Forskjellen er imidlertid liten når vi tar hensyn til egenandeler (4 prosent for VP).

Det at VP bruker mer tid til direkte pasientarbeid trekker isolert sett i retning av at refusjonsandelen for VP burde være høyere enn BUP. Når andelen er lavere kan det skyldes at

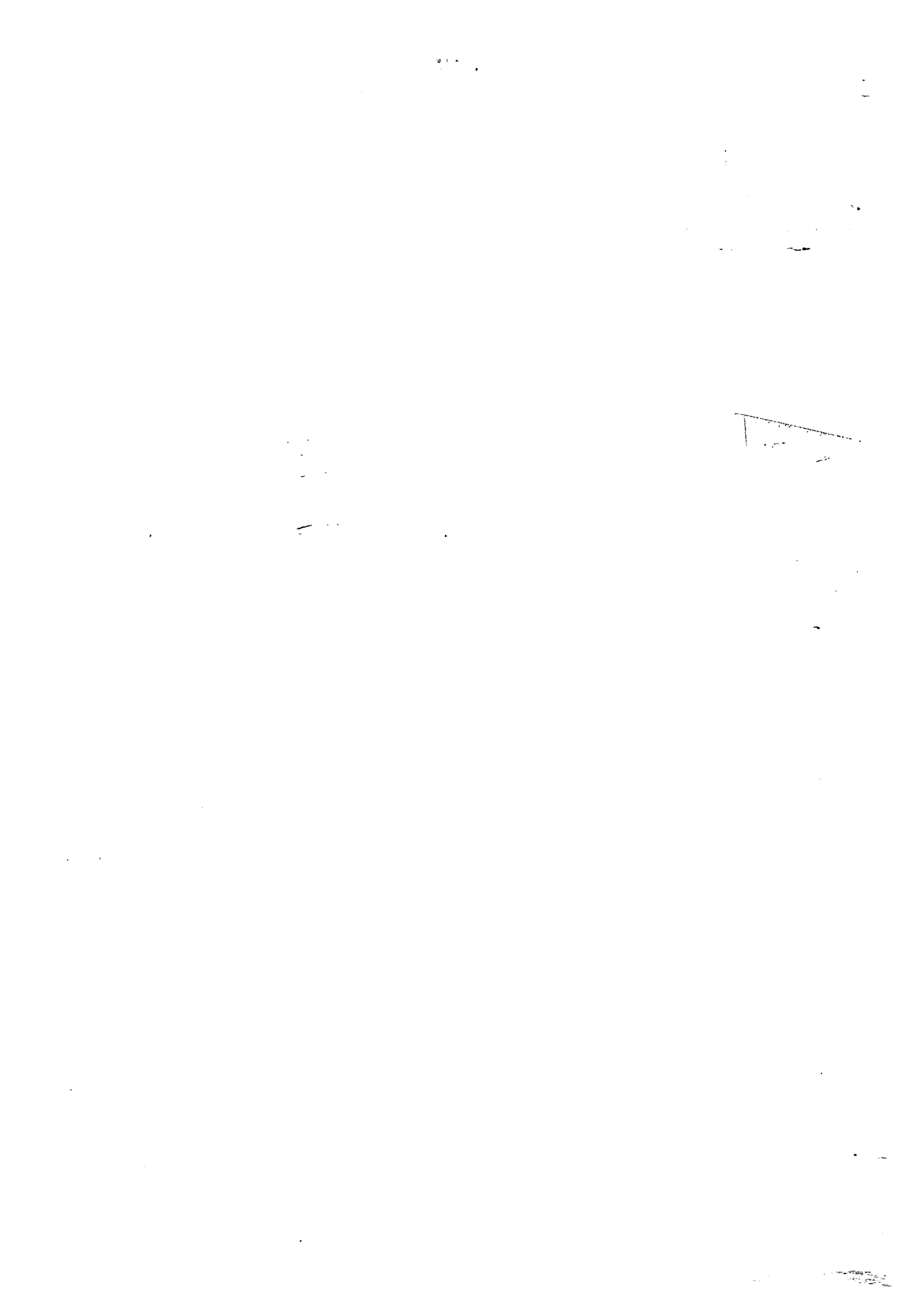
BUP-satsene gir en bedre kostnadsdekning enn i VP. Ansatte ved VP-poliklinikker har i mange sammenhenger tilsynsoppgaver ved døgn- og dagavdelinger ved DPS'er. Dette gir i utgangspunktet ikke poliklinisk refusjon og kan være en forklaring på lavere andel.

I tabellen nedenfor viser vi hvor stor andel de tre taksttypene utgjør av de polikliniske refusjonene for et utvalg av poliklinikker.

Tabell 5.3 Refusjonsinntekter etter taksttype (basert på tall innhentet fra et utvalg poliklinikker i 2001).

	BUP	VP
P03a/P01a (Henvisningstakst)	4 %	10 %
P03b/P01b (Årsverkstakst)	85 %	64 %
P03c/P01c (Konsultasjonstakst)	11 %	26 %
Sum	100 %	100 %

Det er årsverkstaksten som har klart størst betydning som inntektskilde, og den utgjør en høyere andel for BUP enn VP – noe som reflekterer en lavere andel direkte pasientarbeid, jfr aktivitetsregistreringen over. Det er imidlertid grunn til å legge merke til at henvisningstakst og konsultasjonstakst for begge dekker en liten andel av poliklinikkenes *utgifter*. For BUP utgjør de aktivitetsbaserte takstene kun 15 prosent av refusjonsinntektene, og det innebærer at de kun dekker seks prosent av de samlede *utgiftene*. Tilsvarende for VP utgjør de aktivitetsbaserte takstene kun 36 prosent av refusjonsinntektene, og dekker dermed kun 12 prosent av *utgiftene*.



6 Aktiviteter ved poliklinikkene

Poliklinisk aktivitet kan beskrives utfra flere aspekter og det finnes ingen entydig kategorisering av de ulike aktivitetene. Vi har valgt å dele inn en poliklinikk sitt arbeid i fem hovedformer; pasientbehandling, samarbeid, kompetanseutvikling, ledelse og annet. Disse vil ikke være gjensidig utelukkende, for eksempel vil en ofte ha både internt og eksternt samarbeid knyttet til pasientbehandling. Vi drøfter imidlertid koplingen mellom disse hovedkategoriene underveis.

Når aktiviteter potensielt skal kunne gi grunnlag for refusjon, er det viktig å klargjøre hvilket *formål* aktivitetene har og *omfanget av tidsbruk* for ulike aktiviteter. Tidsbruk er viktig ved beregning av hva aktivitetene koster og dernest for fastsetting av refusjonssats. Aktivitetenes formål er viktig for fastsetting av hvilke typer aktiviteter som man ønsker å stimulere gjennom en særskilt refusjonssats. I denne gjennomgangen av poliklinikkens aktiviteter vil vi sørtere i forhold til formål og tidsbruk. Beregning av kostnader og refusjonssats vil vi komme tilbake til i senere kapitler – i dette kapitlet er vi spesielt interessert i å komme frem til de aktivitetene hvis formål det kan være ønskelig å ha en særskilt refusjonssats for. Kapitlet bygger i sin helhet på vedlegg 5 som inneholder en bred drøfting av poliklinisk aktivitet.

6.1 Pasientbehandling

Denne hovedformen for aktivitet kan igjen dekomponeres langs flere dimensjoner:

- Hvilken fase i pasientbehandlingen er dette knyttet til; inntaksfasen, utredningsfasen, behandlingsfasen eller avslutningsfasen? Dagens takstsystem har en egen starttakst, sannsynligvis for å kompensere for det ekstra arbeidet som ligger i oppstarten av en konsultasjonsserie. Samtidig har en ingen egen takst for utredninger, selv om slike kan være meget ressurskrevende. En har heller ingen takst som premierer at behandlingen avsluttes, en takst som kan begrunnes i to forhold; merarbeidet knyttet til dette – bl.a. epikriseskriving, og at det stimulerer til å vurdere avslutning av et behandlingsforløp for å ta inn nye.
- Hvilken behandlingsform er det? I den grad det går an å skille disse meningsfullt fra hverandre; innsiktsorientert langtidsterapi eller korttids psykoterapi? Med en kognitiv, psykodynamisk eller atferdsterapeutisk tilnærming? Individualterapi, familieterapi eller gruppeterapi?
- Er dette aktivitet en gjør sammen med pasienten, eller noe en gjør uten pasienten til stede? En viktig aktivitet mht. det siste punktet er journalføring/epikrisearbeid. Det brukes mye tid på dette, og er samtidig viktig med tanke på dokumentasjon/rettssikkerhet/samarbeid mot andre instanser (epikrise).
- Foregår aktiviteten på poliklinikken, er det i form av hjemmebesøk eller anvender en teknologi (alt fra telefon til interaktiv videokonferanse)?
- Hvem er pasienten? Foregår pasientbehandlingen overfor et enkeltindivid, par eller familier/andre grupper? Hvilken diagnose/hvilket problem har vedkommende? Eller sagt på en annen måte – skal poliklinikkene prioriteres i forhold til noen pasientgruppe, og da andre enn de tilbyr tjenester til i dag (jfr. Hagen (2001) som hevder at de "tyngste"

pasientene får dårligere tilbud når poliklinikkene bygges ut og døgntjenester bygges ned)?

- Grad av samarbeid. På poliklinikken - hvor mange utfører behandlingen - individual-samtaler med en behandler til stede i den ene enden, reflekterende team med tre/fire behandlere overfor familier i den andre? Med andre instanser - intet samarbeid til omfattende arbeid med flere instanser i førstelinjen til stede i ansvarsgrupper
- Hvem utfører behandlingen - universitetsprofesjonene og/eller høyskoleprofesjonene?
- Arbeidsdeling mellom behandlingspersonale og merkantilt personale?

For sammenligningens skyld har Ruud, Husby og Sørensen (1997 - se vedlegg 4) delt det pasientrettede arbeidet inn i sju hovedkategorier: Utredning, biologisk behandling, psykologisk behandling, familie og nettverk, sosiale tiltak, pedagogiske tiltak, indirekte pasientarbeid. Hver av disse har 6-8 underkategorier og er nærmere beskrevet i vedlegg 4. Denne inndelingen er ikke en måte aktiviteten er inndelt på i de pasientadministrative systemene, hverken i tjenestene for voksne eller barn og unge (selv om enkelte av kategoriene gjenfinnes). Hvis dette skal være gjenstand for særegne takster fordrer det i første omgang en betydelig omforming av lokale rapporteringsrutiner og endringer i de pasientadministrative systemene.

I forhold til å komme frem til aktiviteter som det kan være aktuelt å knyttet særskilte takster til, kan noen av noen av dimensjonene beskrevet ovenfor elimineres:

- Arbeidsdelingen mellom behandlere og merkantilt personell er poliklinikkens eget ansvar i forhold til hva som lokalt fremstår som formålstjenlig og effektivt. Det synes ikke å være noen grunn til å lage takster som påvirker denne arbeidsdelingen særskilt.
- Det synes ikke å være grunn til å lage et skille mellom hvilken profesjon som utfører behandlingen, så lenge behandlerne har refusjonsrett.
- Det synes ikke å være noen grunn til å skille mellom ulike behandlingstilnærminger (f.eks. kognitiv terapi vs. innsiktsorientert langtidsterapi).

De viktige dimensjonene ved pasientbehandling blir da for det første skillet mellom de ulike fasene i forløpet:

- Oppstarten i behandlingen jfr dagens førstegangstakst.
- Oppfølgende behandling, herunder utredning. Noen former for utredning er mer krevende; f.eks. tester hvor resultatene skal tolkes. Ulempen ved å eventuelt skille utredning ut som en egen aktivitet er at en her raskt vil komme inn i utfordringer knyttet til grenseoppganger (f.eks. i forhold til faglig samarbeid ved kompliserte tilfeller). I tillegg har utredning og konsultasjoner samme karakter - fortløpende konsultasjoner.
- Avslutning - som bl a er ønskelig for å stimulere for å øke gjennomstrømning

Det kan vurderes om det skal lages et skille mellom oppfølgende behandling som gis som individualterapi kontra gruppeterapi. I gruppeterapi er det ofte to behandlere til stede, og hver behandling tar som regel tar lenger tid enn individuelle konsultasjoner. Det samme kan vurderes mht familiebehandling innen psykisk helsevern for barn og unge.

Når det gjelder behandlingssesjoner hvor det er nødvendig med tolk, er dette først og fremst et spørsmål om tid som går med i forhold til å organiserer tolkens deltagelse og utgiftene til selve tolketjenesten.

Likeledes er spørsmålet om behandlingen foregår hjemme hos pasienten eller på poliklinikken et spørsmål om tid og kostnader knyttet til dette. Ansvarsgruppearbeid hvor pasienten er til stede faller inn under samme kategori.

Et viktig spørsmål er om takstene kun skal favorisere direkte pasientbehandling, det vil si arbeid hvor pasienten er til stede? Indirekte pasientarbeid er vanskelig å avgrense, men samtidig er det dokumentert at det å arbeide med familie og sosialt nettverk er klinisk ønskelig (MST og PMT). En annen innfallsvinkel til dette er konsultasjon versus annen opp-

følging. Enkelte pasienter krever mye oppfølging mellom konsultasjoner. Bli disse uten et honoreringssystem gitt suboptimal behandling? Dette er det på den andre side neppe mulig å avgrense – både i forhold til identifisering av slike "grupper" og i forhold til hva som ansees som faglig nødvendig av oppfølging.

6.2 Samarbeid

Samarbeid er framhevet som en viktig del av poliklinikkens måte å arbeide på (jfr kapittel syv). I de tidsregistreringene vi har gjennomført har vi skilt mellom internt og eksternt samarbeid. Internt samarbeid er noe det brukes mye tid på. Hvis en avgrenser det til møtetid er for tjenester til barn og unge om lag 14% av tiden belagt til dette, 9% pasientrelatert, 5% Ikke pasientrelatert. For tjenester for voksne er tallene henholdsvis 12%, 7% og 5%. Eksternt samarbeid er en aktivitet poliklinikkens behandlere bruker lite tid på, for tjenester til barn og unge er om lag 6% av tiden belagt til dette, 5% pasientrelatert, 1% Ikke pasientrelatert. For tjenester for voksne er tallene henholdsvis 6%, 4% og 2%. For barn og unge er samarbeidet noe mer rettet mot 1. linjetjenesten enn mot spesialisthelsetjenesten, for voksne er det likt.

Samarbeid kan med fordel dekomponeres langs flere dimensjoner enn intern/ekstern:

- Hvor skjer samarbeidet? Internt på poliklinikken, internt i organisasjonen (mellom poliklinikken og resten av DPS/klinikk), mot andre deler av spesialisthelsetjenesten eller mot førstelinjetjenesten?
- Grad av formalitet i samarbeidet? Faste møter f eks hver 6. uke med førstelinjetjenesten eller ukentlige teammøter hvor en drøfter behandling – eller ad hoc samarbeid f eks med andre behandlere på poliklinikken for drøfting av medikasjon eller et enkeltmøte med psykiatrisk sykepleier i kommunen om en pasient?
- Formålet med samarbeid? Utforming/gjennomføring av behandling i forhold til en enkelt-pasient (f.eks. ansvarsgrupper) eller grupper av pasienter (hva gjør vi i forhold til pasienter med spiseforstyrrelser?), kompetanseheving (i form av undervisningsopplegg eller veiledning som del av samarbeidsmøter) eller generelt samarbeid (f eks om ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og poliklinikken)?

På samme måte som for pasientbehandling har Ruud, Husby og Sørensen (1997 – se vedlegg 4) operasjonalisert andre deler av det polikliniske arbeidet. Samarbeid kan sies å falle innen to av deres kategorier; Samarbeid med brukergrupper og organisasjoner og Planlegging/utredning. Disse er ikke definert ytterligere, men hver av de to er igjen delt inn i 6-7 underkategorier.

Faglig sett er det en form for samarbeid som er både ønskelig og nødvendig, nemlig planlagte samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten knyttet til konkrete pasienter. Spørsmålet om hvor samarbeidet foregår er først og fremst et spørsmål om tid og kostnader knyttet til aktiviteten.

Samarbeidsformer som er ønskelige (ihvertfall i et visst omfang), men som det er svært vanskelig å avgrense er *internt* samarbeid rundt enkeltpasienter (annet enn når begge inngår i selve konsultasjonen). Dette dreier seg også om opplæringsfunksjonen (mester/svenn). En annen kategori er uformelt samarbeid mot 1. linjen (f eks telefoner).

6.3 Kompetanseutvikling

Dette er et område som i følge statlige styringssignaler (jfr kapittel syv) er en viktig del av poliklinikkens virksomhet, både mht behovet for kompetanse i forhold til enkelte pasientgrupper, overfor samarbeidsinstanser (særlig kommunene) og generell kompetanseheving. Dette er en aktivitet poliklinikkens behandlere i følge tidsbruksundersøkelsen 2000 bruker betydelig tid på. Hvis en legger sammen tid bruk til å gi og motta faglig veiledning samt kurs/studier av faglitteratur bruker en for tjenester for barn og unge 8% av tiden til pasient-

relatert og 10% av tiden til Ikke pasientrelatert kompetanseheving. De tilsvarende tallene for tjenester for voksne er henholdsvis 8% og 9%. Slik kategoriene er utformet er dette i all hovedsak intern kompetanseheving. I likhet med de øvrige områdene kan det også være et poeng å dekomponere dette langs ulike dimensjoner :

- Intern eller ekstern kompetanseheving - undervisningsopplegg overfor førstelinjetjenesten og/eller internundervisning på poliklinikken
- Generell eller spesiell kompetanseheving - skal en øke andelen med spesialistkompetanse (i hovedsak profesjonsspesifikk), i forhold til tilnærming - (f.eks. familierterapi/gruppeterapi) og/eller skal en øke kompetansen i forhold til lidelser (f.eks. spiseforstyrrelser)?
- Formal eller realkompetanse - en del av kompetansehevingen tilbys gjennom formaliserte utdanninger (jfr. Helsetilsynets ikke publiserte utredning), men en betydelig mengde skjer også gjennom mindre etterutdanningsopplegg samt kurs og konferanser.

På samme måte som for pasientbehandling og samarbeid har Ruud, Husby og Sørensen (1997 - se vedlegg 4) operasjonalisert også denne delen av det polikliniske arbeidet. Kompetanse faller innen to av deres kategorier; lede/gi kompetansebyggende tiltak og motta/delta i kompetansebyggende tiltak. Disse er heller ikke definert ytterligere og er delt inn i stort sett de samme åtte underkategorier.

Belastningene mellom poliklinikkene er høyst ulik når det gjelder formalisert kompetanseutvikling. Vi har ennå ingen detaljert kunnskap over spredningen, men antar at poliklinikker tilknyttet utdanningsinstitusjoner (universitet) og mindre distriktspoliklinikker har høyere belastning. De siste grunnet at muligheten til å ta videreutdanning er et viktig rekrutteringsvirkemiddel. En særskilt utfordring knytter seg til lederskolering, hvor poliklinikkene generelt har svak formell lederkompetanse.

Det er vanskelig å se hvordan et aktivitetsbasert finansieringssystem på en god måte kan omfatte en intern kompetanseutviklingsfunksjon, og det er usikkert om det i det hele tatt er ønskelig. I fortsettelsen betraktes intern kompetanseutvikling som en del av helseforetakenes overordnede ansvar, dvs å avgjøre hvor stor del av regionens/helseforetakets kompetansehevingsbehov den enkelte poliklinikk skal ivareta og sette av ressurser i forhold til dette.

Det kan imidlertid vurderes særskilt hvorvidt det er ønskelig å premiere ekstern kompetanseheving, særlig mot førstelinjetjenesten jfr nasjonale helsepolitiske mål.

6.4 Ledelse

Ruud, Husby og Sørensen (1997 - se vedlegg 4) har operasjonalisert også denne delen av det polikliniske arbeidet, under headingen Administrativt arbeid, uten ytterligere definisjon. Denne er igjen inndelt i syv underkategorier.

Fra sektoren får vi tilbakemeldinger om at det er for lite ressurser satt av til ledelse, de er i for stor grad bundet opp i behandlingsoppgaver. Samtidig fokuserer "Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker" særlig på ledelse som et virkemiddel i å videreutvikle poliklinikkene. Det er også grunn til å anta at et refusjonssystem fordrer lokal ledelsesoppfølging for at det skal få ønsket effekt.

Det er vanskelig å se hvordan ledelse kan bygges inn i et takstsystem med egne takster. Derimot bør det argumenteres for at dette er et eieransvar, og at det bør settes av tilstrekkelige ressurser til at denne aktiviteten kan ivaretas.

6.5 Annet

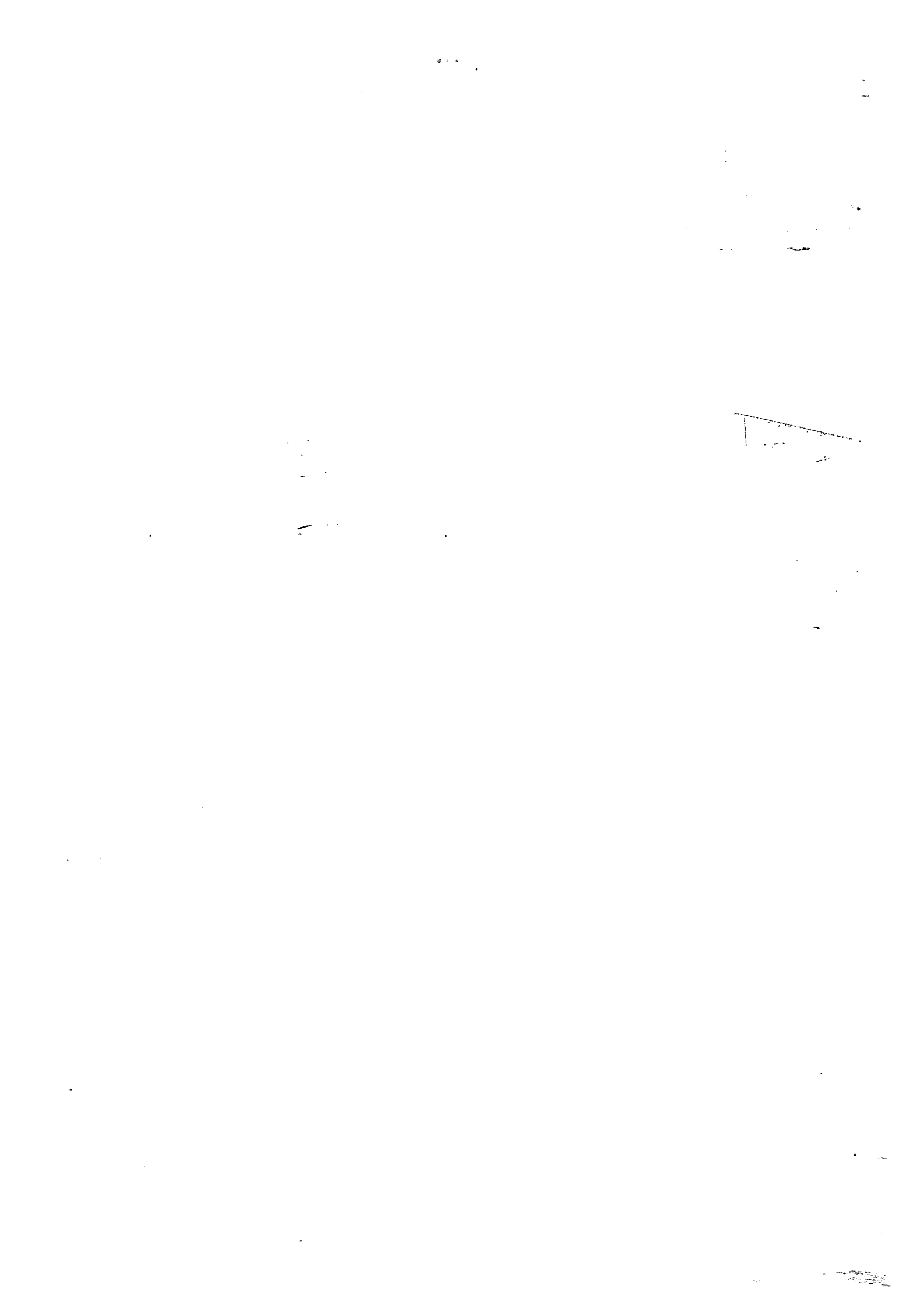
I Ruud, Husby og Sørensen (1997 – se vedlegg 4) gjenstår opplysningsarbeid i denne kategorien, og denne er inndelt i syv underkategorier. Dette er i stor grad kategorier som dekker det en kan kalle primærførebyggende arbeid, og i følge statlige signal ikke noe poliklinikkene skal prioritere.

6.6 Oppsummering - kategorier aktivitet

Basert på gjennomgangen ovenfor har vi laget en skjematisk fremstilling av poliklinikkens aktiviteter. I tabellen nedenfor har vi delt hovedkategoriene av aktiviteter inn i underkategorier, som igjen er delt inn i nye underkategorier. Tankegangen er at det fra f eks hovedkategorien pasientbehandling skal være mulig å dele aktivitetene inn i underkategorier. Hvilke aktiviteter (og på hvilket nivå) som skal inngå i forslagene til refusjonssystem blir diskutert nærmere i kapittel ni. Til kategorien pasientbehandling har vi i tillegg listet opp fire forhold som påvirker tidsbruk og kostnader ved aktivitetene. I et refusjonssystem kan dette håndteres enten gjennom en gjennomsnittsbetraktning eller i form av tilleggstakster. Ved gjennomsnittsbetraktning antar man at variasjon i tidsbruk og kostnader sammenlignet med refusjonssats jevner seg ut over tid for den enkelte poliklinikk. Ved bruk av tilleggstakst gis det en direkte kompensasjon for særskilte forhold. Hvordan variasjon i tidsbruk og kostnader skal håndteres kommer vi tilbake til i beskrivelsen av forslagene.

Tabell 6.1 Kategorisering av poliklinisk aktivitet.

Poliklinisk aktivitet			
Hovedkategori	Underkategori I	Underkategori II	Av relevans for tidsbruk og kostnader
Pasientbehandling	Inntak		Hvor – på poliklinikk eller ambulant?
	Oppfølging	Utredning	Hvem – en eller flere behandlere tilstede? Tolk?
		Behandling	Hva – individuell eller gruppebehandling?
		Eksternt samarbeid (herunder indirekte arbeid hvor pasient ikke er tilstede)	Hvordan – gjennom et møte eller ved bruk av telefon?
	Avslutning	Internt samarbeid	Hvor lenge – konsultasjonens varighet?
Samarbeid	Generelt eksternt samarbeid		
Kompetanse-utvikling	Klinisk videreutdanning	Intern undervisning	
		Veiledning	
	Generell kompetanseheving	Eksterne kurs	
Ledelse			



7 Helsepolitiske føringer

Endringer i det polikliniske refusjonssystemet skal gjenspeile helsepolitiske signaler. I dette avsnittet oppsummerer vi de mest relevante helsepolitiske signaler for poliklinisk drift de siste årene med utgangspunkt i følgende dokumenter:

- Stortingsmelding nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet og Sosialkomiteens innstilling til denne (Innst S nr. 258 1996/97)
- Opptrappingsplanen (St prp nr 63) og Sosialkomiteens Innstilling til denne (Innst S nr. 222 1997/98)
- Lov om spesialisthelsetjenesten.

I tillegg har vi gjennomgått noen dokumenter som omhandler individuell plan (forskrift om Individuell plan I-1028 og Veileder om individuell plan I-1026B og I-1039B). Oppsummeringen bygger for øvrig på vedlegg 5 som gir en mer utførlig gjennomgang og drøfting av dokumentene.

Av styringsdokumenter utgått fra Sosial- og helsedepartementet har vi tilsvarende forholdt oss til Rundskriv I-24/99 Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999 mm, Rundskriv I-61/2000 Takstendringer for offentlige poliklinikker samt Styringsdokument for de regionale helseforetakene for 2002. Dette vil være de viktigste operative dokumentene tjenesteapparatet vil forholde seg til.

Det er unison enighet på tvers av alle helsepolitiske dokumenter om at de psykiatriske poliklinikkene har tre hovedoppgaver; pasientbehandling, samarbeid med andre instanser og egen kompetanseheving.

Når det gjelder **pasientbehandling** er det flere forhold som trekkes fram; det viktigste er økt produktivitet. For det første forventes det at tilbudet skal gis til flere, både ved å øke antallet pasienter behandlet per behandlerårsverk samt via konsultasjoner til 1. linjetjenesten om enkeltklienter. For det andre er det en klar ambisjon at antallet konsultasjoner per behandler skal økes, mest eksplisitt uttalt i St prp. nr 63 (1997/98) som en 50% økning. Enkelte av dokumentene går også inn på innholdet i tilbudet, hvor det tas til orde for et mangfold i tilbudet (både korte og lange konsultasjonsserier, bruk av flere behandlingstilnærminger samt å styrke det ambulante tilbudet).

Samarbeid med andre instanser er særlig knyttet til førstelinjetjenesten. Her omtales flere forhold; et ansvar for kompetanseoppbygging, samarbeid om felles klienter (blant annet gjennom individuell plan), veiledning i forhold til enkeltklienter i førstelinjen og forebyggende innsats (selv om signalene her er motstridende). Det er litt forskjellige instanser som trekkes fram som særlig viktige i de ulike dokumentene, delvis avhengig av hvilke klientgrupper og arbeidsområder som ansees som kjerneområder for det psykiske helsevernet. Flere dokumenter (f.eks. St. prp. nr 63 og Rundskriv I-4/99) viser også til viktigheten av at de polikliniske tjenestene samarbeider med andre deler av 2.linjetjenesten.

Under **egen kompetanseheving** er en særlig opptatt av to forhold; en grunnleggende forutsetning er at behandlerne i de polikliniske tjenestene innehar spesialistkompetanse, og videre at det sikres at det også skjer en kompetanseheving i forhold til spesielle grupper (f.eks. spiseforstyrrelser) og spesielle metoder (f.eks. familierapi/gruppebehandling). En

har ulike modeller for hvordan de to siste kompetansebehovene skal dekkes (gjennom samarbeid mellom ulike enheter/innen den enkelte enhet).

Det er som i liten grad drøftes i offentlige dokumenter er den faglige betydningen av poliklinikkens interne samarbeid, både når det gjelder pasientbehandling og kompetanseheving. Spørsmålet om hva som skal kjenne tegne en poliklinikk til forskjell fra privatpraksis blir derfor til en viss grad ubesvart.

Oppsummert kan en derfor si at de helsepolitiske signalene indikerer at en vil ha "mer av alt". Mens pasientbehandling og samarbeid med 1. linjetjenester er aktiviteter mer eller mindre rettet direkte mot det å nå ut til pasientene, er kompetanseheving en forutsetning for å kunne nå ut med kvalitativt gode tjenester. Alle disse tre oppgavene blir signalisert som viktige aktiviteter. Det er likevel grunn til å si at aktiviteter rettet mot pasientbehandling og bedre tilgang på tjenester fokuseres spesielt sterkt, uten at det dermed sies at det skal gå på bekostning av kompetanseheving.

8 Dagbehandling kontra poliklinisk behandling

Mange poliklinikker er en del av et distriktpsykiatrisk senter eller et sykehus hvor det også er etablert dagavdelinger eller dagposter. I mange tilfeller er det en glidende overgang mellom strukturerte dagtilbud og poliklinisk behandling, og i flere tilfeller er dagavdelinger godkjent som poliklinisk virksomhet. Mange pasienter gjennomgår ulike faser som starter med døgninnleggelse, fortsetter med en fase som dagpasient for deretter å gå over i en fase med regelmessig poliklinisk behandling utført av døgnavdelingens behandlere. Dette skjer både ved døgnavdelinger på sykehus og etter hvert også ved distriktpsykiatriske sentre. Sykehusenes døgnavdelinger har anledning til å kreve inn henvisningstakst /førstegangstakst, mens døgnavdelinger ved DPS ikke er gitt denne muligheten.

I henhold til rundskriv IK-15/2001 fra Statens Helsetilsyn er egnede lokaler og tilfredsstillende bemanning avgjørende for å få godkjenning som poliklinikk. Lokaler for dagavdelinger beskrives i rundskrivet som forskjellige fra poliklinikker fordi de har ulik funksjon. Dagavdelinger har vanligvis lokaler for ulike aktiviseringstilbud, mens poliklinikkene først og fremst har behandlerkontorer. Mange dagavdelinger har imidlertid endret karakter de siste ti årene ved at behandlingstilbudet har dreid fra mer tradisjonell dagsentervirksomhet til strukturerte behandlingsopplegg med bl a krav om oppmøte til faste ukentlige tider. Utviklingen tilsier derfor at behandlingstilbudet i mange dagavdelinger i flere henseende har nærmet seg poliklinikkens tilbud, slik at det er en glidende overgang. Samtidig er det en begrepsmessig forskjell i den forstand at mange strukturerte dagbehandlingstilbud består av polikliniske konsultasjoner i en oppstartsfase etterfulgt av et lengre konsentrert dagbehandlingstilbud, for så å bli etterfulgt av poliklinisk oppfølging av mer langvarig karakter, men da med vesentlig lengre tidsmessig mellomrom.

Vi ser med andre ord en fremvekst av dagbehandlingstilbud integrert med polikliniske tjenester, samtidig som enkelte dagavdelinger organiserer dagbehandlingen som del av godkjente poliklinikkens virksomhet. Tanken om behandlingsskjeder som ligger til grunn for utviklingen av denne typen tilbud er i tråd med målene i Opptappingsplanen. Fremveksten av nye dagbehandlingstilbud, og det faktum at ulike typer døgnavdelinger har innslag av pasienter som befinner seg i en poliklinisk fase, gjør det påkrevet å gi en så klar definisjon av refusjonsberettiget poliklinisk virksomhet som mulig. Utfordringen er hvordan en slik definisjon som en del av det polikliniske finansieringssystemet skal utformes for å sikre mest mulig lik praksis og ønskede effekter.

I forhold til endringer i refusjonssystemet er det behov for å svar på følgende spørsmål:

1. Med den siste utviklingen i dagbehandlingstilbudet, er det mulig å opprettholde det samme skillet mellom poliklinisk aktivitet og dagbehandling som før?
2. Hvis nei – hvor er det da naturlig å sette grensen i forhold til å avgrense "det utvidede poliklinikkbegrepet"?

For å svare på disse spørsmålet har vi i vedlegg 6 gitt en beskrivelse av mangfoldet i det psykiske helsevernet med hensyn til

- ulike typer dagbaserte behandlingstilbud
- et mangfold av organisatoriske løsninger
- og en beskrivelse av hva slags type pasienter ulike behandlingssenheter gir tilbud til

Denne beskrivelsen er basert på telefonintervjuer med ledere for både døgn- og dagavdelinger ved sykehus, ved distriktpspsykiatriske sentra og ved barne- og ungdomspsykiatriske behandlingenheter. Oppsummert viser vår gjennomgang følgende:

- A. Innen psykisk helsevern for voksne finnes det et stort mangfold av organisatoriske løsninger. Dagtilbud finnes både som et tilbud i egne avdelinger, som en del av døgnavdelinger og som en del av poliklinikker. Og disse dagtilbudene finnes på sykehus og ved distriktpspsykiatriske sentra.

Ut fra faser i et pasientforløp, kan pasientene plasseres i tre hovedkategorier etter omsorgsnivå:

1. Innlagt som døgnpasient, bor på avdelingen.
 2. Dagpasient, med tilgang til døgnavdelingens terapeutiske miljø på dagtid, men bor hjemme.
 3. Poliklinisk fase med behandling i form av individuelle samtaler eller i gruppe, pasienten bor hjemme og møter i prinsippet kun til faste behandlingsavtaler.
- B. De fleste pasienter i poliklinisk fase behandles ved poliklinikker. Men døgn- og dagavdelinger behandler et varierende antall pasienter i poliklinisk fase i tillegg til pasienter med døgnstatus og pasienter med dagstatus. Og dette gjelder både sykehus og distriktpspsykiatriske sentra.
- C. På samme måte finnes det også innen døgn- og/eller dagavdelinger i det psykiske helsevernet for barn og unge et mangfold av organisatoriske løsninger, og døgn-/dagavdelinger behandler både pasienter i en poliklinisk fase i tillegg til døgn- og dagpasienter.

Vår konklusjon er for det første at en del av det som tidligere har vært regnet som dagbehandling, bør innlemmes i definisjonen av poliklinisk virksomhet, og vi har følgende begrunnelse:

Det er ikke mulig å beskrive dagbehandling eller dagtilbud som **en** distinkt størrelse, skarpt atskilt fra et poliklinisk tilbud. Noen hovedkategorier kan likevel identifiseres.

Det tilbudet som ligger nærmest et poliklinisk tilbud er det en kan benevne et strukturert, gruppebasert dagtilbud. Det mest kjente av disse er Dagbehandlingsnettverket. Tilbudet er karakterisert ved at man velger ut hvilke pasienter som skal inngå, etter problemkategori, at det er tidsbestemt, og at tilbudet hovedsakelig gis som gruppebehandling. Tilbudet er i stor grad standardisert, med et visst innslag av individualsamtaler. De fleste som gir dette tilbudet har allerede skilt ut et eget personale for dette, og organisert det som en poliklinisk virksomhet slik at man også kan kreve konsultasjonstakst.

Den andre hovedgruppen ligger nærmere et døgnbehandlingstilbud, hvor det viktigste skillet er at pasientene ikke overnatter. Pasientene velges her ut etter en funksjonsvurdering; et dagtilbud vil være mer hensiktsmessig enn de to øvrige. Dagtilbudet kan også fungere som en buffer mot døgninnleggelse, selv om dette i svært korte perioder kan inngå. Store deler av tilbudet her gis også til døgnpasientene, hvor hovedvekten er på sosiale treningsopplegg. Tilbudet kan også inkludere individualsamtaler og gruppebehandling, hvis dette inngår som en del av døgnavdelingens tilbud. Selv om man enkelte steder har skilt ut egne stillingsbrøker som polikliniske årsverk, og dermed krever årsverkstakst, er det de færreste steder lagt opp til at man krever konsultasjonstakst for individual- og gruppebehandling for denne formen for dagtilbud.

Det neste spørsmålet blir hvordan refusjonsberettiget virksomhet skal defineres. Så lenge det skal være et poliklinisk refusjonssystem, vil det være nødvendig å gi en så presis definisjon som mulig og på den måten også definere hva som ikke faller utenfor refusjonsberettiget virksomhet. Det er nødvendig å trekke en grense langs to dimensjoner:

1. Hvilke organisatoriske enheter skal ha rett til å sende refusjonskrav?
2. For hvilke pasienter er det anledning til å sende refusjonskrav?

I matrisen nedenfor har vi delt pasientene inn etter fase i et pasientforløp som beskrevet ovenfor, og kryss markerer hvilke typer pasienter de ulike typer behandlingsenhet kan ha. Tre kryss betyr mange pasienter i denne fasen, ett kryss betyr et begrenset antall pasienter:

	Døgnpasienter	Dagpasienter	Polikliniske pasienter
Poliklinikk	x	x	xxx
DPS – døgnavdeling	xxx	x	x
DPS – dagavdeling	x	xxx	x
Sykehus – døgnavdeling	xxx	x	x
Sykehus – dagavdeling	x	xxx	x

For voksenpsykiatrien viser gjennomgangen av dagvirksomhet tydelig at både døgn- og dagavdelinger ved sykehus og ved distriktpsykiatriske sentra har pasienter i alle tre kategorier. Døgnavdelinger vil selvsagt ha en overvekt av døgnpasienter, men de vil også i noen grad ha pasienter i en poliklinisk fase (for-/ettervern). Poliklinikker vil på den annen side ha en overvekt av pasienter i en poliklinisk fase, men de vil samtidig kunne behandle pasienter som for en periode er innlagt enten som døgn- eller dagpasient ved en avdeling.

For barne- og ungdomspsykiatrien er situasjonen tilsvarende ved at klinikkavdelinger som har døgn- og/eller dagtilbud vil ha pasienter som er i en poliklinisk fase. På samme måte vil poliklinikkene i særskilte tilfeller kunne behandle pasienter som er innlagt som dag- eller døgnpasient.

Det synes opplagt at *kun aktivitet rettet mot pasienter som er i en poliklinisk fase skal omfattes av en refusjonsordning for poliklinikker*. I voksenpsykiatrien vil dette være pasienter som

- bor hjemme
- møter primært til avtalte tider og til faste/strukturerte behandlingsopplegg med en (eventuelt flere) faste behandlere
- betaler egenandel

For barne- og ungdomspsykiatrien vil polikliniske pasienter være karakterisert av at de

- bor hjemme (dvs hos foreldre, hos fosterforeldre eller på barnevernsinstitusjon)
- har et ordinært barnehage- eller skoletilbud, dvs at de ikke er tatt ut av tilbudet på hjemstedet
- møter primært til avtalte tider og faste/strukturerte utrednings- eller behandlingsopplegg (alene eller sammen med foresatte)

Det neste spørsmålet blir om alle typer enheter skal kunne ha refusjonsrett eller om dette skal begrenses til godkjente poliklinikker. Det mest ytterliggående vil være å si at alle typer behandlingssenheter både innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge har anledning til å kreve refusjoner ved behandling av pasienter i poliklinisk fase (eventuelt etter en form for godkjenning). En mer avgrenset modell vil være å si at kun godkjente poliklinikker har refusjonsrett.

En fordel med å slippe retten til å kreve polikliniske refusjoner fri, er at det gir fokus på poliklinisk aktivitet som sådan, og ikke på valg av organisatoriske løsninger for behandling av polikliniske pasienter. Når døgnavdelinger kan kreve polikliniske refusjoner for pasienter som er blitt så friske at de kan bo hjemme og i stor grad ta ansvar for seg selv, vil de ha incitament til å få pasientene raskest mulig over i den fasen - med de muligheter for å ivareta målet om kontinuitet i behandlingsforløpet som det innebærer.

På den annen side kan det føre til at behandling av døgnpasienter nedprioriteres til fordel for polikliniske pasienter av økonomiske grunner. I tillegg vil den polikliniske virksomheten i mindre grad være underlagt en form for styring og samordning mht til fag- og metodeutvikling, spredning av kompetanse og koordinert kontakt med 1. linjetjenesten. Et ønske om styring og koordinering av den polikliniske virksomheten taler derfor for at kun godkjente poliklinikker skal ha refusjonsrett. Med en slik løsning vil f.eks. behandlerstillinger som er delt mellom en poliklinikk og en døgnavdeling kunne ivareta behovet for kontinuitet, og gitt at døgnavdeling og poliklinikk hører inn under samme organisatoriske enhet, vil det likevel være et incitament til å få pasienter over fra døgn- eller dagstatus, og over i poliklinisk fase.

Vårt forslag til definisjon og avgrensing av refusjonsberettiget virksomhet er som følger:

- Behandlingsaktiviteten skal være rettet mot pasienter i poliklinisk fase.
- Aktiviteten skal være utført av behandlingspersonell ved godkjente poliklinikker.

Med en slik definisjon blir fokus rettet mot pasientens status og behandlingssenhets status - og ikke om et tilbud kalles dagtilbud eller ikke.

9 Forslag til endringer av takstsystemet

9.1 Begrunnelser for endringer av takstsystemet

I et av intervjuene med poliklinikkledere ble det fremhevet at et takstsystem fungerer best dersom det er bestemte mål som skal nås og det valgte takstsystemet støtter opp om dette målet. Det er med andre ord viktig å klargjøre *hvorfor* dagens refusjonssystem endres.

Det kan være flere ulike begrunnelser for endringer:

1. Det er behov for en betydelig økning av den polikliniske kapasiteten og bedre tilgjengelighet til tjenestene.
2. Det er behov for å stimulere pasientbehandling, både som direkte pasientkontakt og samarbeid med 1. linjetjenesten og andre som står nær pasienten.
3. Det er behov for å stimulere til varierte arbeidsformer, behandling av ulik varighet og at behandlingsserier avsluttes
4. Det er behov for å stimulere poliklinikkens arbeid med veiledning og forebygging generelt.
5. Det er behov for å stimulere til økt kvalitet gjennom å øke poliklinikkens kompetanse.
6. Det er behov for å stimulere til økt produktivitet
7. Det er behov for kostnadskontroll knyttet til de offentlige utgifter
8. Det er behov for å sikre lik praksis mht bruk av refusjonssystemet
9. Det er behov for å beholde et enkelt og oversiktlig refusjonssystem.

Det er viktig å være klar over at det er kryssende hensyn mellom flere av begrunnelsene eller målene som er listet opp her. F.eks vil målet om å stimulere pasientbehandling stå i et motsetningsforhold til målet om økt generell veiledning og forebyggende innsats. Målet om økt kvalitet gjennom økt kompetanse vil stå i motsetning til målet om økt produktivitet så lenge de mål som produksjon måles med ikke tar hensyn til kvalitetsdimensjonen. Målet om økt aktivitet kan stå i motsetning til behovet for kostnadskontroll. Det er derfor slik at valg av endringer i takstsystemet samtidig innebærer et valg av hvilke mål som prioriteres høyest.

Forslag til endringer i takstsystemet må vurderes opp mot sannsynlige konsekvenser:

- Kan det føre det til endring i andre tjenestetilbud innen psykisk helsevern (dagbehandling og andre dagtilbud, heldøgnsbehandling)?
- Hvilken type aktivitetsvekst leder endringene til (flere behandlede pasienter eller flere konsultasjoner per pasient)?
- Fører det til endringer i bruk av ulike behandlingsformer (enkeltkonsultasjoner eller gruppeterapi)?
- Fører det til endringer i bruk av indirekte pasientarbeid?
- Fører det til endringer i generelt forebyggende arbeid?

- Stimulerer det til økt kompetanseheving?
- Gir endringene økt eller redusert kostnadskontroll?
- Fører endringene til økt produktivitet?
- Fører endringene til administrative merkostnader?

9.2 Forslag til endringer

I det følgende beskriver vi tre alternative endringer av dagens refusjonssystem. For hvert av forslagene gir vi en begrunnelse, beskriver forslaget så detaljert som mulig og vi beskriver mulige konsekvenser av forslagene.

Våre forslag innebærer bruk av øremerkede tilskudd, enten i form av aktivitetsbaserte refusjonstakster eller i form av årsverks- eller timerefusjon. Det innebærer at vi i mindre grad har lagt vekt på behovet for kostnadskontroll.

Vi har samtidig generelt lagt vekt på at endringene i minst mulig grad skal medføre administrative merkostnader, og vi har lagt vekt på at endringene skal legge til rette for en lik oppfatning og praktisering av refusjonssystemet.

Det er også en grunnleggende premisse at forslagene skal legge til rette for et meningsfullt skille mellom refusjonsberettiget poliklinisk virksomhet på den ene side, og dag- eller døgnbehandling på den annen side.

For alle alternativene har vi lagt til grunn at dagens ordning med egenandeler videreføres. Det er derfor ingen særskilt drøfting av egenandeler i forbindelse med de ulike alternativene.

Alternativ 1: **Aktivitetsalternativet**

Det er spesielt behov for å stimulere

- økt poliklinisk aktivitet,
- pasientbehandling, både som direkte pasientkontakt og samarbeid med 1. linjetjenesten og andre som står nær pasienten,
- varierte arbeidsformer, behandling av ulik varighet og at behandlingsserier avsluttes,
- arbeid med generell veiledning og forebygging,
- økt produktivitet.

Forslag:

- Ingen årsverkstakst, kun aktivitetstakster.
- Takstene kan kun benyttes av behandlingspersonell ved godkjente poliklinikker, og det kreves at pasientene har status som poliklinisk pasient, dvs er i en poliklinisk fase i pasientforløpet (jfr kapittel åtte).
- Takstene består av seks ulike hovedtakster og fire tilleggstakster.

Hovedtakster:

1. Inntak og førstegangskonsultasjon (pasient og/eller pårørende tilstede)
2. Utredning eller behandling (pasient og/eller pårørende tilstede)

3. Oppfølgingsmøte med samarbeidspartnere (møte/veiledning/konsultasjon med førstelinjetjenesten om en eller flere navngitte pasienter)
4. Oppfølgingsamtale per telefon (telefonkonsultasjon med pasient eller førstelinjetjenesten om navngitt person)
5. Avslutning (pasient og/eller pårørende tilstede)
6. Rådgiving og kompetanseoverføring (møte/veiledning/konsultasjon med 1. linjetjenesten uten at det er knyttet til en bestemt person).

Tilleggstakster:

- A. Tester (bruk av en eller flere nærmere angitte tester)
- B. Gruppe-/familiebehandling
- C. Reisetid (ambulant behandling, konsultasjon hjemme hos pasient eller møte hos samarbeidende instans)
- D. Tolk (bruk av tolk i tillegg til behandler)

Hovedtakstene følger fasene i et poliklinisk pasientforløp og dekker de hovedaktiviteter hvor pasienten/foresatte eller samarbeidspartnere i førstelinjetjenesten er involvert. Inndelingen i hovedtakster er i tillegg begrunnet i at disse har ulik varighet og at de til en viss grad involverer et ulikt antall behandlere.

I hovedtakst 4 er det bruk av telefon som gir grunnlag for refusjon. I dag benyttes mange former for elektronisk kommunikasjon og spørsmålet er om andre kommunikasjonsformer som f.eks. toveis TV-forbindelse, SMS, elektronisk post, interaktiv digital-TV skal sidestilles med telefon. Dette spørsmålet må antagelig vurderes fortløpende, men vårt forslag er at ordinær bruk av telefon forbeholdes refusjon. Det kan med fordel vurderes om ordinære takster kan benyttes i de tilfellene hvor toveis-TV-forbindelse benyttes som erstatning for reise over lengre avstander.

Tilleggstakstene er ment å dekke merkostnader knyttet til ekstra tidsbruk som oppstår med ujevne mellomrom i de ulike aktivitetene. Reisetid er bare aktuelt om behandlingen skjer ambulant, tolk er kun aktuelt om det er fremmedspråklige involvert osv. Tilleggstakstene dekker mertid som er dårlig egnet for å bli tatt vare på gjennom en gjennomsnittsbetraktning.

Ved gruppebehandling benyttes hovedtakst 2 (utredning og behandling) sammen med en tilleggstakst B for gruppe. Det samme gjelder familiebehandling. Det benyttes kun en hovedtakst og en tilleggstakst per gruppe-/familiesesjon, slik at antall personer tilstede i gruppen påvirker ikke antall takster.

Vi skiller mellom testbasert utredning som gjøres ved generelle inntak til poliklinisk behandling for alle pasienter og mer omfattende utredninger. Tilleggstakst D for tester er ment for spesifikke og standardiserte tester og ikke generelle diagnostiske verktøy som f.eks. GAF. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å lage en liste over hvilke tester som denne taksten kan brukes i forbindelse med. (Et alternativ kan være å si at det kun er tillatt å bruke test-taksten en gang per pasient eller per konsultasjonsserie.)

Tilleggstakster kan benyttes sammen med følgende hovedtakster:

Hovedtakst	Tilleggstakst
1. Inntak og førstegangs-konsultasjon	C. Reisetid D. Tolk
2. Utredning eller behandling	A. Tester B. Gruppe/fam C. Reisetid D. Tolk
3. Oppfølging – møte	C. Reisetid D. Tolk
4. Oppfølging – tlf	
5. Avslutning	C. Reisetid D. Tolk
6. Råd og veiledning 1. linjen	C. Reisetid

Det gis ikke kompensasjon for antall behandlere som er tilstede, men ved fastsetting av det enkelte takstbeløp er det forutsatt et gjennomsnittlig antall behandlere som er tilstede. Dette er nærmere beskrevet i kapittel ti. Tilleggstakst for gruppe-/familiebehandling gis som følge av at varigheten normalt er lenger enn ved enkeltkonsultasjoner, i tillegg til at det normalt er minst to behandlere tilstede. Utover dette gis det ingen kompensasjon for konsultasjoners varighet.

Kommentarer:

- Vil lede til fortsatt økt poliklinisk kapasitet og aktivitet, også på bekostning av andre tjenester innen det psykiske helsevernet (det vil si behandlingstilbud til pasienter med døgnstatus eller dagpasientstatus)
- Forslaget er ikke nøytralt med hensyn til aktiviteter og arbeidsformer. På den annen side stimulerer det til et bredt spekter av pasientrettede aktiviteter noe som vil bidra til nøytralitet i forhold til prioritering av enkelte pasientgrupper fremfor andre. Det brede spekteret av takster bør gi grunnlag for adekvat behandling av alle pasientgrupper.
- Uønsket vridning kan skje ved at internt samarbeid, egen kompetanseutvikling og ledelse blir prioritert ned til fordel for aktiviteter som gir refusjon.
- Forslaget stimulerer til økt produktivitet.
- Forslaget innebærer at systemet med timelister forsvinner, men det pasientadministrative systemet må gi mulighet for å registrere nødvendige aktivitetsopplysninger. Dersom dette kan skje elektronisk er det grunn til å tro at systemet er administrativt enkelt.
- Ved implementering må takstene gis mest mulig entydige definisjoner, slik at lokal tolkningsvariasjon minimeres.

Alternativ 2: **Årsverksalternativet**

Det er først og fremst behov for å stimulere til

- økt poliklinisk aktivitet,
- og et bredt spekter av poliklinisk virksomhet i form av pasientbehandling, varierte arbeidsformer, arbeid med generell veiledning og forebygging og egen kompetanse-

heving – uten at det legges noen økonomiske føringer for poliklinikkens valg mellom ulike aktiviteter.

Forslag:

- Kun årsverkstakst, ingen konsultasjonstakst.
- Innen psykisk helsevern for voksne opprettholdes det et skille mellom poliklinikker på den ene side, og dag- og døgnavdelinger ved sykehus eller distriktpspsykiatriske sentre på den annen side. For psykisk helsevern for barn og unge opprettholdes det tilsvarende skillet mellom poliklinikker og enheter med dag- og eller døgntilbud. Kun godkjente poliklinikker har anledning til å kreve årsverksrefusjon.
- Taksten utbetales per timeverk "ansatt i godkjent stilling har utført *poliklinisk arbeid*". Et årsverk regnes som 1725 timer og det eneste som trekkes fra er sykefravær utover den periode hvor arbeidsgiver er ansvarlig for lønnsutbetaling og permisjoner med eller uten lønn. Med poliklinisk arbeid menes derfor alle former for pasientrettet arbeid, generell rådgiving og veiledning, kompetanseutvikling og internt samarbeid. Faglige lederstillinger gir grunnlag for refusjon, mens merkantile stillinger ikke gir refusjon. Antall timer per ansatt beregnes i forhold til stillingsandel.
- Stillinger det kreves refusjon for må være knyttet til godkjente poliklinikker. I den grad ansatte ved andre avdelinger utfører poliklinisk arbeid som skal gi grunnlag for refusjon, må en del av stillingen være knyttet til poliklinikken.

Kommentar:

- Vil lede til fortsatt økt poliklinisk kapasitet og aktivitet, også på bekostning av andre tjenester innen det psykiske helsevernet (det vil si behandlingstilbud til pasienter med døgnstatus eller dagpasientstatus)
- Forslaget er nøytralt. Det vil ikke isolert sett gi vridninger mellom ulike aktiviteter eller behandlingsformer i poliklinikken. Forslaget signaliserer lokal styring på utforming av tjenestene heller enn sentrale føringer.
- Gir tilfredsstillende kostnadskontroll gjennom godkjennings- og kontrollordninger.
- Et enkelt system som vil gi mer lik praksis.
- Forslaget stimulerer isolert sett ikke til økt produktivitet, og innebærer mindre fokus på direkte pasientrelatert aktivitet.
- Forslaget forutsetter at det administrativt lages kombistillinger for behandlere som også arbeider ved døgnavdelinger, dersom man skal få refusjon. I tillegg må det holdes oversikt oversikt over lengre sykefravær og permisjoner.

Alternativ 3: **Mellomalternativet**

Det er spesielt behov for å stimulere

- økt poliklinisk aktivitet,
- pasientbehandling, både som direkte pasientkontakt og samarbeid med 1. linjetjenesten og andre som står nær pasienten,
- varierte arbeidsformer, behandling av ulik varighet og at behandlingsserier avsluttes,
- arbeid med generell veiledning og forebygging,
- økt produktivitet.

Samtidig er det ønskelig å gi et signal om at egen kompetanseutvikling og internt samarbeid er viktig som en del av den faglige utviklingen av den polikliniske virksomheten, og det er ønskelig å dempe eventuelle uønskede vridninger av aktivitetstakstene.

Forslag:

Forslaget er en kombinasjon av aktivitetsalternativet og årsverksalternativet. Det kan gjøres ved at alternativ 1 og alternativ 2 vektlegges med 50 prosent hver i mellomalternativet. Sammenlignet med dagens refusjonssystem innebærer dette en oppjustering av aktivitetstakstenes betydning. Som vist i kapittel fem, utgjør åpningstidstaksten i dag i størrelsesorden 60-80 prosent av de polikliniske inntektene.

Kommentarer:

- Vil lede til fortsatt økt poliklinisk kapasitet og aktivitet, også på bekostning av andre tjenester innen det psykiske helsevernet (det vil si behandlingstilbud til pasienter med døgnstatus eller dagpasientstatus)
- Forslaget er ikke nøytralt med hensyn til aktiviteter og arbeidsformer. På den annen side stimulerer det til et bredt spekter av pasientrettede aktiviteter, noe som vil bidra til nøytralitet i forhold til prioritering av enkelte pasientgrupper fremfor andre. Det brede spekteret av takster bør gi grunnlag for adekvat behandling av alle pasientgrupper.
- Uønsket vridning kan skje ved at internt samarbeid, egen kompetanseutvikling og ledelse blir prioritert ned til fordel for aktiviteter som gir refusjon, men dette dempes i betydelig grad som følge av at timeverkstaksten utgjør 50 prosent av refusjonsgrunnlaget.
- Forslaget stimulerer til økt produktivitet.
- Ved implementering må takstene gis mest mulig entydige definisjoner, slik at lokal tolkningsvariasjon minimeres.
- Forslaget forutsetter at det administrativt lages kombistillinger for behandlere som også arbeider ved døgnavdelinger, dersom man skal få refusjon. I tillegg må det holdes oversikt oversikt over lengre sykefravær og permisjoner.

10 Beregning av refusjonssatser og økonomiske konsekvenser

I dette kapitlet gjør vi først rede for hvordan vi beregner de ulike refusjonssatsene i forslagene. Deretter drøfter vi hvilke konsekvenser forslagene har, både for poliklinikker med ulik profil og funksjon, og for de samlede refusjonsutgiftene.

10.1 Beregning av refusjonssatser

Refusjonssatser for ulike aktiviteter er naturlig nok mer komplekst å beregne enn refusjonssats for et poliklinisk årsverk. I det følgende gjør vi først rede for hvordan refusjonssatsen for takstene i aktivitetsalternativet beregnes, deretter gjør vi rede for beregningen av timeverkstaksten i årsverksalternativet. Takstene i mellomalternativet beregnes ved å tilordne aktivitetstakstene og timeverkstaksten vekt som reflekterer hvor stor andel hver av de to typer takster er tenkt å utgjøre av de samlede polikliniske refusjonene.

10.1.1 Refusjonssats - aktiviteter

Beregningen av refusjonssats for aktiviteter i henhold til aktivitetsalternativet, skjer i fire trinn:

1. I første trinn fastsetter vi tidsbruk for de ulike takstene - utfra en gjennomsnittbetragtning.
2. I trinn to lager vi to modellpoliklinikker (en poliklinikk for voksen og en for barn og unge), og beskriver en aktivitetsprofil og en takstprofil for disse - utfra en gjennomsnittbetragtning.
3. I trinn tre beregner vi en kostnad per behandlertime.
4. I trinn fire beregner vi refusjonssatser med utgangspunkt i fastsatt tid per takst, kostnad per behandlertime og hvor stor andel av kostnadene refusjonene skal dekke.

Trinn 1 - takster og tidsbruk

Det første trinnet er å konkretisere aktivitetsalternativet med hensyn til forutsetninger om tidsbruk for de ulike aktivitetene eller takstene.

- Først fastsettes for de ulike takstene tid brukt sammen med pasienten eller foreldre/foresatte (direkte tid).
- Dernest fastsettes den tid brukt på indirekte pasientarbeid (indirekte tid) som skal regnes med i takstgrunlaget. Dette er tid hvor pasienten ikke trenger å være tilstede, men det er tid som omfattes av takstene.
- Neste trinn er å fastsette det antall behandlere som deltar i tiltakene, dvs det antall behandlere som takstsystemet legger til grunn.

Tidsbruk og antall behandlere er fastsatt på grunnlag av kunnskap om poliklinisk virksomhet fra flere tidligere prosjekter (Magnussen og Hatling (2001), Hatling et al (2001), og etter samtale med erfarne klinikere. Både tidsbruk og antall behandlere er fastsatt utfra en gjennomsnittsbetraktning og er gjengitt i tabell 1 for behandling av barn og unge og tabell 2 for behandling av voksne. Vi gjør oppmerksom på at i tabellen fremkommer *behandlertid per takst* som summen av direkte og indirekte tid multiplisert med antall behandlere.

Tabell 10.1 Forutsetninger for bruk av tid og behandlere for takster i aktivitetsalternativet - poliklinikker for barn og unge.

	Direkte tid	Indirekte tid	Antall behandlere	Behandler-tid per takst (timer)
Hovedtakster:				
1. Inntak og førstegangskonsultasjon	1 time	2 timer	2	6.0
2. Utredning eller behandling	1 timer	30 min	1	1.50
3. Oppfølgingsmøter med samarbeidspartnere	45 min.	15 min	1	1.0
4. Oppfølging per telefon	20 min.	0	1	0.33
5. Avslutning	1 time	3 timer	1	4.0
6. Råd og veiledning til 1. linjen	45 min	0	1	0.75
Tilleggstakster:				
A. Tester	0	2,5 timer	1	2.5
B. Gruppe-/familiebehandling	2 timer	30 min	1	2,50
C: Reise	0	30 min.	1	0.5
D: Tolk	1,5 time	0	1	1.5

Tabell 10.2 Forutsetninger for bruk av tid og behandlere for takster i aktivitetsalternativet - poliklinikker for voksne.

	Direkte tid	Indirekte tid	Antall behandlere	Behandler-tid per takst
Hovedtakster:				
1. Inntak og førstegangskonsultasjon	1 time	2 timer	1	3.0
2. Utredning eller behandling	45 min	15 min	1	1.0
3. Oppfølgingsmøter med samarbeidspartnere	45 min.	0	1	1.0
4. Oppfølging per telefon	20 min.	0	1	0.33
5. Avslutning	1 time	2 timer	1	3.0
6. Råd og veiledning til 1. linjen	45 min	0	1	0.75
Tilleggstakster:				
A. Tester	0	2,5 timer	1	2.5
B. Gruppebehandling	2t 15 min	45 min	1	3.0
C: Reise	0	30 min.	1	0.5
D: Tolk	1,5 time	0	1	1.5

Ved gruppebehandling skal hovedtakst 2 (utredning og behandling) benyttes sammen tilleggstakst B (gruppebehandling), og jfr beskrivelsen i kapittel ni skal hver takst kun benyttes en gang hver i tilknytning til en gruppesesjon. I tabell 10.1 bygger beregningen på at en gruppesesjon varer 30 minutter lenger enn en enkeltkonsultasjon, i tillegg til at to behandlere er tilstede. Det innebærer at direkte tid økes fra en time under hovedtakst 2, til tilsammen 2*1,5 timer når tilleggstakst B legges til. Indirekte tid økes fra 15 minutter for en behandler ved enkeltkonsultasjon til 2*30 minutter når tilleggstakst B kommer i tillegg.

Tilsvarende økning er lagt inn i tabell 10.2 for voksenpsykiatriske poliklinikker. Direktetid for enkeltkonsultasjon for voksne er imidlertid 45 minutter (hovedtakst 2), slik at økningen i tilleggstakst B er 2 timer og 15 minutter for at samlet tid ved en gruppesesjon skal bli 2*1,5 timer. Indirekte tid øker med 45 minutter i tilleggstakst B for at samlet tid skal være 2*30 minutter.

Direkte tid er antatt å dekke den tid som i gjennomsnitt brukes direkte sammen med pasienten. Når det gjelder indirekte tid er dette ment å dekke følgende:

- Inntak og førstegangskonsultasjon: Lese henvisning, forberede inntak, korte nedtegnelser i etterkant av konsultasjonen
- Utredning og behandling: Kort forberedelse og korte nedtegnelser i etterkant
- Avslutning: Forberedelse og kortvarig epikrisearbeid
- Tester: Gjennomgå, tolke og oppsummere resultater
- Gruppe/familiebehandling: Kort forberedelse og korte nedtegnelser i etterkant
- Reise: Reisetid

Det innebærer at mye av såkalt indirekte pasientarbeid inngår *ikke* eksplisitt i takstgrunnlaget. Dette gjelder omfattende journalnotater og epikrisearbeid, interne møter mm.

Trinn 2 - poliklinikkmodeller

Det neste steget er å beskrive to poliklinikkmodeller, en for behandling av barn og unge og en for behandling av voksne. Modellene er basert på gjennomsnittlig størrelse, andel behandlerpersonell og gjennomsnittlig produktivitet for poliklinikker i 2001 slik det beskrives i SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller (Bjørngård, 2002).

De to modellene har følgende kjennetegn:

Tabell 10.3 Forutsetninger for modellpoliklinikkene.

For modellpoliklinikken:	Poliklinikk for barn og unge	Poliklinikk for voksne
Antall årsverk	14	14
Andel behandlerpersonell	0,82	0,82
Antall pasienter per behandler per år	28	42
Antall direkte tiltak per pasient per år	8	10
Antall indirekte tiltak per pasient per år	4	2

Ut fra disse forutsetningen gjør vi antagelser om modellpoliklinikkens *aktivitetsprofil* slik at vi i neste omgang kan beregne en *takstprofil*, dvs antall nye pasienter (inntak og førstegangskonsultasjon), antall avsluttede pasientforløp (antall avslutninger), antall direkte tiltak forøvrig (antall utredning eller behandling) og tilsvarende for de øvrige hovedtakstene og tilleggstaksten i aktivitetsalternativet.

Vi har gjort følgende forutsetninger om aktiviteten ved modellpoliklinikkene:

Tabell 10.4 Aktivitetsprofil for poliklinikkmodellene.

Poliklinikkmodeller:	Poliklinikker for barn og unge	Poliklinikker for voksne
Antall behandlede pasienter per år	321	482
Andel nyhenviste pasienter (i gjeldende år)	50 %	60 %
Andel avsluttede pasientforløp (i gjeldende år)	50 %	60 %
Andel nyhenviste som testes	100 %	100 %
Andel direkte tiltak som er gruppe-/familiebehandling	25 %	10 %
Andel direkte tiltak ambulant (bruk av reisetakst)	25 %	10 %
Andel direkte tiltak tatt per telefon	25 %	10 %
Andel indirekte tiltak (oppfølging) tatt som møte (reise)	50 %	50 %
Andel indirekte tiltak (oppfølging) tatt per telefon	50 %	50 %
Antall møter med 1. linjetjenesten – generell rådgivning	100	100

At alle nyhenviste testes er ikke i overensstemmelse med dagens praksis, og vil kanskje heller ikke bli det.

Igjen ligger det en gjennomsnittsbetraktning til grunn for modellene. Det er ikke tilfelle at alle nyhenviste pasienter blir testet per i dag. I modellen har vi imidlertid tatt utgangspunkt i at det er et spesielt fokus på testing, og taksten vil i enkelte tilfeller kunne benyttes flere ganger for samme pasient. For enkelthets skyld har vi derfor lagt til grunn en takst per nyhenvist som et gjennomsnitt.

Når det gjelder tolk har vi skjønsmessig antatt at dette benyttes for en prosent av pasientene i forbindelse med hovedtakst 1, 2 og 5. For de øvrige forutsetningene, som f eks andel nyhenviste av det samlede antall behandlede pasienter, er skjønn supplert med erfaringsbaserte tall i den grad det finnes tilgjengelig informasjon.

Med utgangspunkt i forutsetningene i tabell 3 og aktivitetsprofilen i tabell 4 kan vi regne oss frem til følgende fordeling av hovedtakster og tilleggstakster for de to modellpoliklinikkene:

Tabell 10.5 Takstprofil for modellpoliklinikkene,

	Antall takster	
	Poliklinikk for barn og unge	Poliklinikk for voksne
1. Inntak og førstegangskonsultasjon	161	289
2. Utredning eller behandling	2250	4243
3. Oppfølgingsmøter med samarbeidspartnere	643	482
4. Oppfølging per telefon	1286	964
5. Avslutning	161	289
6. Rådgivning og kompetanseoverføring til 1. linjen	100	100
A. Tester	161	289
B. Gruppe-/familiebehandling	563	424
C: Reise	1305	1006
D: Tolk	26	48

Når antall takster er beregnet, multipliseres antallet etter tur med *behandlertid per takst* fra trinn 1, og vi får sum behandlertid per takst for poliklinikken. Når vi så summerer over alle takstene, får vi sum *beregnet behandlertid* (se tabell 10.6) for modellpoliklinikken, som er det antall timer som poliklinikken samlet sett bruker på de ulike aktivitetene (jfr tid tilegnet den enkelte takst).

Trinn 3 – kostnad per behandlertime

Det neste steget er å beregne kostnaden per behandlertime, dvs kostnaden for enheten i beregnet behandlertid. Den fremgangsmåten som vi benytter tilsier at alle poliklinikkens utgifter overveltes til behandlertimer. Kostnad per behandlertime vil derfor inkludere både utgifter til administrativt personell som ikke driver behandling og utgifter for den tiden som behandlerne ikke bruker til behandlingstid rettet mot pasientene (jfr tid eksplisitt tilegnet den enkelte takst). Det innebærer at kostnad per behandlertime også dekker felleskostnader (administrasjon), indirekte pasientrettet arbeid (som f.eks omfattende journalarbeid og interne møter) og ikke pasientrelatert arbeid (som kurs og faglig veiledning).

Brutto utgifter for modellpoliklinikkene er beregnet utfra regnskapsdata for 2001 hentet fra SAMDATA Psykisk helsevern. Tabeller (Bjørngård, 2002). Gjennomsnittskostnaden per årsverk i poliklinikker for barn og unge er beregnet til kr 460 000 (omgjort til 2002-nivå), mens gjennomsnittskostnaden per årsverk for poliklinikker for voksne er beregnet til kr 480 000. Dersom vi multipliserer gjennomsnittskostnaden per årsverk med antall årsverk i modellpoliklinikken (jfr tabell 10.3), finner vi brutto utgifter for poliklinikken. Poliklinikkens brutto utgifter dividert med *beregnet behandlertid*, gir kostnad per behandlertime.

Tabell 10.6 Beregning av kostnad per behandlertime.

For en gjennomsnittlig poliklinikk:	Poliklinikker for barn og unge	Poliklinikker for voksne
A. Brutto utgifter for poliklinikken (2002-kroner)	6 455 000	7 027 000
B. Beregnet behandlertid for poliklinikken (timer)	8585	9233
Kostnad per beregnet behandlertime (A/B)	750	758
C. Antall timer per behandlerårsverk	1 725	1 725
D. Potensiell behandlertid for poliklinikken (timer)	19 803	19 803
Andel beregnet behandlertid (B/D)	0,43	0,47

Av tabellen ser vi at kostnad per behandlertime er beregnet til henholdsvis kr 750 og 758. Når kostnaden per behandlertime er høyere for poliklinikker for voksne enn poliklinikker for barn og unge, skyldes det at gjennomsnittskostnaden per årsverk er høyere.

Et fagårsverk antas å bestå av 1725 timer. Multiplisert med antall årsverk og andel fagpersonell gir det sum av mulige behandlertimer for poliklinikken for ett år (*potensiell behandlertid*). Når beregnet behandlertid divideres med potensiell behandlertid, får vi *andel beregnet behandlertid* som gir uttrykk for hvor stor andel av behandlernes tid som går med til direkte pasientkontakt og deler av indirekte pasientarbeid – slik tidsbruken er forutsatt i aktivitetalternativet.

Generelt gjelder at dersom mer tid tilordnes den enkelte takst enn det som fremgår av tabell 1 og 2, vil beregnet behandlertid gå opp, og kostnad per behandlertime gå ned, når alt ellers er likt. Da vil også andel behandlertid gå opp.

Av tabellen ser vi at andel beregnet behandlertid er henholdsvis 0,43 og 0,47. Dersom vi bruker tall fra aktivitetsregistreringen for psykiatriske poliklinikker i 2002 som referanse, så ligger andel tid brukt på direkte pasientarbeid, reise knyttet til pasientarbeid og konsulta-

sjon/samarbeid med 1. linjetjenesten i sum noe lavere enn andel beregnet behandlertid. Det er da viktig å huske på at i vår beregning av behandlertid er noe indirekte pasientarbeid tatt med.

Beregnet andel behandlertid i modellene kan altså påvirkes på to måter. For det første dersom forutsetningene om tids- og personbruk for de enkelte takstene endres. For det andre kan andel beregnet behandlertid påvirkes dersom antall pasienter per fagårsverk eller tiltak per pasient endres for modellpoliklinikkene. En forutsetning om økt produktivitet (flere pasienter per fagårsverk, samme antall tiltak per pasient), gir høyere beregnet andel behandlertid.

Trinn 4 - refusjonssatser

Det siste trinnet består i å fastsette de faktiske refusjonssatsene. Vi beregner først kostnad per takst ved å multiplisere behandlertid per takst (jfr tabell 10.1 og 10.2) med kostnad per behandlertime¹ (tabell 10.6). Dersom de polikliniske refusjonene skal gi 100 prosent dekning av poliklinikkens utgifter, settes refusjonene lik kostnaden per takst (kolonne A og C i tabell 10.7). I dag dekker refusjonstakstene omlag 40 prosent av utgiftene for poliklinikker for barn og unge og omlag 35 prosent for poliklinikker for voksne. Dersom refusjonene skal gi 40/35 prosent dekning, multipliseres kostnaden per behandlertime med 0,40/0,35 og refusjonssatsene justeres dermed tilsvarende (kolonne B og D i tabell 10.7).

Tabell 10.7 Beregning av refusjonssatser for aktivitetstakster.

	Poliklinikker for barn og unge		Poliklinikker for voksne	
	A: 100 % dekning	B: 40 % dekning	C: 100 % dekning	D: 35 % dekning
1. Inntak eller førstegangskonsultasjon	4501	1800	2274	796
2. Utredning og behandling	1125	450	758	265
3. Oppfølgingsmøter med samarbeidspartnere	750	300	569	199
4. Oppfølging per telefon	248	99	250	88
5. Avslutning	3000	1200	2274	796
6. Rådgivning og kompetanseoverf. til 1. linjen	563	225	569	199
A. Tester	1875	750	1895	663
B. Gruppe-/familiebehandling	1875	750	2274	796
C: Reise	375	150	379	133
D: Tolk	600	240	600	210

Som vist i kapittel fem dekket egenandelene omlag fire prosent av brutto utgifter for poliklinikker for voksne i 2001. Vi har lagt til grunn at egenandeler videreføres, noe som innebærer at poliklinikker for barn- og unge og for voksne ved 40/35 prosent dekning i sum får en tilnærmet lik dekning av kostnadene.

¹ For taksten "tolk" har vi valgt å gjøre et unntak. Vi har satt en timesats på kr 400 og ikke benyttet kostnad per behandlertime. Årsaken er at det dreier seg om å leie inn eksternt hjelp til tolketjenester, og den kostnaden per time skal således kun dekke de direkte utgiftene til tolk.

10.1.2 Refusjonssats – årsverk

Beregningen av refusjonssats per time tar utgangspunkt i modellpoliklinikkens brutto utgifter (se tabell 10.6). Utgiftene deles på *potensiell behandlertid for poliklinikkene*, jfr tabell 10.6. Potensiell behandlertid fremkommer ved å ta antall årsverk for poliklinikken, og multiplisere med andel behandlerpersonell, og deretter multiplisere med 1725 timer. Refusjonssatsen bestemmes deretter av grad av kostnadsdekning. Det gir følgende satser:

Tabell 10.8 Beregning av refusjonssatser per time.

	Poliklinikker for barn og unge		Poliklinikker for voksne	
	A: 100 % dekning	B: 40 % dekning	C: 100 % dekning	D: 35 % dekning
Sats per timeverk	326	130	355	124

10.1.3 Refusjonssatser – mellomalternativet

Mellomalternativet er foreslått med en 50/50 vekt på aktivitetstakster og timeverkstakst. Det gir i så fall følgende takster basert på henholdsvis 40 og 35 prosent dekningsgrad – samlet sett:

Tabell 10.9 Beregning av refusjonssatser for mellomalternativet.

	Poliklinikker for barn og unge	Poliklinikker for voksne
	40 % dekning	35 % dekning
1. Inntak eller førstegangskonsultasjon	900	398
2. Utredning og behandling	225	133
3. Oppfølgingsmøter med samarbeidspartnere	150	100
4. Oppfølging per telefon	50	44
5. Avslutning	600	398
6. Rådgivning og kompetanseoverføring til 1. linjen	113	100
A. Tester	375	332
B. Gruppe-/familiebehandling	375	398
C: Reise	75	66
D: Tolk	120	105
Sats per timeverk for behandlere	65	62

10.2 Beregning av økonomiske konsekvenser

Spørsmålet blir så hvilke konsekvenser en omlegging av det polikliniske refusjonssystemet får. I det følgende drøfter vi følgende:

1. Konsekvensene for de polikliniske utgifter på nasjonalt nivå.
2. Konsekvensene for poliklinikker med ulike målgrupper (ulike polikliniske team) og dermed ulik aktivitetsprofil.

3. Konsekvensene for de polikliniske utgiftene på nasjonalt nivå gitt at forutsetningene i modellpoliklinikkene endres, f eks at poliklinikkene øker aktiviteten i betydelig grad.

10.2.1 Beregninger av statens utgifter til poliklinisk behandling

Slik vi har laget våre beregninger vil statens samlede utgifter i utgangspunktet bli de samme for både aktivitetsalternativet, årsverksalternativet og for mellomalternativet. Beregningene i tabell 10.10 er derfor både et uttrykk for statens samlede utgifter i forhold til et nivå på poliklinisk virksomhet tilsvarende årsskiftet 2001/2002, og et uttrykk for utgifter gitt den aktivitets- og takstprofil som er lagt til grunn i våre poliklinikkmodeller.

Tabell 10.10 Refusjonsinntekt av samlede inntekter – 40/35 prosent dekning.

Forutsetninger:	Poliklinikker for	
	-barn og unge	- voksne
Gjennomsnittlig refusjonsinntekt per år modellpolikl.	2 582 000 kr	2 459 619 kr
Antall modellpoliklinikker (sum-antall pol årsv/14)	82	141
Samlet refusjonsutgift poliklinikker	212 mill kr	346 mill kr
Antatte refusjonsutgifter i 2002 (2001-tall + 4,5 %):	233 mill kr	357 mill kr
Økning (+) eller reduksjon (-) med ny ordning:	- 21 mill kr	- 11 mill kr

Kommentar:

Vi ser at med de forutsetningene som ligger til grunn for modellpoliklinikkene og årsverksberegningene, gir endringene i takstsystemet svakt lavere utgifter for staten sammenlignet med dagens refusjonsordning.

I våre forslag er det imidlertid lagt til grunn at det kun er godkjente poliklinikker som skal ha rett til å sende refusjonskrav. Per i dag har døgnavdelinger ved sykehus også anledning til å benytte seg av henvisningstakst. Ved bortfall av denne ordningen er det grunn til å tro at det vil skje en økning i kombinerte behandlerstillinger, i form av at behandlere har deler av stillingen knyttet til poliklinikken og deler av stillingen knyttet til døgnavdelingen. Dette vil i så fall føre til økte refusjoner og økte statlige utgifter sammenlignet med tabell 10.10.

Det er også grunn til å tro at endringer i refusjonssystemet vil lede til endringer i helseforetakenes og poliklinikkens praksis. Det er grunn til å tro at endringer i praksis vil bli størst ved valg av aktivitetsalternativet, og endringene vil med stor sannsynlighet lede til økte refusjoner og økte statlige utgifter sammenliknet med tabell 10.10. I neste avsnitt diskuterer vi dette nærmere – med utgangspunkt i aktivitetsalternativet. Mellomalternativet vil mest sannsynlig gi lavere effekt på endringer og samlede utgifter enn ved aktivitetsalternativet, mens årsverksalternativet mest sannsynlig vil gi lavest endring i forhold til dagens utgiftsnivå.

10.2.2 Aktivitetsalternativet: Beregning av statens utgifter ved økt poliklinisk aktivitet

Vi legger til grunn at aktivitetsbasert finansiering stimulerer til økt aktivitet. En økning i refusjonskravene kan komme både som en følge av reell økning i aktiviteten og som følge av endret registreringspraksis. Hvordan dette vil slå ut er selvsagt vanskelig å si med sikkerhet, men nedenfor er enkelte endringer sammenlignet med forutsetningene for modellpoliklinikkene kostnadsberegnet.

Tabell 10.11 Statlige utgifter til poliklinisk aktivitet ved økt aktivitet/takstbruk.

	Barn og unge	Voksne
SUM statlige refusjonsutgifter jfr beregninger i tabell 10.10	212 mill kr	346 mill kr
Økning i statens utgifter gitt at		
- antall telefontakster tredobles	+ 21 mill	+ 24 mill
- antall oppfølgingsmøter økes med 50 prosent	+ 8 mill	+ 7 mill
- antall møter med rådg/kompet.overf. tredobles	+ 4 mill	+ 6 mill
- poliklinikkene behandler 20 prosent flere pasienter	+ 42 mill	+ 65 mill
- hver pasient mottar 20 prosent flere tiltak i gj.snitt	+ 35 mill	+ 53 mill

Kommentar:

Sammenlignet med utgiftsberegningene i tabell 10.10 ser vi at den reduserte statlige utgiften i utgangspunktet fort kan bli snudd til en økning gitt endringer i helseforetakenes prioritering av poliklinisk virksomhet og av endret praksis i poliklinikkene.

Vi har valgt å utgiftsberegne relativt kraftige relative endringer. Det er imidlertid grunn til å være klar over at flere av de foreslåtte aktivitetstakstene kan være vanskelige å kontrollere, og kreativ tolking av regelverket kan raskt lede til store endringer i refusjonspraksis. Beregningene trenger derfor ikke være urealistiske.

Så lenge staten opererer med aktivitetsbaserte takster, vil muligheten for økte utgifter som følge av økt aktivitet være tilstede. Aktivitetsbaserte takster gir derfor redusert kostnadskontroll. Økte utgifter som følge av en ønsket økt aktivitet bør imidlertid ikke betraktes som noe problem. Derimot er det grunn til fra statens side å monitorere takstbruk og refusjonspraksis med tanke på å hindre økte utbetalinger som utelukkende skyldes endret registreringspraksis.

Ved mellomalternativet vil muligheten for kostnadskontrollen øke, sett fra statens side. Med en 50/50 vekt som beskrevet ovenfor, vil utslagene for de totale utgiftene i utgangspunktet halveres så lenge det dreier seg om aktivitets- eller registreringsendringer ved eksisterende poliklinikker. Slike endringer vil nemlig ikke påvirke refusjonsutgiftene som følge av timeverkstaksten.

10.2.3 Beregning av refusjonsinntekter for ulike polikliniske team

Spørsmålet er så hvordan endringer i takstsystemet vil slå ut for ulike polikliniske team og for poliklinikker med ulik praksisprofil og produktivitet. Nedenfor har vi sammenliknet de ulike poliklinikktypene med utgangspunkt i aktivitetsalternativet. Vi har valgt å sammenlikne spesialteam med allmennpsykiatriske team (tilsvarende våre modellpoliklinikker).

Tabell 10.12 Konsekvenser for ulike polikliniske team for barne og unge (med ulik aktivitetsprofil).

	Allmennpsyk. team, modell- poliklinikk	Familie- team*	Lav produk- tivitet	Høy produk- tivitet	Færre pasienter, flere tiltak per pasient	Flere pasienter, færre tiltak per pasient
Aktivitetsprofil:						
Pasienter per årsverk	28	20	22	34	22	34
Tiltak per årsverk	336	240	264	408	336	336
Direkte tiltak per pas.	8,0	8,0	8,0	8,0	10,2	6,6
Indir. tiltak per pas.	4,0	4,0	4,0	4,0	5,1	3,3
Resultat:						
Antall pasienter	321	230	253	390	253	390
Antall tiltak	3857	2755	3031	4684	3864	3856
Andel behandlertid	0,43	0,34	0,34	0,53	0,42	0,45
Refusjonsinntekt	2,6	2,0	2,0	3,1	2,5	2,7
Utgiftsdekning	40,0	31,1	31,6	48,5	38,8	41,3

* 50 prosent flere tilleggstakster – gruppe/familie

Kommentar til poliklinikker for barn og unge:

- Vi ser at for familieteam med få pasienter per årsverk, reduseres inntekten betydelig sammenliknet med allmennpsykiatriske team/modellpoliklinikken. 50 prosent økning i tilleggstakst for gruppe/familie kan ikke oppveie inntektstapet som følge av få pasienter.
- Det er først og fremst lav produktivitet (få pasienter per årsverk) som gir betydelig utslag i form av redusert inntekt, og tilsvarende økt inntekt gitt høy produktivitet (mange pasienter per årsverk). Ulik praksisprofil i form av enten færre pasienter og flere tiltak per pasient eller flere pasienter og færre tiltak per pasient, gir kun små avvik i inntekt sammenliknet med modellpoliklinikken.

Tabell 10.13 Konsekvenser for ulike polikliniske team for voksne (med ulik aktivitetsprofil).

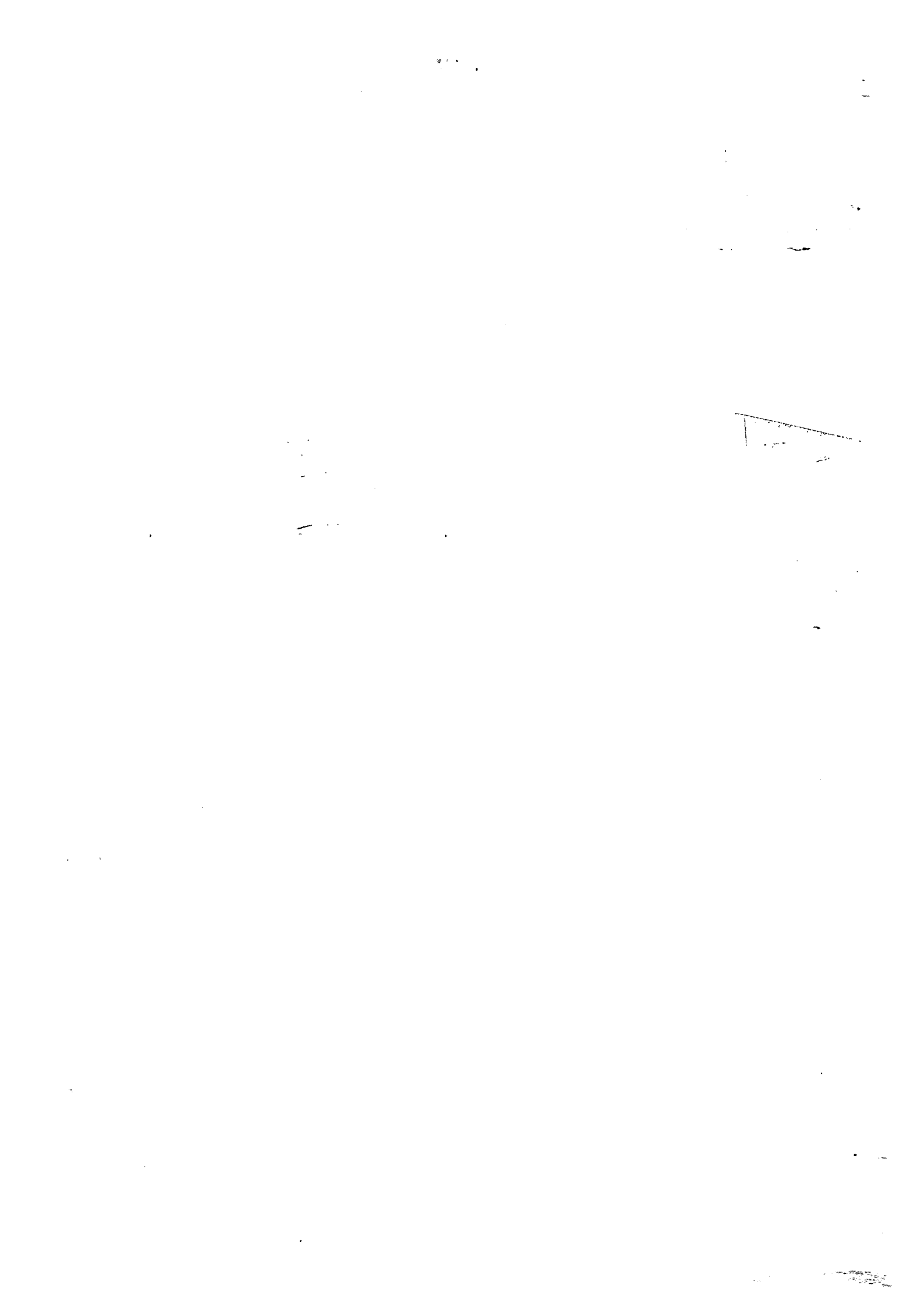
	Allmennpsyk. team, modell- poliklinikk	Alders-psyk. team*	PUT**	Lav produk- tivitet	Høy produktivitet
Aktivitetsprofil:					
Pasienter per årsverk	42	35	38	34	50
Tiltak per årsverk	504	350	532	408	600
Direkte tiltak per pasient	10,0	6,0	10,0	10,0	10,0
Indirekte tiltak per pasient	2,0	4,0	4,0	2,0	2,0
Resultat:					
Antall pasienter	482	402	436	390	574
Antall tiltak	5786	4018	6107	4684	6888
Andel behandlertid	0,47	0,38	0,49	0,38	0,55
Refusjonsinntekt	2,5	2,0	2,6	2,0	2,9
Utgiftsdekning	35,0	28,9	36,7	28,4	41,6

* Fire-dobling av antall ambulante tiltak sammenliknet med modellpoliklinikken

** Dobling av antall ambulante tiltak sammenliknet med modellpoliklinikken

Kommentar til poliklinikker for voksne:

- Vi ser at for alderspsykiatriske team med få pasienter per årsverk og få tiltak per pasient, reduseres inntekten betydelig sammenliknet med allmennpsykiatriske team/modellpoliklinikken. En fire-dobling av tilleggskost for reise knyttet til ambulant oppfølging, kan ikke oppveie inntektstapet som følge av få pasienter.
- Psykiatriske ungdomsteam (PUT) derimot kommer noe bedre ut enn modellpoliklinikken gitt flere indirekte tiltak per pasient, dobling av tilleggskost for reise, men færre pasienter per årsverk.
- Som for poliklinikker for barn og unge er det først og fremst lav produktivitet (få pasienter per årsverk) som gir betydelig utslag i form av redusert inntekt, og tilsvarende økt inntekt gitt høy produktivitet (mange pasienter per årsverk).



11 Anbefaling

Vi har ovenfor beskrevet tre alternativer for endring av dagens refusjonsordning. Poliklinikkens hovedoppgaver kan oppsummeres som direkte pasientbehandling, veiledning og kompetanseoverføring til førstelinjetjenesten og egen kompetanseutvikling. I tabellen nedenfor har vi oppsummert signaler og forventede effekter av alternativene for disse tre hovedoppgavene.

Tabell 11.1 Alternative endringer og effekter for poliklinikkens hovedoppgaver.

	Aktivitetsalternativet	Årsverksalternativet	Mellomalternativet
Direkte pasientbehandling	Sterk stimulering i retning dette området – de fleste takster er her		Stimulering i retning dette området via takster – sidestilles med andre områder gjennom timeverkstaksten
Veiledning og kompetanseoverføring til førstelinjetjenesten og andre	Sterk stimulering i retning dette området – gjennom tre takster for samarbeid	I dette alternativet ligger ingen prioritering av enkeltområder – alt sidestilles	Stimulering i retning dette området via takster – sidestilles med andre områder gjennom timeverkstaksten
Egen kompetanseutvikling	Ingen direkte stimulering av dette området via takster		Ingen direkte stimulering av dette området via takster – sidestilles med andre områder gjennom timeverkstaksten

Aktivitetsalternativet er det alternativet som gir sterkest signaler til poliklinikkene. Dersom dette alternativet implementeres er den forventede effekt at tidsbruken dreies mot direkte pasientbehandling og samarbeid med førstelinjetjenesten, og at mindre tid brukes på andre aktiviteter. Dette alternativet stimulerer til effektiv utnytting av ressursene (økt produktivitet), men kan også lede til at mindre tid brukes på egen kompetanseutvikling.

Årsverksalternativet gir på den annen side ingen føring for poliklinikkens tidsbruk og er slik sett nøytralt. Dette alternativet gir først og fremst incitament til helseforetakene om å generelt øke den polikliniske virksomheten (Dette incitamentet vil helseforetakene ha uansett hvilket av de tre alternativene som velges.)

Mellomalternativet balanserer mellom disse to ved å gi de samme signaler som aktivitetsalternativet med hensyn til tidsbruk, men signalene dempes gjennom kombinasjonen av aktivitets- og timeverkstakster.

Vår anbefaling er oppsummert i fem punkter:

1. Mellomalternativet velges som erstatning for dagens polikliniske refusjonsordning

Begrunnelse:

- Etter vår vurdering er det riktig å stimulere til økt pasientbehandling gjennom det polikliniske refusjonssystemet, og det er i tråd med de helsepolitiske signalene å stimulere til varierte arbeidsformer både i form av direkte pasientkontakt, ambulant virksomhet og veiledning og kompetanseoverføring til førstelinjen.
- Det er samtidig påvist at poliklinikkene bruker forholdsvis mye tid på kompetanseheving, noe som tyder på at det isolert sett ikke er et påtrengende behov for å stimulere egen kompetanseheving. På den annen side er den polikliniske virksomheten fremdeles i en vekstfase, og det vil også i årene fremover bli et sterkt behov for spesialistutdanning og generell kompetanseoppbygging. Dette trekker i retning av å redusere muligheten for uønskede reduksjoner i egen kompetanseutvikling. Mellomalternativet har en slik dempende effekt innebygget.
- Analyser av tidligere endringer i refusjonssystemet gir ingen klare empiriske bevis på at poliklinikkens aktivitet styres av økonomiske incitamenter. På den annen side gir mange poliklinikkledere selv uttrykk for signalene i refusjonssystemet virker styrende, og den statlige eierskapsreformen har medført økt fokus på økonomistyring. Det er god grunn til å tro at varslene om underskudd i mange helseforetak vil lede til en vesentlig strammere økonomisk styring. Inntjening vil bli satt i fokus også i psykiatriske poliklinikker, og vår hypotese er derfor at refusjonssystemet vil være mer styrende i fortsettelsen enn det vi har sett tidligere. Vi forventer at aktivitetsbaserte takster vil påvirke poliklinikkens faktiske tidsbruk og prioriteringer, noe som også gir mulighet for uønskede dreininger. Dette trekker i retning av å balansere effekten av aktivitetsbaserte takster.
- Økt vekt på økonomistyring og sterk fokus på inntjening vil også gi poliklinikkene incitament til strategisk takstbruk. Poliklinikkene vil ha incitament til å tolke regelverket videst mulig for å øke inntekten. Det er klare signaler om at takstene per i dag utnyttes maksimalt og etter vår vurdering over grensen for hva regelverket gir anledning til - for å gi størst mulig inntekt. Ved innføring av nye aktivitetsstakster vil det også bli flere muligheter for å utnytte takstene på en utilsiktet og ureglementær måte. Behovet for kostnadskontroll tilsier derfor også at det er ønskelig å dempe betydningen av aktivitetsstakstene.

Hvilken vekt som skal legges på henholdsvis aktivitetstakster og timeverkstakst er avhengig av hvor sterke en ønsker at incitamentene i aktivitetstakstene skal være. Det er grunn til å tro at jo høyere aktivitetstakstene er, jo større betydning vil de ha for poliklinikkens tidsbruk. Ønsket om å påvirke poliklinikkens prioriteringer må derfor veies mot ønsket om en generell stimulering av poliklinisk virksomhet. Vår vurdering er at i dagens refusjonssystem er aktivitetstakstene forholdsvis lave. For barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker spesielt, betyr aktivitetstakstene lite inntektsmessig sammenlignet med timeverkstaksten. Det er derfor grunn til å legge større vekt på aktivitetstakster enn i dag, for å stimulere poliklinikkene direkte.

I vårt forslag har vi lagt oss på en 50/50 vektlegging av aktivitetstakster og timeverkstakst. Dette innebærer en vesentlig sterkere vekt på aktivitetstakster enn i dag for poliklinikker for barn- og unge. Antageligvis vil det også medføre en noe sterkere vekt på aktivitetstakster for voksenpsykiatriske poliklinikker, men dette er noe mer usikkert. Et alternativ kan eventuelt være å differensiere mellom poliklinikker for barn og unge og poliklinikker for voksne, og legge 60 prosent vekt på aktivitetstakster og 40 prosent vekt på timeverkstakst for voksenpsykiatriske poliklinikker.

Det er samtidig grunn til å understreke at dersom aktivitetstakster skal ha noen effekt på poliklinikkens tidsbruk, er det en forutsetning at poliklinikkene også "ser" inntektene. Dersom staten overfører polikliniske inntekter til det regionale helseforetaket eller til helseforetaket, uten at inntektene videreføres og synliggjøres for poliklinikken, vil incitamentene i aktivitetstakstene i stor grad falle bort. Det finnes ulike modeller for organisering og økonomistyring innen både regionale helseforetak og helseforetak, men avgjørende for effekten av aktivitetstakstene er spørsmålet om poliklinikkene er ansvarlig for egne utgifter og inntekter eller ikke. Dersom de får beholde overskudd og samtidig må dekke eventuelle underskudd, vil incitamentene være sterke. I motsatt tilfelle vil incitamentene være svake.

I vårt forslag er takstene beregnet utfra en forutsetning om at statens utgifter til polikliniske refusjoner skal ligge på samme nivå som i 2002. Det innebærer at satsene er satt slik at de i gjennomsnitt dekker 40 prosent av driftsutgiftene til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og 35 prosent av driftsutgiftene til voksenpsykiatriske poliklinikker. Vi forutsetter at ordningen med egenandeler videreføres slik at samlet sett vil voksenpsykiatriske poliklinikker også få dekket 40 prosent av utgiftene. Våre beregninger i kapittel 10 viser at de samlede statlige utgiftene med mellomalternativet vil bli svakt lavere enn de faktiske utgiftene i 2001. Det er imidlertid grunn til å tro at et nytt og utvidet refusjonssystem vil føre til økt aktivitet. Beregningene av ulike former for aktivitetsvekst viser at det som i utgangspunktet var en reduksjon i statens utgifter, raskt kan bli en økning.

Hva som er det riktige nivået med hensyn til dekningsgrad, er igjen avhengig av hvor sterke incitamentene staten ønsker å bygge inn i refusjonssystemet. Med høyere dekningsgrad blir også takstene høyere, og det er grunn til å tro at incitamentene i takstsystemet også vil bli sterkere. På den annen side tyder erfaringene fra tidligere endringer av takstsystemet på at redusert inntekt leder til praksisendringer. For den enkelte poliklinikk vil derfor spørsmålet om nytt takstsystem, med dagens praksis, leder til økt eller redusert inntekt være vesentlig. Dette kompliseres ytterligere av at helseforetakene kan velge å redusere sin rammebevilgning til poliklinikkene, slik at det som i utgangspunktet var en merinntekt og økt samlet ramme for en poliklinikk som følge av nytt takstsystem, kan bli en redusert ramme som følge av redusert bevilgning fra helseforetaket. Det er med andre ord viktig å være klar over at effektene av endringene i refusjonssystemet både vil være avhengig av systemet for statlig finansiering av regionale helseforetak og av de interne styringsmodellene i helseforetakene.

Vi har tatt utgangspunkt i at de statlige utgiftene skal ligge på samme nivå som i dag og har derfor beregnet satsene med utgangspunkt i 40/35 prosent dekningsgrad. Hvordan den enkelte poliklinikk vil komme ut med mellomalternativet, vil variere. Avhengig av produktiviteten vil noen vil komme bedre ut, mens andre på kort sikt vil komme ut med redusert inntekt. Dette vil også være avhengig av hva slags type poliklinikk det er snakk om. Eksempelvis viser beregningene at familieteam og alderspsykiatriske team (gitt forutsetningene beskrevet i kapittel 10) vil komme ut med lavere inntekt enn 40/35 prosent dekningsgrad. Det innebærer at vi har lagt til grunn at helseforetakene selv differensierer mellom poliklinikker med ulik funksjon og oppgave, når de fastsetter sin rammebevilgning til poliklinikkene. I mange tilfeller vil ulike team utgjøre en stor poliklinikk. I dette tilfelle vil differensieringen måtte foretas innen poliklinikken.

Vi har forsøkt å utarbeide mellomalternativet så detaljert som mulig. Det er likevel grunn til å understreke at det på enkelte punkter er behov for ytterligere presiseringer. Dette gjelder f.eks. prosedyrer og vilkår for godkjenning av poliklinikker, krav til bemanning og eventuelt ytterligere presiseringer av vilkår for bruk av de enkelte takstene. Generelt er det viktig å gi en så presis veiledning til bruk av takstene som mulig, for å sikre mest mulig lik praksis. På den annen side bør unødvendig detaljstyring unngås.

2. Poliklinikkens takstbruk følges nøye

Det er grunn til å tro at bruk av ulike takster vil variere. Vi registrerer at inntjening har stor oppmerksomhet i helseforetakene, og det vil derfor være et generelt press mot å utnytte det polikliniske refusjonssystemet mest mulig. Fra statens side er det viktig å etablere informasjonssystemer som gjør det mulig å følge poliklinikkens takstbruk løpende. Dette for å

kunne avdekke feil bruk av takstene, men også for å avdekke ulik praksis som følge av uklare retningslinjer. Fra statens side vil en slik kontroll være viktig utfra hensynet til refusjonssystemet legitimitet og kostnadskontroll.

3. Poliklinikkens bruk av tid og produktivitet følges nøye

Informasjon om takstbruk bør også sammenholdes med poliklinikkens tidsbruk, aktivitet og produktivitet. Det er generelt viktig å evaluere i hvilken grad endringer i refusjonssystemet leder til endringer poliklinikkens prioriteringer og tidsbruk, sett i lys av de nasjonale målene for den polikliniske virksomheten.

4. Endringer i takstene vurderes årlig

Med utgangspunkt i informasjon om poliklinikkens takstbruk, utviklingen for aktivitet og produktivitet – og ut fra kommentarer fra sektoren om sterke og svake sider ved refusjonssystemet, bør justeringer av takstene vurderes årlig. Det er generelt viktig å korrigere svake sider ved takstene og å endre refusjonssystemet i takt med poliklinikkens utvikling, slik at refusjonssystemets legitimitet opprettholdes.

5. Et refusjonssystem med *pasienten* som enhet utredes

Det er ønskelig å utrede et pasientklassifiseringssystem for poliklinikker som igjen kan gi grunnlag for takster per pasient på sikt, heller enn takster per aktivitet. Fordelen med å bruke pasient som grunnlag for refusjon er åpenbart at det gir et fokus på pasienten mer enn konsultasjoner og andre aktiviteter, at det åpner for å tenke behandlingsepisoder eller behandlingsforløp i stedet for isolerte enkeltaktiviteter og at det gir mulighet for differensiere mellom ulike pasientkategorier. Å lage et pasientklassifiseringssystem er imidlertid et stort og viktig utredningsarbeide i seg selv, og vi vil også anbefale at et slikt arbeide tar utgangspunkt i hele kjeden av tjenester – dag- og døgnvirksomhet inkludert.

Litteraturliste

Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002. Avgitt til Helsedepartementet 17 desember 2002. (Hagen-utvalget)

Bjørngård, J H (red)

2002 SAMDATA psykisk helsevern Tabeller 2001, Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2001, SINTEF Unimed, rapport 1 /02, Trondheim

Boyer CA og Mechanic D

1994 Psychiatric Reimbursement Reform in New York State: Lessons in Implementing Change. The Milbank Quarterly Vol 72 Number 4.

Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres ved statlige helseinstitusjoner eller ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. Prislister 1. januar 2003. Rikstrygdeverket.

Hagen, Helge

2001 Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1 november 1999, SINTEF Unimed helse- tjenesteforskning rapport 5/01, Trondheim.

Hagen TP og Iversen T

1996 Modeller for finansiering av sykehustjenester. Sosialøkonomen 10: 32-39.

Hagen TP, Iversen T og Magnussen J

2001 Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering? HERO skriftserie 2001:5, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.

Halsteinli V (red).

1998 Psykiaritjenesten på 90-tallet. SAMDATA psykiatri. NIS-rapport 5/98, Trondheim, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.

Hatling T, Bjørngård J H og Johansen K I

2002 Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Rapport STF78 A025003, Trondheim, SINTEF Unimed.

Helsedepartementet (2001): Styringsdokument for de regionale helseforetakene, november 2001, Oslo.

Innst. S. nr. 258 (1996/97): Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Åpenhet og helhet), Oslo.

Innst. S. nr. 222 (1997/98) Innstilling fra sosialkomiteen om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, Oslo.

Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999.

PsychPPS Project Work Plan. National Association of Reimbursement Officers. Naro News, july 2001. <http://www.us-naro.org>

Resident Assessment Instrument - Mental Health Project. Phase II Update - November/December 2001. [Http://www.jppc.org/raimh/](http://www.jppc.org/raimh/)

Rundskriv IK-15/2001 Statens helsetilsyn
Godkjenning av psykiatriske poliklinikker - retningslinjer for faglig skjønnsutøvelse.

Sosial- og helsedepartementet (2001): Forskrift om Individuell plan I-1028, Oslo.

Sosial- og helsedepartementet (2001): Veileder om individuell plan 2001, I-1026B, Oslo.

Sosial- og helsedepartementet (1999): Rundskriv I-24/99 Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999. m.m., Oslo.

Sosial- og helsedepartementet (2000): Rundskriv I-61/2000 Takstendringer for offentlige poliklinikker samt Styringsdokument for de regionale helseforetakene for 2002.

Statens helsetilsyn (2001) Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Statens helsetilsyns Utredningsserie nr 2-2001, Oslo.

Statens helsetilsyn (2001) Distriktpsykiatriske sentre - organisering og arbeidsområder. Statens helsetilsyns veileder 1-2001, Oslo.

St meld nr 25

1996-1997 Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

St prp nr 63
1996-1997

Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i stats-
budsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet

Ulleberg P, Hatling T, Løvdahl H

1998

Pasientklassifisering innen psykiatrien. En litteraturgjennomgang. Rapport
STF A98503, Trondheim, SINTEF Unimed.

VEDLEGG

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Tabelloversikt	4
Figuroversikt	5
Vedlegg 1	7
Modell for analyse av vridningseffekter som følge av endringer i refusjonssystemet	7
1 Innledning	7
1.1 Analyse av takstendring 1: Rammebevilgning fra eier endres ikke.....	9
1.2 Analyse av takstendring 2: Rammebevilgningen fra eier endres.....	11
1.3 Oppsummering	13
Vedlegg 2	17
Empirisk analyse av endringen i refusjonssystemet i 1997	17
2 Innledning	17
2.1 Data og metode.....	18
2.2 Resultater	19
2.3 Oppsummering	26
Vedlegg 3	27
Modell for analyse av effekter av endring finansieringssystemet for aktivitet og effektivitet	27
3 Innledning	27
3.1 Rammefinansiering	28

3.2	Stykkprisrefusjon	29
3.3	Årsverksrefusjon	30
3.4	Oppsummering	30
Vedlegg 4		37
Kjennetegn ved poliklinisk virksomhet.....		37
4	Innledning	37
4.1	Er det forskjeller mellom poliklinikker innen psykisk helsevern for barn- og unge og poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne?	37
4.2	Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker	40
4.2.1	Aktivitet - produktivitet	43
4.3	Voksenpsykiatri	44
4.3.1	Aktivitet - produktivitet	47
Vedlegg 5		49
Poliklinisk aktivitet og statlige styringssignaler		49
5	Innledning	49
5.1	Poliklinisk aktivitet	50
5.1.1	Innledning	50
5.1.2	Pasientbehandling	50
5.1.3	Operasjonalisering av pasientarbeid	51
5.1.4	Kommentarer:.....	51
5.1.5	Konklusjon angående pasientbehandling så langt:	51
5.1.6	Samarbeid	53
5.1.7	Operasjonalisering av samarbeid	53
5.1.8	Kommentarer	54
5.1.9	Konklusjoner i forhold til samarbeid så langt	54
5.1.10	Kompetanseutvikling	54
5.1.11	Operasjonalisering av kompetanseutvikling	55
5.1.12	Kommentarer	55

5.1.13	Konklusjoner i forhold til kompetanseutvikling så langt.....	55
5.1.14	Ledelse.....	55
5.1.15	Operasjonalisering av ledelse	55
5.1.16	Kommentarer	56
5.1.17	Konklusjoner i forhold til ledelse	56
5.1.18	Annet	56
5.1.19	Operasjonalisering av Annet.....	56
5.1.20	Konklusjoner i forhold til Annet.....	56
5.2	Offentlige dokumenter og poliklinisk drift	56
5.2.1	Hvilke dokumenter inngår?	56
5.2.2	Gjennomgang av helsepolitiske dokument om polikliniske tjenester	57
5.2.3	St meld nr 25 (1996-97).....	57
5.2.4	Sosialkomiteens innstilling S nr. 258 (1996/97) om Stortingsmelding nr 25	58
5.2.5	St prp nr 63 (1998-99) Opptappingsplanen.....	58
5.2.6	Sosialkomiteens innstilling S nr 222 (1997-98) om Opptappingsplanen	59
5.2.7	Lov om spesialisthelsetjenesten.....	59
5.2.8	Sosial- og helsedepartementets styringsdokumenter	59
5.2.8.1	Rundskriv I-24/99 Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999. m.m.	59
5.2.9	Rundskriv I-61/2000 Takstendringer for offentlige poliklinikker.	61
5.2.10	Styringsdokument for 2002 til de regionale helseforetakene.....	61
5.2.11	Individuell plan.....	62
5.2.12	Oppsummering av de helsepolitiske signaler:	63
Vedlegg 6		65
Karakteristika ved dagbehandling i DPS, sykehus og klinikker/poliklinikker		65
6	Innledning	65
6.1	Metode	65
6.2	Resultater for psykisk helsevern for voksne.....	66
6.3	Distriktpsikiatriske sentra	66

6.4	Sykehus.....	68
6.5	Resultater psykisk helsevern for barn og unge.....	68
6.6	Noen enkeltområder.....	69
6.6.1	Krav til pasientsammensetning.....	69
6.6.2	Profesjonsbakgrunn	69
6.7	Refusjonspraksis.....	70
6.8	Oppsummering	70
	Intervjuguide – Dagbehandling	73
	Litteraturliste.....	77

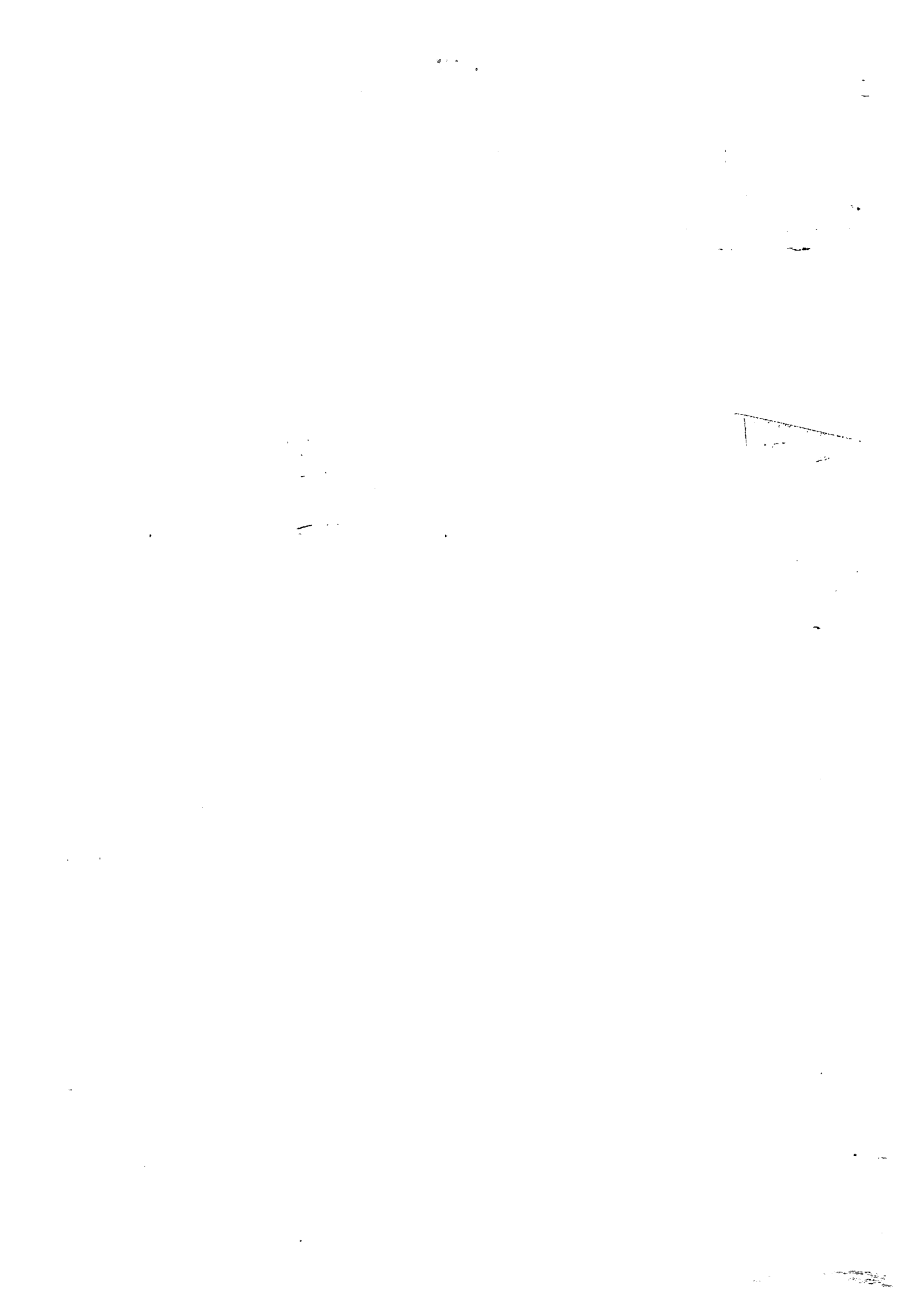
Tabelloversikt

Tabell v 2.1	Deskriptiv statistikk. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker 1996-2000 som inngår i analysene.....	18
Tabell v 2.2	Analyse av direkte tiltak per fagårsverk. t-verdier i parentes.....	20
Tabell v 2.3	Analyse av pasienter per fagårsverk. t-verdier i parentes.....	21
Tabell v 2.4	Analyse av direkte tiltak per pasient. t-verdier i parentes.....	22
Tabell v 2.5	Test om årsummyer for poliklinikker med tilknytningsfylke med høy dekningsgrad i 1996 er forskjellig fra de øvrige*. Analyse metode: FEM. t-verdier i parentes.	23
Tabell v 2.6	Test om årsummyer for poliklinikker med høy beregnet økning i refusjonsinntekt med nytt refusjonssystem er forskjellig fra de øvrige*. Analyse metode: FEM. t-verdier i parentes.....	25
Tabell v 4.1	For terapeutisk personell i voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, prosent tidanvendt på ulike aktiviteter i en 14-dagers periode våren 2002.	38
Tabell v 4.2	Finansiering av poliklinikker. Standardavvik i parentes. 2000.	38
Tabell v 4.3	Refusjonsinntekter etter taksttype (basert på tall innhentet fra et utvalg poliklinikker 2001).	39
Tabell v 4.4	Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i ulike teamtyper i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for barn og unge. 2002.	40
Tabell v 4.5	Utvalgte nøkkeltall for polikliniske tjenester for barn og unge.	43
Tabell v 4.6	Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i ulike teamtyper i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for voksne. 2002.....	44

Tabell v 4.7	Utvalgte nøkkeltall for polikliniske tjenester for voksne.....	47
--------------	--	----

Figuroversikt

Figur v 1.1	Budsjettlinjen til poliklinikken.....	8
Figur v 1.2	Preferanser - indifferenskart.....	9
Figur v 1.3	Illustrasjon av virkning av endring i refusjonssatser.....	10
Figur v 1.4	Illustrasjon av virkning av endring i refusjonssatser når eier nøytraliserer den direkte inntektsmessige virkningen.....	12
Figur v 2.1	Endring i refusjonsinntekt per pasient med gamle og nye takster.....	24
Figur v 3.1	Tilpasning for poliklinikk og eier med rammefinansiering.....	28
Figur v 3.2	Overgang til større innslag av stykkprisfinansiering.....	29
Figur v 4.1	Andel tid til direkte pasientrettet arbeid og andel tid til annet/ikke pasientrettet arbeid en 14-dagers periode våren 2000. Poliklinikker for barn og unge.....	41
Figur v 4.2	Tid til annet/ikke pasientrelatert arbeid og tid til direkte eller indirekte pasientrelatert arbeid. Tid i prosent av arbeidstiden en 14-dagers periode våren 2000. Poliklinikker for barn og unge.....	42
Figur v 4.3	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlere i psykisk helsevern for barn og unge.....	42
Figur v 4.4	Andel tid til direkte pasientrettet arbeid og andel tid til annet/ikke pasientrettet arbeid en 14-dagers periode våren 2000. Poliklinikker for voksne.....	45
Figur v 4.5	Tid til annet/ikke pasientrelatert arbeid og tid til pasientrelatert (direkte eller indirekte) arbeid. Tid i prosent av arbeidstiden en 14-dagers periode våren 2000. Poliklinikker for voksne.....	46
Figur v 4.6	Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlere i psykisk helsevern for voksne.....	46



Vedlegg 1

Modell for analyse av vridningseffekter som følge av endringer i refusjonssystemet

Jorid Kalseth

1 Innledning

Vi skal her presentere en enkel modell for analyse av hvordan endringer i refusjonssystemet kan påvirke poliklinikkens adferd med hensyn til aktivitetssammensetning. For at fremstillingen skal være oversiktlig gjør vi flere forenkende forutsetninger om poliklinikkens virksomhet og adferd. Vi reduserer virksomheten til å omfatte kun to produksjonsaktiviteter; n_1 (f.eks. nyhenvisninger) og n_2 (f.eks. konsultasjoner etter førstegangs henvisning). Enhetskostnaden ved å produsere n_1 og n_2 er henholdsvis c_1 og c_2 ¹. Poliklinikkens kostnader er da gitt ved: $c_1n_1 + c_2n_2$. Poliklinikken gis en rammebevilgning (B) fra eier. I tillegg mottar poliklinikken refusjon fra staten knyttet til aktivitetsnivå. Refusjonen gis som en gitt pris/takst per produsert enhet, henholdsvis r_1 kroner per enhet n_1 og r_2 kroner per enhet n_2 . Vi forutsetter at $r_1 < c_1$ og $r_2 < c_2$. Poliklinikkens inntekter er da gitt ved: $B + r_1n_1 + r_2n_2$. Jo høyere aktivitetsnivå, jo større er poliklinikkens inntekter. Vi antar at poliklinikken ikke driver med overskudd eller underskudd. Poliklinikken balanserer altså kostnader og inntekter, dvs. at følgende budsjettbetingelse er oppfylt:

$$(1.1) \quad B + r_1n_1 + r_2n_2 = c_1n_1 + c_2n_2$$

Budsjettbetingelsen kan alternativt skrives:

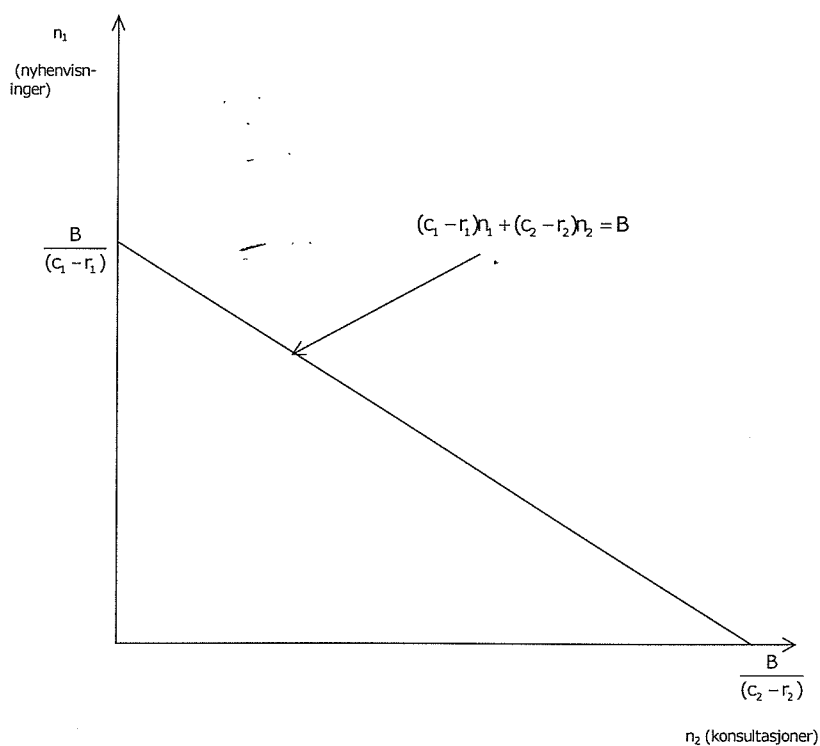
$$(1.1') \quad B = \bar{c}_1n_1 + \bar{c}_2n_2 \quad \text{hvor} \quad \bar{c}_1 = c_1 - r_1, \quad \bar{c}_2 = c_2 - r_2$$

De polikliniske refusjonene virker altså til å redusere kostnaden for økt produksjon for poliklinikken. Budsjettlinjen er fremstilt i figur v1.1. Gitt rammebevilgningen fra eier kan poliklinikken maksimalt produsere $B/(c_1 - r_1)$ enheter av n_1 ($n_2 = 0$) og maksimalt $B/(c_2 - r_2)$ enheter

¹ For enkelhets skyld antar vi her konstante enhetskostnader (gjennomsnittskostnader).

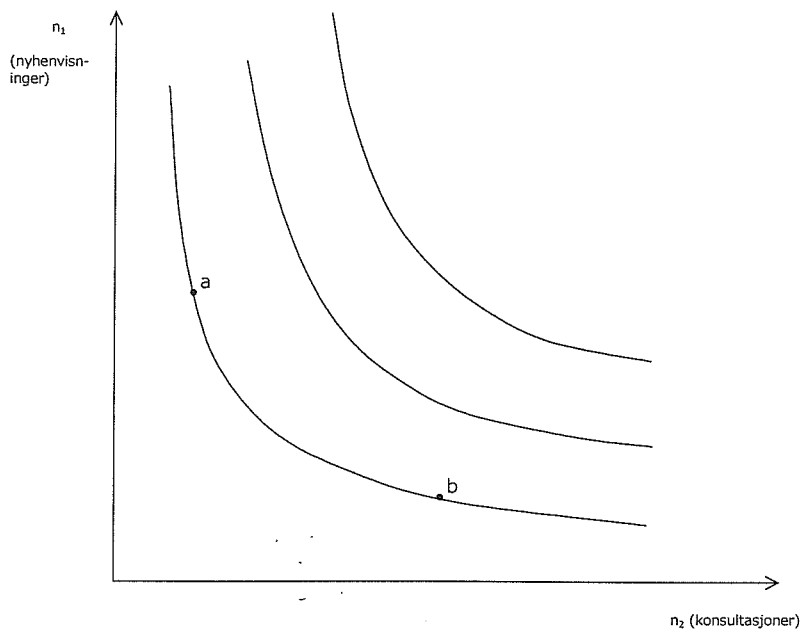
av n_2 ($n_1=0$). Dette danner skjæringspunktene med aksene. Budsjettlinjen illustrerer alle kombinasjoner av produksjonsnivå for n_1 og n_2 som oppfyller budsjettbetingelsen, dvs alle kombinasjoner hvor produksjonskostnadene er lik de samlede inntektene. For kombinasjoner av n_1 og n_2 som ligger innenfor budsjettlinjen er inntektene større enn kostnadene. Punkt som ligger nord-øst for linjen gir budsjettunderskudd. Helningen på budsjettlinjen er bestemt av forholdet mellom (c_1-r_1) og (c_2-r_2) , altså av de relative nettokostnadene. Jo høyere nettokostnaden for n_1 (nyhenvvisninger) er i forhold til nettokostnaden for n_2 (konsultasjoner) — jo flattere er budsjettlinjen.

Vi antar videre at poliklinikken har preferanser for aktivitetsnivå og -sammensetning, og slik at økning i n_1 og n_2 verdsettes positivt². I figur v1.2 er preferansene vist ved et sett av indifferenskurver. En indifferenskurve viser kombinasjoner av nivå på produksjon av de to aktivitetene som poliklinikken verdsetter like høyt.



Figur v 1.1 Budsjettlinjen til poliklinikken.

² Vi ser her bort fra eventuell avveining mellom aktivitet og effektivitet. Dette diskuteres i vedlegg 3.

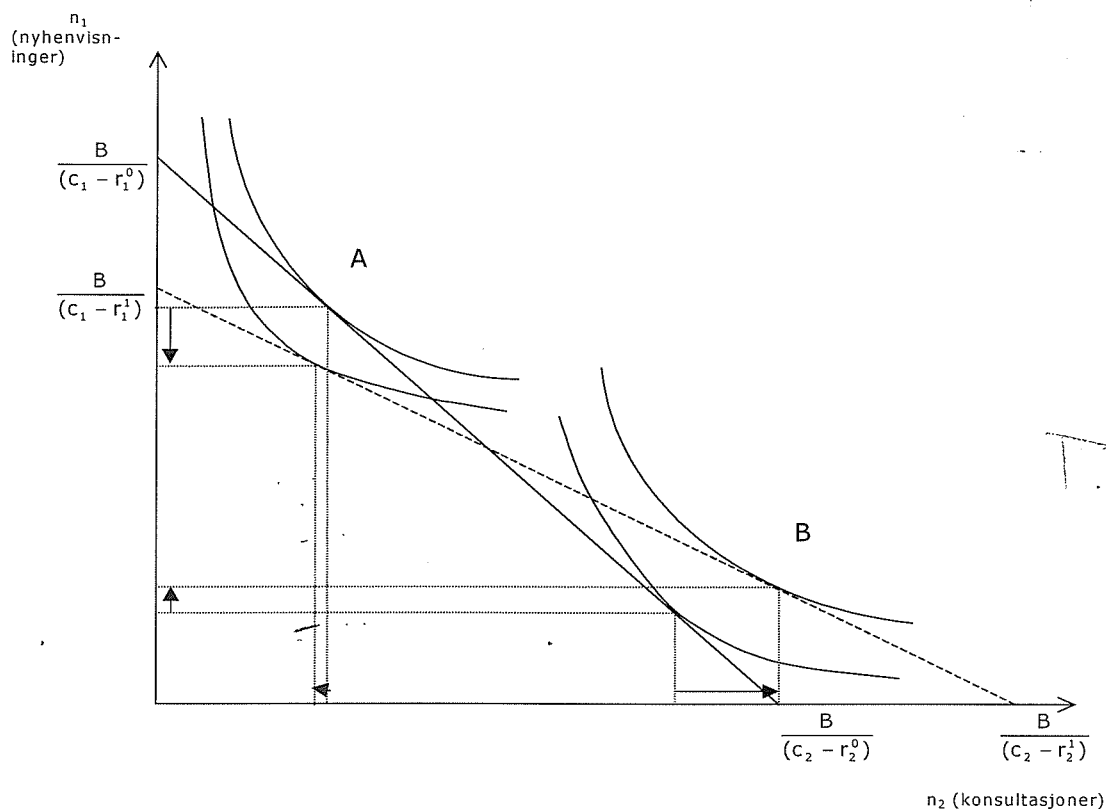


Figur v 1.2 Preferanser - indifferenskart.

At indifferenskurvene er fallene illustrerer forutsetning om at poliklinikken er villig til substituere lavere produksjon av den ene aktiviteten mot høyere produksjon av den andre aktiviteten. Kombinasjon *a* i figur v1.2, med høy produksjon av n_1 og lav produksjon av n_2 , verdsettes like mye som kombinasjon *b*, med lav produksjon av n_1 og høy produksjon av n_2 . At indifferens kurvene krumer mot origo illustrerer forutsetning om at jo lavere produksjonen av den ene aktiviteten er, jo større økning av den andre aktiviteten må til for at poliklinikken er villig til å oppgi en enhet av den første, dersom poliklinikken skal verdsette de to kombinasjonene likt. Vi ser at ved punkt *a* så kreves en liten økning i n_2 for at poliklinikken skal være villig til å redusere n_1 . Ved punkt *b* derimot så kreves en stor økning i n_2 for at poliklinikken skal være villig til å redusere n_1 . Poliklinikken foretrekker høye produksjonsnivå framfor lave produksjonsnivå. Det betyr at indifferens kurver som ligger lenger nord-øst i diagrammet viser kombinasjoner av aktiviteter som verdsettes høyere enn indifferens kurver som ligger nærmere origo. Alle kombinasjoner av n_1 og n_2 kan plasseres langs en indifferenskurve.

1.1 Analyse av takstendring 1: Rammebevilgning fra eier endres ikke

Vi skal nå bruke figurbetragtninger til å diskutere mulig virkninger på poliklinikkenes tilpasning ved en endring i refusjonssatsene. Vi ser på en omlegging der staten ønsker å øke belønningen for den ene typen aktivitet, mens refusjonssatsen for den andre typen aktivitet settes ned, dvs. en omlegging lik den som fant sted i 1997. Før takstendringen er refusjonssatsene henholdsvis r_1^0 og r_2^0 for n_1 og n_2 . Nye takster er gitt ved r_1^1 for n_1 og r_2^1 for n_2 . Takstendringen er slik at refusjonen for n_1 går ned, dvs. $r_1^1 < r_1^0$, og refusjonen for n_2 øker, dvs. $r_2^1 > r_2^0$.



Figur v 1.3 Illustrasjon av virkning av endring i refusjonssatser.

Figur v1.3 viser tilpasningen for to poliklinikker A og B som er like med hensyn til nivået på rammebevilgning fra eier, men ulike med hensyn til preferanser for aktivitetssammensetning. Den heltrukne budsjettlinja viser situasjonen før takstendringen. Tilpasningen for poliklinikkene finner vi der hvor budsjettlinja tangerer en indifferenskurve³. Det gir den kombinasjonen av aktiviteter som poliklinikken verdsetter høyest av punktene langs budsjettlinja. Vi ser at poliklinikk A har preferanser for høyt nivå på n_1 (nyhenvisninger), mens poliklinikk B har en faglig profil med høyt antall n_2 (oppfølgingskonsultasjoner).

Takstendringen gjør at budsjettlinja roterer. Nettokostnaden for n_1 går opp når refusjonssatsen reduseres. Med uendret nivå på rammebevilgningen fra eier, vil maksimalt oppnåelig antall n_1 derfor reduseres. Det motsatte skjer mht n_2 som har fått økt refusjonssats.

Endringen i refusjonssatsen påvirker inntektene til poliklinikkene direkte. Poliklinikk B som har et høyt antall n_2 (som har fått økt sats) i forhold til antall n_1 (som har fått lavere sats) får økt den totale refusjonsinntekten med uendret aktivitetsnivå- og sammensetning. Poliklinikk A på den annen side, som har et høyt antall n_1 i forhold til n_2 , taper på endringen i den forstand at refusjonsinntekten går ned ved uendret aktivitet. Den opprinnelige tilpasningen er ikke lenger oppnåelig for poliklinikk A, den nye budsjettlinja ligger under den opprinnelige budsjettlinja. Det innebærer at minst en av aktivitetene må reduseres. Det motsatte er tilfelle for poliklinikk B. Denne poliklinikken kan øke en eller begge aktivitetene.

³ Jømfør likningene (1.3a) og (1.3b) i avsnittet Utleddning av modellresultater sist i dette vedlegget.

Endringen i tilpasningen kan splittes i en prisvridningseffekt og en inntektseffekt⁴. Prisvridningseffekten er den rendyrkede effekten av at det relative prisforholdet (nettokostnadsforholdet) mellom de to aktivitetene endres. I vårt tilfelle blir n_2 (n_1) både absolutt sett og relativt sett billigere (dyrere) enn før endringen i satsene. Dette trekker isolert sett i retning av å øke n_2 og å redusere n_1 . Styrken på prisvridningseffekten er bestemt av helningen på indifferenskurven i tilpasningspunktet. Jo mindre bratt kurven er⁵, jo sterkere er prisvridningseffekten. Inntektseffekten fanger opp at endring i satsene endrer refusjonsinntekten til poliklinikkene gitt initial tilpasning. For poliklinikk A virker endringene i satsene til å redusere refusjonsinntekten. Dersom både n_1 og n_2 er 'normale goder', trekker inntektseffekten i retning av reduksjon både av n_1 og n_2 . Det motsatte er tilfelle for poliklinikk B.

For poliklinikk A vil, i normale tilfeller, både prisvridnings- og inntektseffekten trekke i retning av reduksjon av n_1 . Effektene trekker i hver sin retning for n_2 . Dersom prisvridningseffekten er sterkere enn inntektseffekten vil den nye tilpasningen gi høyere nivå på aktiviteten n_2 . I figuren virker totaleffekten negativt på n_2 .

For poliklinikk B vil, i normale tilfeller, prisvridnings- og inntektseffekten trekke i hver sin retning for n_1 . Dersom prisvridningseffekten er sterkere enn inntektseffekten vil den nye tilpasningen gi lavere nivå på aktiviteten n_1 . I figuren virker totaleffekten positivt på n_1 . Begge effektene trekker i retning av økt n_2 .

Retning og styrke av virkning av endringer i refusjonssatsene vil altså generelt være ulik for poliklinikker som har en ulik tilpasning i utgangspunktet.

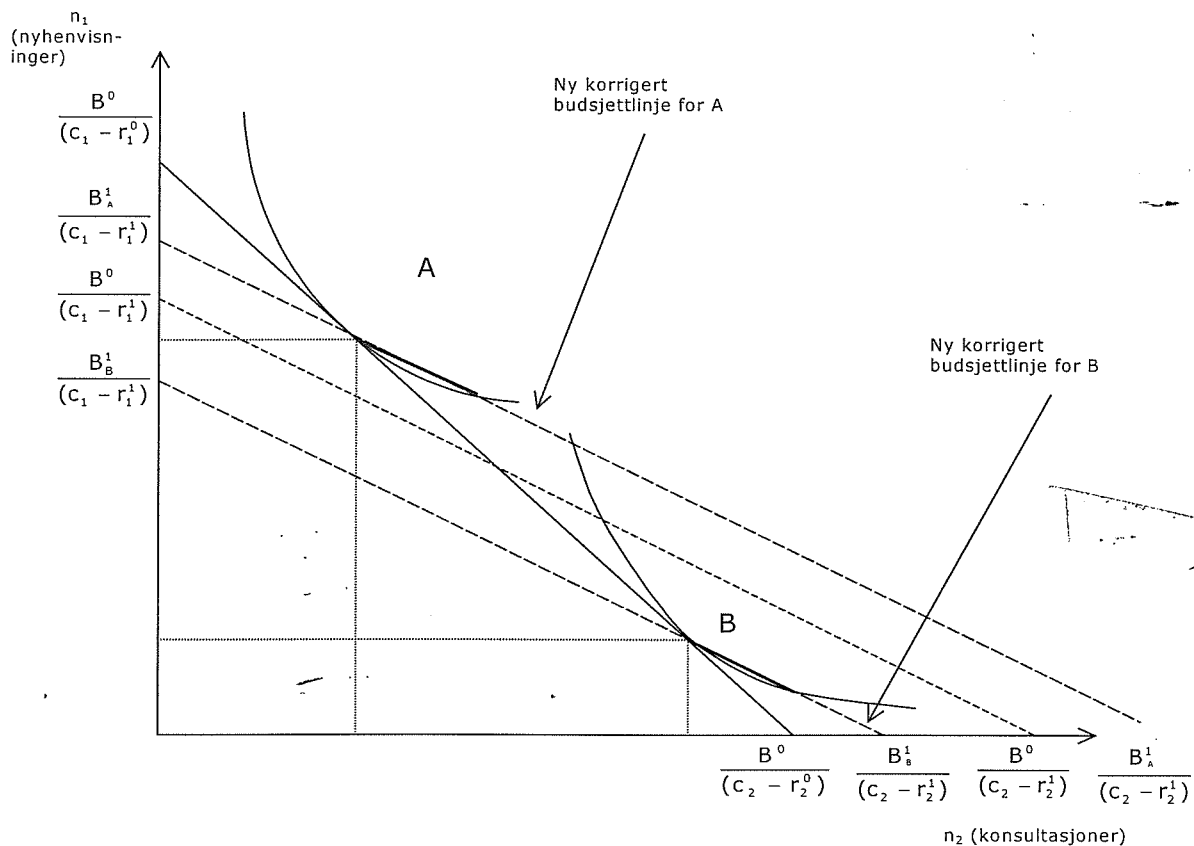
Vi har i diskusjonen overforutsatt at eier ikke endrer rammebevilgningen som følge av endring i refusjonssatsene. Nedenfor diskuterer vi poliklinikkens tilpasning dersom eier endrer rammebevilgningen.

1.2 Analyse av takstendring 2: Rammebevilgningen fra eier endres

Vi ser her på et tilfelle hvor eier forutser den direkte inntektsmessige virkningen for poliklinikken av endring i refusjonssatsene, og nøytraliserer denne ved å endre rammebevilgningen. Eier kjenner den opprinnelige tilpasningen til poliklinikken. Eier kan da beregne den direkte inntektsmessige virkningen av endring i refusjonssatsene ved gitt aktivitetsnivå. Ny rammebevilgning settes lik den opprinnelige rammebevilgningen pluss differansen i refusjonsinntekt med gamle og nye satser. Dette er illustrert i figur v1.4.

⁴ Jmfør likningene (1.7a) og (1.7b) i avsnittet Utledning av modellresultater sist i dette vedlegget.

⁵ Dvs. at poliklinikken i stor grad er villig til å bytte de to aktivitetene. Aktivitetene er substitutter for poliklinikken. Bratt kurve indikerer at aktivitetene i liten grad er substitutter gitt poliklinikkens preferanser om aktivitetssammensetning.



Figur v 1.4 Illustrasjon av virkning av endring i refusjonssatser når eier nøytraliserer den direkte inntektsmessige virkningen.

Den heltrukne linjen representerer, som i figur v1.3, budsjett beskrankningen før endring i refusjonssatsene, mens den småstiplet budsjettlinja representerer budsjett beskrankningen med nye refusjonssatser og opprinnelig rammebevilgning⁶. Vi så at, uten endring i rammebevilgningen, 'taper' poliklinikk A på endringen i satsene i den forstand at poliklinikken kan ikke opprettholde samme nivå på aktivitetene som før. Poliklinikk B derimot tjener på endringen i takstene. Eier ønsker altså å motvirke dette og endrer rammebevilgningen slik at poliklinikkens totale inntekter gitt de nye satsene er lik produksjonskostnadene ved opprinnelig tilpasning. Rammebevilgningen til poliklinikk A økes (B^0 til B_A^1) og rammetilskuddet til poliklinikk B reduseres (B^0 til B_B^1). De nye, korrigerte, budsjettlinjene har samme helning som ny budsjettlinje uten endring i rammebevilgningen og går gjennom de opprinnelige tilpasningspunktene.

Den nye tilpasningen skal skje på den nye budsjettlinjen. Det opprinnelige tilpasningspunktet vil ikke lenger være optimal tilpasning for poliklinikkene. Poliklinikkene foretrekker kombinasjoner av n_1 og n_2 som ligger på det heltrukne stykket av den nye budsjettlinjen framfor det opprinnelige tilpasningspunktet. Hvilken kombinasjon som blir valgt bestemmes av hvordan indifferenskartet til poliklinikken ser ut⁷. Endringen i tilpasningen skyldes at poliklinikkene utnytter at forholdet mellom nettokostnadene er endret når refusjonssatsene endres. n_2 er blitt relativt sett billigere å produsere for poliklinikken enn n_1 . Gitt at de to aktivitetene er substituerbare i poliklinikkens preferanser virker endring i refusjonssatsene, kombinert med

⁶ Her er rammetilskuddet til poliklinikk A og B like stort ($B=B^0$).

⁷ Gis ved tangeringspunktet mellom den nye budsjettlinjen og indifferenskurve som ligger lenger ut i diagrammet, jfr. figur v1.2.

justeringen av rammetilskuddet fra eier, til at poliklinikken velger å øke n_2 og å redusere n_1 ⁸. Prediksjonen med hensyn til vridningseffekter blir altså klare i de tilfeller eier nøytraliserer den direkte virkningen på refusjonsinntektene av endringer i satsene.

1.3 Oppsummering

Diskusjonen over viser at virkning av endring i refusjonssystemet både er avhengig av poliklinikkens profil og av hvordan eier responderer. Vi har her skissert to av flere, mulige situasjonsbeskrivelser.

Denne enkle modellanalysen kan brukes til å diskutere effekter av endringer i takstsystemet generelt. F.eks. vil innføring av takst på en aktivitet virke til å redusere nettokostnaden for denne aktiviteten for poliklinikkene. Motsatt dersom en tar bort taksten for en aktivitet. I tilfellet med bare to aktiviteter vil prisvridningseffekten alltid gå i motsatt retning for de to aktivitetene. I tilfeller med flere aktiviteter vil prisvridningseffekten avhenge av om aktivitetene er substitutter eller komplementære for poliklinikken. Endring i refusjonssatsene vil altså også påvirke tilpasningen for aktiviteter som ikke omfattes av refusjonssystemet.

Vi har i diskusjonen forutsatt at poliklinikken får beholde refusjonsinntektene når rammetilskuddet er satt. Prisvridningseffekten beror på dette. Dersom poliklinikkens totale inntekter ikke påvirkes av poliklinikkens tilpasning, vil endring i refusjonssatsene ikke påvirke poliklinikkens adferd.

Vi har her ikke diskutert eiers preferanser for aktivitetsnivå og -sammensetning. Eier kan sette rammetilskuddet ut fra forventet respons fra poliklinikken. Det kan også tenkes at eier justerer rammene underveis i budsjettåret. Dersom eier endrer de økonomiske rammebetingelsene underveis i budsjettåret, etter at de observerer aktivitetstilpasning og refusjonsinntekter til poliklinikken, åpner dette for komplekse spill mellom poliklinikk og eier.

I analysene i avsnittene over har vi implisitt antatt at endringer i refusjonssystemet isolert sett ikke har betydning for effektiviteten til poliklinikkene. Endring i effektiviteten vil i modellen være representert ved endring i enhetskostnadene (c_1 og c_2). Betydningen av utformingen av finansieringssystemet for effektiviteten ved poliklinikkene diskuteres i vedlegg 3.

Vedlegg 2 gir en empirisk analyse av utvikling i aktivitetsnivå ved poliklinikkene etter omleggingen av refusjonssystemet i 1997.

⁸ Jmfør likningene (1.8a) og (1.8b) i avsnittet Utledning av modellresultater sist i dette vedlegget.

Utleiding av modellresultater

Preferansene til poliklinikken uttrykkes ved en målfunksjon hvor de to aktivitetene n_1 og n_2 inngår som argumenter. Poliklinikken antas å foretrekke et høyt nivå på de to aktivitetene⁹:

$$(1.2) U = u(n_1, n_2) \quad u'_1 > 0, \quad u'_2 > 0$$

Poliklinikkens tilpasning beskrives ved maksimering av målfunksjonen (1.2) med hensyn på n_1 og n_2 , gitt budsjettrestriksjonen (1.1'). 1. ordensbetingelsen for løsningen på maksimeringsproblemet er gitt ved:

$$(1.3a) \quad u'_1 \bar{c}_2 - u'_2 \bar{c}_1 = 0 \quad \Leftrightarrow \quad \frac{u'_1}{u'_2} = \frac{\bar{c}_1}{\bar{c}_2}$$

$$(1.3b) \quad \bar{c}_1 n_1 + \bar{c}_2 n_2 - B = 0$$

Første ordensbetingelsen definerer n_1 og n_2 som funksjoner av B , \bar{c}_1 og \bar{c}_2 :

$$n_1 = n_1(B, \bar{c}_1, \bar{c}_2)$$

$$n_2 = n_2(B, \bar{c}_1, \bar{c}_2)$$

Hvordan n_1 og n_2 endres ved en endring i B , \bar{c}_1 eller \bar{c}_2 finner vi ved implisitt derivasjon av førsteordensbetingelsen mhp den aktuelle variabelen. Dette gir:

$$(1.4a) \quad \frac{\partial n_1}{\partial B} = \frac{1}{D} [u''_{22} \bar{c}_1 - u''_{12} \bar{c}_2]$$

$$(1.4b) \quad \frac{\partial n_2}{\partial B} = \frac{1}{D} [u''_{11} \bar{c}_2 - u''_{21} \bar{c}_1]$$

hvor $D = u''_{11}(\bar{c}_2)^2 - 2u''_{12}\bar{c}_1\bar{c}_2 + u''_{22}(\bar{c}_1)^2 < 0$ følger fra 2. ordenbetingelsen for løsningen på maksimeringsproblemet. Dersom n_1 og n_2 er normale goder vil $\frac{\partial n_1}{\partial B} > 0$ og $\frac{\partial n_2}{\partial B} > 0$.

$$(1.5a) \quad \frac{\partial n_1}{\partial \bar{c}_1} = \frac{u'_2 \bar{c}_2}{D} - n_1 \frac{\partial n_1}{\partial B}$$

$$(1.5b) \quad \frac{\partial n_2}{\partial \bar{c}_1} = -\frac{u'_2 \bar{c}_1}{D} - n_1 \frac{\partial n_2}{\partial B}$$

⁹ u'_1 og u'_2 er deriverte av første orden av målfunksjonen mhp henholdsvis n_1 og n_2 . Toppskrift " " indikerer deriverte av 2. orden.

$$(1.6a) \quad \frac{\partial n_1}{\partial \bar{c}_2} = -\frac{u_1' \bar{c}_2}{D} - n_2 \frac{\partial n_1}{\partial B}$$

$$(1.6b) \quad \frac{\partial n_2}{\partial \bar{c}_2} = \frac{u_1' \bar{c}_1}{D} - n_2 \frac{\partial n_2}{\partial B}$$

Første ledd i uttrykkene etter likhetstegnet i likning (1.5a)-(1.6b) gir den rendyrkede prisvridningseffekten mens siste ledd gir inntektseffekten av endringen i netto enhetskostnad. I tilfellet med normale goder vil inntektseffekten alltid være negativ. Prisvridningseffekten er også negativ for aktiviteten som er økt i pris/netto kostnad, dvs. $\frac{\partial n_1}{\partial \bar{c}_1} < 0$ og

$\frac{\partial n_2}{\partial \bar{c}_2} < 0$, mens fortegnet på $\frac{\partial n_2}{\partial \bar{c}_1}$ og $\frac{\partial n_1}{\partial \bar{c}_2}$ er ubestemt. Det følger av definisjonen av \bar{c}_1 og \bar{c}_2 at $\frac{\partial n_i}{\partial r_j} = -\frac{\partial n_j}{\partial r_i}$, $i=1,2$ og $j=1,2$.

I teksten drøftes effekten av en simultan endring i r_1 og r_2 , og hvor $dr_1 = \alpha dr_2$ og $\alpha < 0$. Når rammebevilgningen fra eier ikke endres ($dB=0$) så vil inntekten ved uendret tilpasning (n_1^0, n_2^0) endres som følger: $n_1^0 dr_1 + n_2^0 dr_2 = (\alpha n_1^0 + n_2^0) dr_2$. Endringen i tilpasningen er gitt ved:

$$(1.7a) \quad \begin{aligned} dn_1 &= \left[\alpha \frac{\partial n_1}{\partial r_1} + \frac{\partial n_1}{\partial r_2} \right] dr_2 = \left[\alpha \left(-\frac{u_2' \bar{c}_2}{D} + n_1 \frac{\partial n_1}{\partial B} \right) + \frac{u_1' \bar{c}_2}{D} + n_2 \frac{\partial n_1}{\partial B} \right] dr_2 \\ &= \left[\frac{(-\alpha u_2' \bar{c}_2 + u_1' \bar{c}_2)}{D} + (\alpha n_1 + n_2) \frac{\partial n_1}{\partial B} \right] dr_2 \end{aligned}$$

$$(1.7b) \quad \begin{aligned} dn_2 &= \left[\alpha \frac{\partial n_2}{\partial r_1} + \frac{\partial n_2}{\partial r_2} \right] dr_2 = \left[\alpha \left(\frac{u_2' \bar{c}_1}{D} + n_1 \frac{\partial n_2}{\partial B} \right) - \frac{u_1' \bar{c}_1}{D} + n_2 \frac{\partial n_2}{\partial B} \right] dr_2 \\ &= \left[\frac{(\alpha u_2' \bar{c}_1 - u_1' \bar{c}_1)}{D} + (\alpha n_1 + n_2) \frac{\partial n_2}{\partial B} \right] dr_2 \end{aligned}$$

Første ledd i uttrykket i siste hakeparentes i likningene (1.7a) og (1.7b) gir den rendyrkede prisvridningseffekten mens siste ledd gir inntektseffekten av endringen av refusjonssatsene. Dersom $dr_2 > 0$ og $dr_1 = -dr_2$, dvs. $\alpha = -1$, så har vi :a) Hvis $n_1^0 > n_2^0$ så vil $dn_1 < 0$, mens dn_2 er ubestemt. b) Hvis $n_1^0 < n_2^0$ så vil dn_1 være ubestemt, mens $dn_2 > 0$.

Dersom eier nøytraliserer endringen i refusjonstakstene ($dr_1 = \alpha dr_2$) ved uendret tilpasning (n_1^0, n_2^0), dvs. at $dB = -(\alpha n_1^0 + n_2^0) dr_2$, så vil endringen i aktivitetsnivå være gitt ved:

$$(1.8a) \quad dn_1 = \left[\alpha \frac{\partial n_1}{\partial r_1} + \frac{\partial n_1}{\partial r_2} - (\alpha n_1^0 + n_2^0) \frac{\partial n_1}{\partial B} \right] dr_2 = \frac{(-\alpha u_2' \bar{c}_2 + u_1' \bar{c}_2)}{D} dr_2$$

$$(1.8b) \quad dn_2 = \left[\alpha \frac{\partial n_2}{\partial r_1} + \frac{\partial n_2}{\partial r_2} - (\alpha n_1^0 + n_2^0) \frac{\partial n_2}{\partial B} \right] dr_2 = \frac{(\alpha u_2' \bar{c}_1 - u_1' \bar{c}_1)}{D} dr_2$$

Dersom $dr_2 > 0$ og $dr_1 = \alpha dr_2$, og $\alpha < 0$, så vil $dn_1 < 0$ og $dn_2 > 0$ dersom eier nøytraliserer inntektseffekten ved uendret tilpasning.

Vedlegg 2

Empirisk analyse av endringen i refusjonssystemet i 1997

Jorid Kalseth

2 Innledning

Et sentralt spørsmål i en diskusjon av alternative utforminger av takstsystemet er i hvilken grad utformingen av takstsystemet faktisk påvirker poliklinikkenes atferd. Dersom poliklinikkene ikke responderer på endringer i finansielle stimuli ved å endre praksis, vil en omlegging kun virke til å omfordere inntekt mellom poliklinikkene. Det er begrensede erfaringer med endringer i refusjonssystemet for de psykiatriske poliklinikkene. Systemet har gjennomgått kun én større endring etter innføringen i henholdsvis 1988 for voksenpsykiatriske poliklinikker og 1989 for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam. Det skjedde i 1997. Ellers har det bare vært mindre prisjusteringer. Før 1997 bestod ordningen av to typer takster, henvisningstakst og åpningstidstakst. Henvisningstaksten er en refusjon per henvist pasient og stimulerer til inntak av nye pasienter. Åpningstidstaksten er en refusjon pr timeverk utført av fagpersoner i godkjente stillinger og dekker både direkte og indirekte klientrettet arbeid. I 1997 ble det innført en konsultasjonstakst (150 kroner) for utredning og behandling etter første gangs konsultasjon. Samtidig ble henvisningstaksten redusert fra 1500 kroner til 900 kroner for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og fra 900 kroner til 500 kroner for voksenpsykiatriske poliklinikker.

I vedlegg 1 drøftes, ved bruk av en enkel modell, vridningseffekter på poliklinikkenes tilpasning som følge av endringer i refusjonstakstene. Omleggingen av refusjonssystemet i 1997 endret de relative nettokostnadene for nyhenvisninger og konsultasjoner for poliklinikkene tilsvarende eksemplet diskutert i vedlegg 1. Hensikten med omleggingen var å stimulere til økning i den direkte klientrettede virksomheten og til prioritering av langtids-pasienter. Innføring av takst for konsultasjoner etter førstegangs henvisning stimulerer til å gi flere konsultasjoner per pasient. Reduksjonen i henvisningstaksten gjør det mindre gunstig å ta imot nye pasienter. Denne prisvridningen tilsier isolert sett en økning i antall konsultasjoner per pasient med de nye takstene. Endringen i refusjonssatsene påvirker imidlertid også poliklinikkenes inntekter direkte. Denne inntektseffekten kan forsterke eller dempe/oppeve prisvridningseffekten avhengig av poliklinikkenes preferanser med hensyn til aktivitetssammensetningen.

Vi vil her undersøke om utviklingen ved poliklinikkene har vært i tråd med intensjonen bak omleggingen i 1997, altså om aktivitetssammensetningen er endret i retning av flere kon-

sultasjoner per pasient. Vi analyserer variasjon i antall direkte tiltak (konsultasjoner) per fagårsverk i poliklinikkene, antall pasienter per fagårsverk, og antall direkte tiltak per pasient.

Omleggingen i 1997 er den eneste større endring i takstene som er foretatt i analyseperioden. Vi kan derfor ikke bruke takstene direkte som variable i analysen. Vi kan imidlertid undersøke hvorvidt poliklinikkene har endret praksis etter 1996. For at eventuell endring i observert praksis etter 1996 skal kunne tilskrives omleggingen av takstsystemet, må vi ha kontrollert for *alle andre forhold* som endret seg etter omleggingen og som påvirker poliklinikkens atferd. Dette lar seg ikke gjøre. For det første har vi begrenset med data om kjennetegn ved poliklinikkene som kan tenkes å ha betydning for observert aktivitetsnivå. I analysen kontrollerer vi for størrelse, målt ved antall fagårsverk, og andelen årsverk med universitetsutdannelse av totale fagårsverk. For det andre er det andre, ytre, forhold som kan tenkes å påvirke poliklinikkens atferd og som endrer seg i samme periode. Her tenker vi spesielt på Opptrappingsplanen for psykisk helse. Resultatene fra analysen må derfor tolkes med forsiktighet i forhold til å konkludere om poliklinikkens respons på endringer i takstsystemet. De vil likevel gi en pekepinn om utviklingen etter omleggingen går i den retning som endringene i takstsystemet var ment å stimulere til.

2.1 Data og metode

Analysene er basert på data for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker for årene 1996-2000, hentet fra det pasientadministrative systemet BUP-data som danner underlagsmateriale i SAMDATA publikasjonene. Materialet inkluderer 236 observasjoner. Ikke alle poliklinikkene har data for alle år. Antall observasjoner per år varierer fra 38 i 1997 til 51 i 1996. Alle poliklinikkene som er inkludert i analysen har data for 1996. Gjennomsnitt, standard avvik, minimums og maksimumsverdier for variablene som inngår i analysen er gjengitt i tabell v2.1.

Tabell v 2.1 Deskriptiv statistikk. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker 1996-2000 som inngår i analysene.

År		Pasienter	Direkte tiltak	Fag-personell	Andel univ. pers.	Direkte tiltak per fagårsverk	Pasienter per fagårsverk	Direkte tiltak per pasient
1996 (N=51)	Gj.snitt	227	1713	10,0	51	172,6	23,6	7,5
	Std. avvik	127	1086	5,5	11	60,7	6,6	2,4
	Min	75	374	3,8	21	57,5	13,2	3,0
	Maks	634	5233	28,0	84	379,8	39,6	15,4
1997 (N=38)	Gj.snitt	260	1754	9,3	51	185,2	28,5	6,8
	Std. avvik	165	1231	5,5	11	63,4	8,6	2,3
	Min	68	483	3,8	27	80,0	11,8	2,7
	Maks	813	5233	30,0	79	324,5	52,3	13,9
1998 (N=45)	Gj.snitt	272	1949	10,9	52	186,4	27,2	7,1
	Std. avvik	143	1146	6,7	10	56,5	9,3	2,1
	Min	82	462	3,3	26	92,4	14,9	4,5
	Maks	688	4924	28,3	69	320,2	47,1	16,2
1999 (N=47)	Gj.snitt	292	2141	11,1	52	200,1	28,0	7,2
	Std. avvik	154	1302	6,5	9	76,7	8,0	1,8
	Min	72	580	3,5	33	93,0	16,9	4,4
	Maks	727	5540	28,9	69	604,1	52,0	13,4
2000 (N=50)	Gj.snitt	336	2356	11,8	53	201,3	29,6	7,0
	Std. avvik	184	1436	7,0	9	58,9	7,4	1,8
	Min	103	621	3,8	32	86,8	19,1	3,9
	Maks	862	6770	39,5	70	478,7	50,8	12,8

Variablene som analyseres er antall direkte (refusjonsberettigede) tiltak per fagårsverk, antall pasienter per fagårsverk og antall direkte tiltak per pasient. Antall pasienter per år er målt ved antall saker per år. I noen tilfeller vil en pasient kunne bli rehvist etter en avsluttet behandlingsperiode. I disse tilfellene vil pasienten registreres som en ny sak. Antall saker er derfor noe høyere enn antall pasienter. Forskjellen er imidlertid liten. Årsverk brukes som betegnelse for registrerte heltidsansatte og deltidsansatte omregnet til heltidsansatte ved utgangen av året. Fagårsverk er universitetsutdannet personell og høyskoleutdannet personell. Forklaringsvariablene som er brukt i analysen er størrelse på poliklinikken målt ved antall fagpersonell, og andel universitetsutdannet personell av totalt antall fagpersonell. Se SAMDATA publikasjonene for mer utfyllende opplysninger om datamaterialet.

Analysene som er gjennomført er såkalte paneldata-analyser der informasjon om variasjon både mellom poliklinikker og over tid utnyttes. Resultater fra tre ulike analysemetoder er vist. Den første (Minste kvadraters metode - MKM) tar ikke hensyn til at samme poliklinikk er representert flere ganger i datamaterialet. Denne metoden vil gi skjevheter i resultatene dersom uobserverte faktorer som påvirker aktivitetsnivået for poliklinikken i ulike år er korrelert. To alternative metoder som tar hensyn til slike mulige feilkilder er brukt. Den første av disse (Random effect model - REM) tar hensyn til at tilfeldige feilkilder for samme poliklinikk på ulike tidspunkt kan være korrelert. Den siste metoden (Fixed effect model - FEM) inkluderer en dummyvariabel for hver poliklinikk som fanger opp all uobservert variasjon som er konstant over tid som kan knyttes til poliklinikken (separate konstantledd for hver poliklinikk). Dette innebærer at det som fanges opp av de inkluderte forklaringsvariablene er avvik fra gjennomsnittet for poliklinikken (for de 5 årene) i variabelen som analyseres.

Effekter av endringen i takstsystemet gjeldende fra 1.1.1997 fanges opp i analysen ved å sammenligne aktivitetsnivå i 1996 (gammelt system) med aktivitetsnivå i påfølgende år (nytt system). Dette gjøres ved å inkludere årsummyer for årene 1997-2000 i analysen. Tre modeller er estimert. Den første (Modell 1) er uten årsummyer og fungerer som referanse. I modell 2 er det inkludert én dummyvariabel for perioden 1997-2000 (d97-00). I modell 3 er det inkludert separate dummyvariable for hvert av årene (d97, d98, d99 og d00). Modell 2 er således mer restriktiv enn modell 3 i og med at den forutsetter at forskjellen mellom perioden før og etter endringen i takstsystemet er den samme for alle årene i perioden med nytt system.

Enkelte pasienter mangler opplysninger om tiltak. I disse tilfellene er antall tiltak satt lik 1. Dette kan bidra til at gjennomsnittlig antall tiltak per pasient blir underestimert. Vi har utelatt poliklinikker som mangler opplysninger om tiltak for mer enn 10 prosent av pasientene. Andelen pasienter med manglende opplysninger (missingandel) er lavere i 1996 enn i de etterfølgende år. For å redusere eventuelt problem med at effekt av ulik missingandel i de ulike år reflekteres i årsummyene, har vi inkludert missingandelen som kontrollvariabel i analysene.

2.2 Resultater

Vi har undersøkt om aktivitetsnivå ved poliklinikkene, kontrollert for størrelse og sammen-setning av fagpersonalet, i årene 1997-2000, samlet sett og hver for seg, er signifikant forskjellig fra aktivitetsnivå ved poliklinikkene i 1996. Resultatene er dokumentert i tabell v2.2-tabell v2.4 nedenfor. MKM forkastes i samtlige analyser. I modell med separate årsummyer forkastes også REM. Imidlertid gir REM og FEM i stor grad like resultater, både kvalitativt og med hensyn til størrelse på effekter.

Tabell v 2.2 Analyse av direkte tiltak per fagårsverk. t-verdier i parentes.

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	MKM	REM	FEM	MKM	REM	FEM	MKM	REM	FEM
Fagårsverk	-1.08 (-1.67)	-2.28 (-2.28)	-3.72 (-2.58)	-1.08 (-1.67)	-2.56 (-2.56)	-4.33 (-3.02)	-1.20 (-1.84)	-3.19 (-3.21)	-5.88 (-3.98)
And. univ. utd.	1.63 (3.92)	1.08 (2.81)	0.94 (2.27)	1.63 (3.92)	1.06 (2.78)	0.92 (2.25)	1.58 (3.79)	0.94 (2.54)	0.78 (1.95)
d97-00				9.27 (0.78)	18.24 (2.46)	20.80 (2.76)			
d97							-3.07 (-0.20)	3.49 (0.37)	4.58 (0.49)
d98							1.81 (0.13)	10.13 (1.21)	12.34 (1.46)
d99							15.31 (1.11)	24.42 (3.05)	27.52 (3.39)
d00							14.87 (1.05)	28.20 (2.73)	28.37 (3.24)
Missing andel	3.36 (2.48)	3.06 (3.42)	3.20 (3.52)	2.62 (1.57)	1.15 (0.98)	1.00 (0.83)	2.97 (1.75)	1.79 (1.53)	1.72 (1.44)
konstant	105.15 (4.74)	147.48 (6.36)		100.47 (4.37)	144.25 (6.27)		104.07 (4.50)	156.36 (6.90)	
R ²	0.10	0.07	0.77	0.10	0.06	0.78	0.11	0.05	0.73
LM test:									
REM vs MKM	115.04 (1 f.g, p=0.00)			117.68 (1 f.g, p=0.00)			122.86 (1 f.g, p=0.00)		
Hausman test:									
FEM vs REM	3.22 (3 f.g, p=0.36)			5.17 (4 f.g, p=0.27)			14.30 (7 f.g, p=0.05)		

Tabell v 2.3 Analyse av pasienter per fagårsverk. t-verdier i parentes.

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	MKM	REM	FEM	MKM	REM	FEM	MKM	REM	FEM
Fagårsverk	-0.39 (-4.98)	-0.46 (-3.97)	-0.58 (-3.28)	-0.39 (-5.00)	-0.50 (-4.49)	-0.69 (-4.08)	-0.41 (-5.12)	-0.65 (-5.69)	-0.99 (-5.90)
And. univ. utd.	0.12 (2.49)	0.02 (0.53)	-0.00 (-0.07)	0.13 (2.50)	0.02 (0.45)	-0.01 (-0.16)	0.12 (2.41)	0.00 (0.05)	-0.02 (-0.52)
d97-00				2.54 (1.75)	3.55 (4.07)	3.90 (4.37)			
d97							1.67 (0.88)	1.90 (1.79)	2.00 (1.86)
d98							1.60 (0.93)	2.36 (2.48)	2.63 (2.74)
d99							2.50 (1.49)	3.78 (4.16)	4.22 (4.57)
d00							4.01 (2.32)	5.51 (5.71)	6.24 (6.27)
Missing andel	0.77 (4.67)	0.70 (6.40)	0.70 (6.30)	0.57 (2.81)	0.32 (2.35)	0.29 (2.02)	0.58 (2.81)	0.36 (2.74)	0.34 (2.52)
konstant	22.32 (8.24)	28.32 (10.32)		21.03 (7.52)	27.55 (10.44)		21.39 (7.62)	29.88 (11.60)	
R ²	0.18	0.15	0.77	0.19	0.15	0.81	0.20	0.13	0.84
LM test:									
REM vs MKM	178.39 (1 f.g, p=0.00)			188.00 (1 f.g, p=0.00)			201.09 (1 f.g, p=0.00)		
Hausman test:									
FEM vs REM	3.64 (3 f.g, p=0.30)			10.28 (4 f.g, p=0.04)			16.67 (7 f.g, p=0.02)		

Tabell v 2.4 Analyse av direkte tiltak per pasient. t-verdier i parentes.

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	MKM	REM	FEM	MKM	REM	FEM	MKM	REM	FEM
Fagårsverk	0.065 (3.06)	0.044 (1.38)	0.018 (0.38)	0.065 (3.06)	0.049 (1.55)	0.027 (0.56)	0.065 (3.02)	0.060 (1.95)	0.056 (1.10)
And. univ. utd.	0.040 (2.92)	0.051 (4.03)	0.053 (3.87)	0.040 (2.92)	0.051 (4.08)	0.053 (3.90)	0.040 (2.89)	0.051 (4.09)	0.053 (3.87)
d97-00				-0.39 (-1.00)	-0.33 (-1.31)	-0.31 (-1.22)			
d97							-0.48 (-0.94)	-0.34 (-1.07)	-0.33 (-1.02)
d98							-0.32 (-0.69)	-0.25 (-0.87)	-0.25 (-0.86)
d99							-0.27 (-0.59)	-0.18 (-0.66)	-0.18 (-0.64)
d00							-0.58 (-1.24)	-0.66 (-2.27)	-0.68 (-2.25)
Missing andel	-0.077 (-1.73)	-0.076 (-2.56)	-0.072 (-2.39)	-0.045 (-0.83)	-0.042 (-1.07)	-0.039 (-0.97)	-0.040 (-0.71)	-0.035 (-0.87)	-0.031 (-0.75)
konstant	4.67 (6.41)	4.36 (5.77)		4.86 (6.45)	4.43 (5.94)		4.86 (6.39)	4.34 (5.87)	
R ²	0.09	0.08	0.76	0.09	0.08	0.77	0.09	0.09	0.77
LM test:									
REM vs MKM	145.08 (1 f.g, p=0.00)			145.08 (1 f.g, p=0.00)			147.84 (1 f.g, p=0.00)		
Hausman test:									
FEM vs REM	0.75 (3 f.g, p=0.86)			5.59 (4 f.g, p=0.23)			15.83 (7 f.g, p=0.03)		

Vi finner at antall direkte tiltak per fagårsverk i perioden 1997-2000 sett under ett er klart høyere enn i 1996. Ser vi på hvert enkelt år for seg så er det i de to siste årene økningen finner sted. Kontrollert for størrelse og sammensetning av fagårsverkene er det 28, eller 16 prosent, flere direkte tiltak per fagårsverk ved poliklinikkene i 1999-2000 sammenlignet med 1996. Antall direkte tiltak per fagårsverk er ikke signifikant høyere i 1997 og 1998 sammenlignet med 1996.

Økning i antall direkte tiltak per fagårsverk kan enten tilskrives økning i antall pasienter per fagårsverk og/eller økning i antall direkte tiltak per pasient. Endringene i takstsystemet i 1997 stimulerte til å øke behandlingens lengde for pasienter som allerede er i behandling 'på bekostning' av å ta inn nyhenviste pasienter. Resultatene fra analysene viser en annen utvikling. Antall pasienter per fagårsverk er klart høyere i perioden 1997-2000 enn i 1996. Den estimerte differansen er 2 pasienter per fagårsverk i 1997, og øker til 6 pasienter per fagårsverk i 2000. Om noe, så finner vi en nedgang i antall konsultasjoner per pasient. Forskjellen er signifikant negativ kun for driftsåret 2000 (estimert differanse på -0,7).

Vi finner altså ikke en vridning i praksis ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i retning av å prioritere langtidspasienter etter omleggingen av takstsystemet. Betyr dette at poliklinikkene ikke responderer på økonomiske incitamenter? Som nevnt over er ikke datamaterialet tilstrekkelig til å besvare spørsmålet. Øvrige rammebetingelser poliklinikkene står overfor kan også ha blitt endret i perioden. Det er flere forhold som taler for den observerte utviklingen.

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble introdusert i samme periode, som en fortsettelse og opptrapping av bruken av statlige øremerkede midler til det psykiske helsevernet i forlengelsen av Handlingsplanen statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse som startet i 1990. Et hovedmål med Opptrappingsplanen er å øke tilgjengeligheten til tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Spesielt innefor barne- og ungdomspsykiatrien er det

pekt på behov for en kraftig økning i behandlingstilbudet. Målsettingen er en økning i dekningsgraden innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge i alderen 0-18 år fra 2 prosent til 5 prosent (St prp nr 63 (1997-98)). Når det gjelder poliklinisk behandling legges det til grunn en bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. En økning av produktiviteten på 50 prosent anses som realistisk. Opptappingsplanen forutsetter altså en vesentlig økning i antall konsultasjoner per fagstilling i perioden. Videre forutsettes en vesentlig økning i antall pasienter som gis behandlingstilbud. Opptappingsplanen gir således sterke signaler om å prioritere økning i pasientvolumet. Utviklingen som avdekkes i analysene er i tråd med signalene i Opptappingsplanen. Opptappingsplanen kan ha medvirket til at poliklinikkens preferanser med hensyn til aktivitetssammensetning er endret, fra type B til type A i figur v1.3 og v1.4 i vedlegg 1, eller at endring i tilpasning kommer som følge av krav fra eier (fylkeskommunen).

I 1996 varierte dekningsgraden i barne- og ungdomspsykiatrien fra under en prosent i Rogaland til 3,5 prosent i Oslo (Halsteinli 1998). Presset for å øke antall behandlede pasienter kan være større i fylker med lav dekning. Det kan igjen ha betydning for hvordan poliklinikkene responderer på endringer i refusjonssystemet. Vi har undersøkt om det er forskjeller i utvikling i aktivitetsnivå mellom poliklinikker med tilknytningsfylke med henholdsvis høy og lav dekningsgrad. Resultatene fra analysen er gjengitt i tabell v2.5 nedenfor. Vi kan spore en tendens til at poliklinikker lokalisert i fylker med lav dekningsgrad i større grad enn poliklinikker lokalisert i fylker med høy dekning prioriterer økning i pasientvolum framfor antall konsultasjoner per pasient etter omleggingen av refusjonssystemet. Forskjeller mellom de to gruppene er imidlertid ikke signifikante.

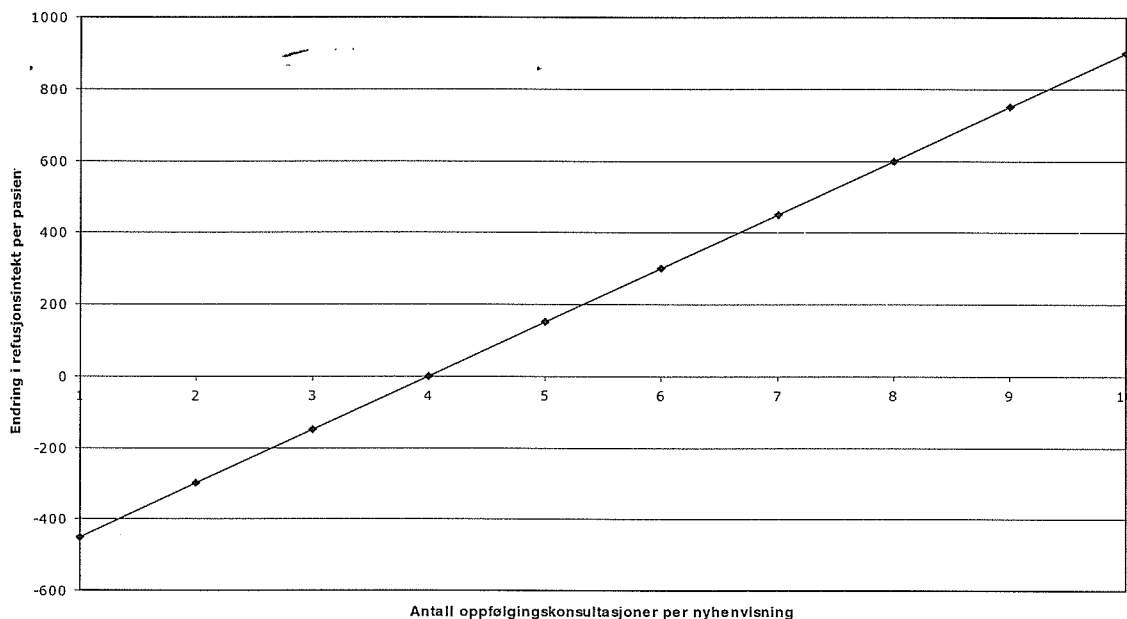
Tabell v 2.5 Test om årsummyer for poliklinikker med tilknytningsfylke med høy dekningsgrad i 1996 er forskjellig fra de øvrige*. Analyse metode: FEM. t-verdier i parentes.

	Direkte tiltak per fagårsverk	Pasienter per fagårsverk	Direkte tiltak per pasient
Fagårsverk	-6.12 (-4.08)	-1.06 (-6.25)	0.07 (1.32)
And. univ. utd.	0.75 (1.88)	-0.03 (-0.59)	0.05 (3.84)
d97	5.82 (0.40)	2.43 (1.49)	-0.53 (-1.05)
d98	11.21 (0.90)	3.64 (2.59)	-0.64 (-1.48)
d99	24.41 (2.07)	4.94 (3.71)	-0.58 (-1.41)
d00	41.87 (3.36)	8.73 (6.22)	-1.02 (-2.36)
dd97	-3.16 (-0.20)	-0.95 (-0.55)	0.34 (0.63)
dd98	1.05 (0.07)	-1.76 (-1.09)	0.63 (1.27)
dd99	5.10 (0.37)	-1.20 (-0.76)	0.64 (1.33)
dd00	-22.07 (-1.59)	-4.03 (-2.58)	0.53 (1.10)
Missing andel	1.87 (1.53)	0.37 (2.72)	-0.03 (-0.80)
R ²	0.80	0.85	0.78

*Skillet mellom høy og lav dekningsgrad på fylkesnivå i 1996 er satt ved en dekning på 184 (median) behandlede pasienter (døgn-, dag- og poliklinisk behandling) per 10,000 barn og unge i alderen 0-18 år. Dummyvariablene dd97 er lik d97 multiplisert med dummy for poliklinikker med tilknytningsfylke med høy dekningsgrad. Tilsvarende for dd98 osv.

Omleggingen av takstsystemet kan, som tidligere drøftet, tenkes å påvirke poliklinikkens økonomiske tilpasning på to måter. For det første som følge av endring i relative priser på aktiviteter som refunderes. I hvilken grad endringen i relative priser endrer poliklinikkens adferd med hensyn til aktivitetssammensetning beror både på hvor mye relative priser endres og poliklinikkens preferanser med hensyn til aktivitetssammensetningen. Refusjonen for nyhenvisninger er etter omleggingen seks ganger høyere enn konsultasjonstaksten. Dersom den relative kostnaden ved førstegangs konsultasjon i forhold til påfølgende konsultasjoner er vesentlig lavere enn i forholdet 6:1, ligger det fortsatt sterke incitamenter i takstsystemet til å ta inn nye pasienter.

Den direkte inntektsmessige virkningen av omleggingen i 1997 for poliklinikkene avhang av hvilken praksis poliklinikkene hadde i 1996, jfr poliklinikk type A og B i figur v1.3 og v1.4 i vedlegg 1. Jo høyere gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient poliklinikkene hadde, jo mer gunstig var omleggingen. Figur v2.1 viser differanse i refusjonsinntekt per nyhenvisning med gamle og nye takster ved ulike nivå på antall oppfølgingskonsultasjoner per nyhenvisning. Dersom poliklinikkene hadde færre enn fire oppfølgingskonsultasjoner per nyhenvisning gikk refusjonsinntekten per pasient ned med de nye satsene. De poliklinikkene som før omleggingen hadde høyt antall konsultasjoner per pasient fikk altså en betydelig økning i refusjonsinntektene uten å endre praksis.



Figur v 2.1 Endring i refusjonsinntekt per pasient med gamle og nye takster.

Poliklinikker som taper på omleggingen står overfor andre utfordringer enn poliklinikker som får økt sine inntekter som følge av omleggingen. Vi har undersøkt hvorvidt forskjeller i den direkte inntektsmessige virkningen av omleggingen av takstsystemet har betydning for utviklingen ved poliklinikkene¹⁰. Med utgangspunkt i aktivitetstall for 1996 har vi beregnet et anslag på størrelsen på refusjonsinntekt med gamle og nye takster. I beregningen har vi forutsatt at antall nyhenvisninger er lik antall pasienter (å kroner 1500 med gammelt system, å kroner 900 med nytt system) og antall direkte tiltak minus antall pasienter gir antall konsultasjoner refundert gjennom konsultasjonstaksten (å 0 kroner med gammelt system, å 150 kroner med nytt system). Vi har delt poliklinikkene i to grupper ut fra beregnet forskjell i refusjonsinntekt med gammelt og nytt system. Gitt beregningene er det

¹⁰ Utgangspunktet for analysen er en antagelse om at eier ikke nøytraliserer effekten av endringen i refusjonssystemet ved å justere rammebevilgningen til poliklinikkene, jfr diskusjonen i kapittel .

kun et fåtall av poliklinikkene som tapte på omleggingen ved uendret aktivitetssammensetning. Det er derfor ikke hensiktsmessig å skille mellom 'tapere' og 'vinnere' og vi har satt skille ved en økning i refusjonsinntekten med nytt system på 20 prosent (dvs. grensen er satt ved 7 direkte tiltak per pasient i gjennomsnitt). Resultatene av analysene er dokumentert i tabell v2.6.

Tabell v 2.6 Test om årsummyer for poliklinikker med høy beregnet økning i refusjonsinntekt med nytt refusjonssystem er forskjellig fra de øvrige*. Analyse metode: FEM. t-verdier i parentes.

	Direkte tiltak per fagårsverk	Pasienter per fagårsverk	Direkte tiltak per pasient
Fagårsverk	-5.91 (-4.06)	-0.99 (-5.97)	0.06 (1.20)
And. univ. utd.	0.82 (2.09)	-0.02 (-0.44)	0.05 (4.35)
d97	8.44 (0.76)	1.26 (1.00)	0.22 (0.61)
d98	28.10 (2.67)	2.45 (2.04)	0.56 (1.67)
d99	42.85 (4.12)	4.42 (3.73)	0.65 (1.97)
d00	42.40 (3.90)	4.68 (3.77)	0.61 (1.76)
dd97	-6.91 (-0.47)	1.95 (1.17)	-1.23 (-2.64)
dd98	-31.05 (-2.27)	0.68 (0.44)	-1.70 (-3.92)
dd99	-30.93 (-2.31)	-0.19 (-0.12)	-1.75 (-4.13)
dd00	-27.21 (-2.06)	3.29 (2.19)	-2.59 (-6.18)
Missing andel	1.84 (1.52)	0.00 (2.14)	-0.009 (-0.23)
R ²	0.81	0.85	0.82

*Beregnet økning i refusjonsinntekt med nytt refusjonssystem er basert på aktivitetsnivå og -sammensetning i 1996. Skillet mellom de to gruppene poliklinikker er satt ved en beregnet økning på 20 prosent eller mer. Dummyvariablene dd97 er lik d97 multiplisert med dummy for poliklinikker med høy beregnet endring i refusjonsinntekt. Tilsvarende for dd98 osv.

Vi finner klare forskjeller mellom de to gruppene med hensyn til forskjeller i aktivitetsnivå før og etter omleggingen av takstsystemet. Poliklinikker som tjener lite på omleggingen har klart høyere vekst i antall direkte tiltak per fagårsverk enn de som tjener mye. Med unntak for året 2000 er det ikke forskjeller mellom de to gruppene i utviklingen i antall pasienter per fagårsverk. Dette innebærer at de to gruppene har ulik utvikling i antall konsultasjoner per pasient. Poliklinikkene som umiddelbart tjener mye på omleggingen har nedgang i antall konsultasjoner per pasient. Endringer i refusjonssystemet gir svakere incitament til produktivitetsokning hos poliklinikker hvor endringene gir en umiddelbar inntektsøkning.

Det er en positiv samvariasjon mellom antall konsultasjoner per pasient (som bestemmer inntektsvirkningen) og antall konsultasjoner per fagårsverk i 1996. Dersom det er slik at potensialet for produktivitetsokninger er større for de som ligger lavt med hensyn til antall konsultasjoner per pasient kan dette også bidra til å forklare forskjell i utvikling i aktivitetsnivå mellom de to gruppene.

Det er en svært lav andel av poliklinikkens kostnader som finansieres gjennom refusjonen for nyhenvisninger og oppfølgingskonsultasjoner. Storparten av refusjonsinntektene er knyttet til den såkalte åpningstids taksten. Jo større andel av kostnadene som finansieres gjennom stykkprisrefusjon, jo mer følsom vil en forvente poliklinikken er i forhold til end-

ringer i systemet, betinget at størrelsen på de polikliniske refusjonene har betydning for poliklinikkens økonomiske rammebetingelser.

2.3 Oppsummering

Endringene i refusjonssystemet for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker gjeldende fra 1.1.1997, med innføring av konsultasjonstakst og redusert refusjon for nyhenvisninger, hadde som hensikt å stimulere til økning i den direkte klientrettet virksomheten og til prioritering av langtidspasienter, dvs. til en økning i antall konsultasjoner per pasient. Sammenligninger av aktivitetsnivå før og etter omleggingen, kontrollert for utvikling i omfang og sammensetning av fagpersonell, tyder på at utviklingen ikke har vært i tråd med intensjonene bak endringene i takstsystemet. Tilsvarende analyser av utviklingen ved voksenpsykiatriske poliklinikker har ikke vært mulig med tilgjengelig datamateriale.

Analysene gir ikke grunnlag for å konkludere om hvorvidt poliklinikkene responderer på endringer i takstsystemet. At poliklinikkens aktivitetssammensetning ikke er endret i samsvar med endringer i incentivstrukturen i takstsystemet kan skyldes flere forhold. En mulig forklaring er at inntektsmessige virkninger ikke vektlegges når poliklinikkene tar beslutninger om aktiviteter. Dersom det i liten grad er sammenheng mellom poliklinikkens økonomiske rammebetingelser og generering av refusjonsinntekter kan dette være tilfelle. Hvilken effekt utformingen av finansieringssystemet har for poliklinikkens aktiviteter vil generelt variere med hvilke økonomiske og organisatoriske styringsmodeller de opererer under. Dersom eierskapsreformen fra 1.1.2002 innebærer at poliklinikkene i større grad blir økonomiske ansvarlige enheter, eller at det i større grad blir fokus på inntjening fra eiers side, vil utforming av refusjonssystemet kunne ha større betydning for poliklinikkens beslutninger i dag enn tidligere.

Virkninger av refusjonssystemet vil også avhenge av styrken på virkemiddelbruken. Mindre endringer i systemet vil trolig i liten grad endre poliklinikkens adferd. Jo større andel av poliklinikkens kostnader refusjonene dekker, jo sterkere effekt vil en forvente utformingen av refusjonssystemet har på poliklinikkens beslutninger.

Poliklinikkene er underlagt politisk styring. Politiske styringssignaler kan motvirke de økonomiske styringssignalene. Det sterke signalet i Opptappingsplanen om bedre tilgjengelighet til tjenester innen det psykiske helsevernet for barn og unge, dekningsgraden skal opp fra 2 til 5 prosent i planperioden, tilsier en prioritering av nye pasienter heller enn økt behandlingsintensitet for den enkelte pasient.

Vedlegg 3

Modell for analyse av effekter av endring finansieringssystemet for aktivitet og effektivitet

Jorid Kalseth

3 Innledning

Vi presenterer her en modell som danner utgangspunkt for diskusjonen av virkninger på aktivitetsnivå og effektivitet av et *større innslag* av stykkprisfinansiering av aktiviteten ved de psykiatriske poliklinikene. Fremstillingen og diskusjonen er basert på Hagen og Iversen (1996) og Hagen, Iversen og Magnussen (2001) som diskuterer effekter av innføring av Innsatsstyrt finansiering (ISF) av somatiske sykehus.

Poliklinikkene sin organisatoriske posisjon varierer, fra frittstående poliklinikker som utgjør selvstendige økonomiske enheter til poliklinikker som inngår i en psykiatrisk klinikk som igjen kan være tilknyttet et somatisk sykehus. I diskusjonen her antas at poliklinikken er en selvstendig økonomisk enhet med eget budsjett som får en rammebevilgning fra eier/'mor-institusjon'. Dette representerer et svært forenklet bilde av beslutningsstrukturen innenfor dagens spesialisthelsetjeneste. Hovedpoenget med diskusjonen er å vise hvordan økning i stykkprisrefusjon virker avhengig av om refusjonsinntektene tilfaller poliklinikken eller ikke. Flere forenkling forutsetninger om poliklinikkens og eierens virksomhet og atferd gjøres.

Vi opererer her kun med to typer aktiviteter. Vi skiller ikke mellom ulike typer behandlingsaktiviteter (n) poliklinikken bedriver. I tillegg til behandlingsaktivitet kan poliklinikken også drive med effektivitetsfremmende aktiviteter (e-aktiviteter). Dette er tiltak som bidrar til å redusere kostnaden per behandlingsaktivitet, og kan omfatte endringer i organisering og arbeidsmåter mv. Økning i behandlingsaktiviteten antas å verdsettes positivt av ledelsen og de ansatte ved poliklinikken, mens effektivitetsfremmende aktiviteter antas å verdsettes negativt i denne sterkt forenkling modellen.

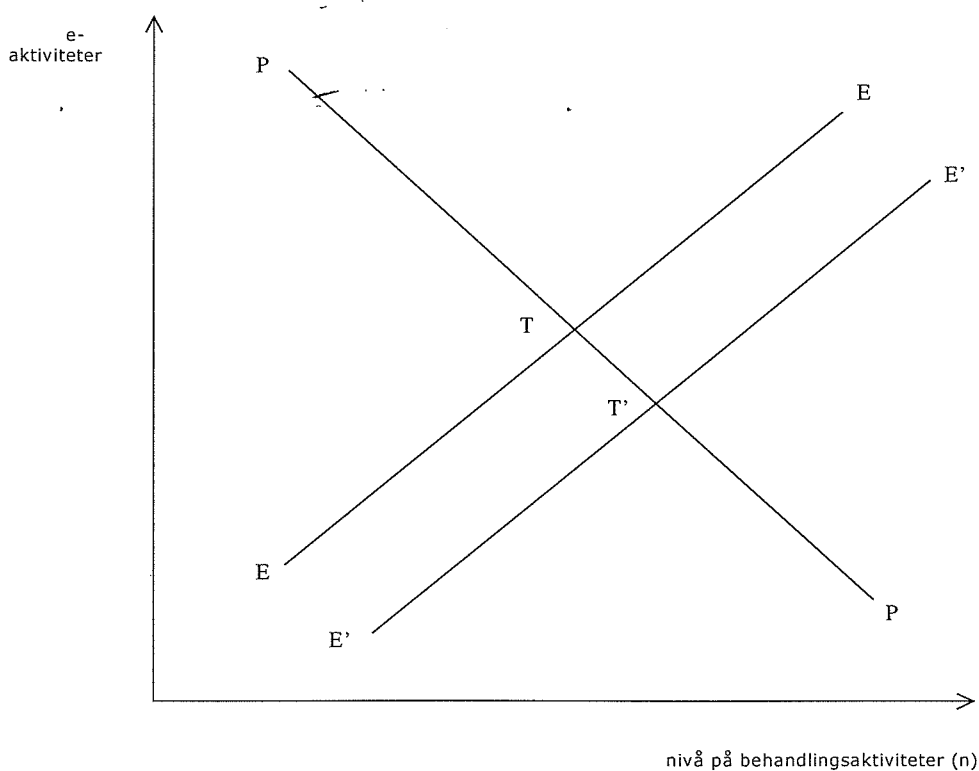
Eier finansierer andre typer tjenester (psykiatrisk døgn- og dagbehandling, somatisk behandling) i tillegg til psykiatrisk poliklinisk behandling. Som en forenkling skiller vi her kun mellom psykiatrisk poliklinisk behandling og øvrige tjenester. Begge tjenestene verdsettes positivt av eier.

Hvordan behandlingsaktiviteten finansieres har betydning for poliklinikkens tilpasning med hensyn til nivå på behandlingsaktiviteten og effektivitetsfremmende aktiviteter. Vi starter

med å se på en situasjon hvor eier er finansiert gjennom et rammetilskudd fra staten¹¹ og poliklinikken er finansiert gjennom en rammebevilgning fra eier. Tilpasningen til poliklinikken og eier blir drøftet ved bruk av figurbetraktninger. Utledning av modellresultater er vist til slutt i dette vedlegget.

3.1 Rammefinansiering

I figur v3.1 måles nivået på behandlingsaktiviteter langs den vanrette aksene og omfanget av e-aktiviteter langs den loddrette aksene. PP-kurven viser poliklinikkens beste tilpasning av behandlingsaktiviteter og e-aktiviteter for ulike nivå på rammebudsjettet fra eier. Innenfor et gitt budsjett kan en økning i behandlingsaktiviteten kun skje ved en økning i effektivitetsfremmende tiltak. Med standard forsetninger om poliklinikkens adferd, så vil poliklinikken bruke en økning i rammebudsjettet til både å øke behandlingsaktivitetene og å redusere omfanget på e-aktiviteter. Dette gir en fallende PP-kurve¹².



Figur v 3.1 Tilpasning for poliklinikk og eier med rammefinansiering.

EE-kurven viser ønsket nivå på behandlingsaktiviteter for eier gitt ulike nivå på e-aktiviteter. En økning i e-aktiviteter reduserer kostnaden per behandlingsaktivitet for eier. Jo høyere

¹¹ Alternativt kan vi her tenke på et helseforetak som får en rammebevilgning fra det regionale helseforetaket.

¹² Jmfør likning (3.5a) og (3.5b) i avsnittet Utledning av modellresultater sist i dette vedlegget.

nivå på e-aktiviteter jo rimeligere er det for eier å øke behandlingsaktiviteten, og jo mer behandlingsaktivitet ønsker eier å finansiere. Dette illustreres ved den stigende EE-kurven¹³.

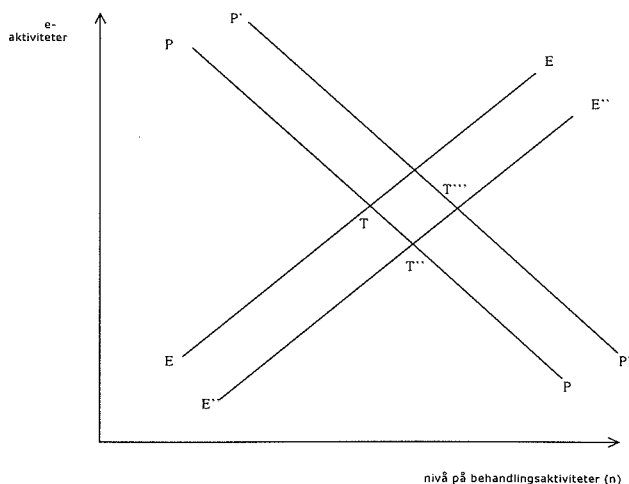
Vi legger her til grunn at både eier og poliklinikk tilpasser seg slik at det valgte nivå på poliklinikkens budsjett, behandlingsaktiviteter og e-aktiviteter er slik at det representerer den beste løsningen for poliklinikken gitt størrelsen på rammebudsjettet fra eier, og den beste løsning for eier gitt det nivå på e-aktiviteter som poliklinikken velger¹⁴. Det betyr at tilpasningen er gitt ved skjæringspunktet (T) mellom EE-kurven og PP-kurven.

En økning i inntektsrammen til eier vil generelt innebære at eier øker etterspørselen etter alle aktiviteter, herunder aktiviteter ved psykiatrisk poliklinikk. Dette betyr økt budsjett til poliklinikken og illustreres ved et skift utover i EE-kurven til E'E'¹⁵. Poliklinikken responderer på de økte budsjetttrammene med å øke behandlingsaktiviteten, men også redusere omfanget av e-aktiviteter. Ny tilpasning blir i punkt T'.

Vi skal her diskutere betydningen av utformingen av finansieringssystemet for tilpasningen, og spesielt hvordan et større innslag av stykkprisfinansiering/årsverksrefusjon (fra staten sin side) av den polikliniske behandlingen virker. Vi ser her på en omlegging som er inntektsmessig nøytral gitt den opprinnelige tilpasningen, dvs. at staten trekker et beløp fra rammeinntekten tilsvarende utlegget gjennom stykkprisordningen/årsverks-refusjonen gitt opprinnelig aktivitetsnivå. Dersom stykkprisordningen/årsverks-refusjonen videreføres til poliklinikken ser vi her på tilfeller hvor eier nøytraliserer den direkte effekten på poliklinikkens inntekter ved endringer i refusjonssystem ved å justere budsjettet.

3.2 Stykkprisrefusjon

Selv om den samlede inntekten eier mottar ved uendret aktivitetsnivå er den samme som før omleggingen av finansieringssystemet vil ikke den opprinnelige tilpasningen lenger være optimal for eier. En innføring/økning av stykkpris for psykiatrisk poliklinisk behandling medfører at denne typen aktivitet blir relativt sett billigere for eier. For gitt nivå på e-aktiviteter ønsker eier et høyere aktivitetsnivå ved psykiatrisk poliklinikk etter omleggingen. Vi får en prisvridningseffekt, representert ved et skift i EE-kurven til E''E''-kurven i figur v3.2¹⁶. Hvor stort skiftet blir avhenger av hvor sterkt stykkpris-elementet er og hvor prisfølsom eiers etterspørsel etter tjenester fra poliklinikken er.



Figur v 3.2 Overgang til større innslag av stykkprisfinansiering.

¹³ Jamfør likning (3.16) i avsnittet Utledning av modellresultater sist i dette vedlegget.

¹⁴ Det vil si at vi her antar en Nash-likevekt.

¹⁵ Jamfør likning (3.13) i avsnittet Utledning av modellresultater sist i dette vedlegget.

¹⁶ Jamfør likning (3.17) i avsnittet Utledning av modellresultater sist i dette vedlegget.

Dersom stykkprisfinansieringen ikke videreføres til poliklinikken vil den nye tilpasningen finne sted i skjæringspunktet mellom PP-kurven og E''E''-kurven (T''). Eier bevilger et høyere budsjett til poliklinikken, som responderer med å øke behandlingsaktiviteten og redusere omfanget av e-aktiviteter (inntektseffekt).

Dersom stykkprisfinansieringen blir videreført til poliklinikken vil den nye tilpasningen se annerledes ut. Da vil poliklinikken oppleve at behandlingsaktivitet blir relativt sett billigere enn før. En økning i e-aktiviteter vil utløse en større økning i pasientbehandling enn tidligere siden den økningen i pasientbehandling som gis rom for ved en effektivisering genererer nå inntekter som igjen gir rom for aktivitetsøkning. Denne prisvridningseffekten kan i figur v3.2 illustreres ved et skift utover i PP-kurven til P'P'¹⁷. I den nye tilpasningen (T''') er både behandlingsaktiviteten og omfanget av effektivitetsfremmende tiltak økt. Hvor sterk denne effekten er avhenger av hvor stort effektiviseringspotensialet ved poliklinikken er.

3.3 Årsverksrefusjon

Dagens refusjonssystem for de psykiatriske poliklinikkene består av to ulike elementer. Det ene elementet er stykkprisrefusjon knyttet til behandlingsaktivitet (hensvisnings- og konsultasjonstakstene), det andre elementet er årsverksrefusjon. Endring i taksene for årsverksrefusjon vil virke på samme måte som stykkprisrefusjon på eiers etterspørsel etter behandlingsaktivitet ved poliklinikken. Økt årsverksrefusjon innebærer at prisen på behandlingsaktiviteten ved de psykiatriske poliklinikkene reduseres sammenlignet med prisen på annen aktivitet som eier finansierer. Dette bidrar til at eier øker sin etterspørsel etter tjenester fra poliklinikken, jfr. skiftet i reaksjonskurven til eier fra EE til E''E'' i figur 2¹⁸.

Vi så i avsnittet over at totalvirkningen av en omlegging til større innslag av stykkprisfinansiering avheng av om stykkprisfinansieringen ble videreført til poliklinikken. Hvorvidt dette gjelder for årsverksrefusjon avhenger av om en også har stykkprisfinansiering eller ikke. Dersom det også er et element av aktivitetsbasert finansiering av poliklinikken så vil innføring eller økt innslag av årsverksrefusjon virke på samme måte som en økning i stykkprisrefusjonen, dvs. vi får en prisvridningseffekt illustrert ved et positivt skift i pp-kurven til p'p' i figur 2. Uten stykkprisrefusjon vil vi ikke få noen prisvridningseffekt mellom behandlingsaktivitet og e-aktiviteter ved økt årsverkstakst¹⁹. En endring i finansieringen av poliklinikken, med større innslag av årsverksrefusjon som gjøres inntektsnøytral ved opprinnelig aktivitetsnivå, vil da ikke påvirke atferden til poliklinikken.

3.4 Oppsummering

Diskusjonen over viser at stykkprisfinansiering som virkemiddel i den statlige styringen av spesialisthelsetjenesten er mer virkningsfullt med hensyn til aktivitetsnivå når det har konsekvenser for (i dette tilfellet) poliklinikkens økonomiske rammer. Da vil stykkprisrefusjon også ha en positiv virkning på effektiviteten. Effekten av årsverksrefusjon er også betinget av eksistens av element av aktivitetsbasert finansiering av poliklinikken.

¹⁷ Jamfør likning (3.8a) og (3.8b) i avsnittet Utleddning av modellresultater sist i dette vedlegget.

¹⁸ Jamfør likning (3.18) i avsnittet Utleddning av modellresultater sist i dette vedlegget.

¹⁹ Fra likning (3.4a) i avsnittet Utleddning av modellresultater sist i dette vedlegget ser vi at tilpasningen til poliklinikken er kjennetegnet ved: $\frac{u'_n}{u'_e} = \frac{\bar{w}L'_n - r}{\bar{w}L'_e}$ \Leftrightarrow $\frac{u'_n}{u'_e} = \frac{L'_n}{L'_e} \frac{r}{\bar{w}L'_e}$. En økning i årsverksrefusjon virker til å redusere \bar{w} . En reduksjon i \bar{w} har samme effekt på tilpasningen som en økning stykkprisrefusjon (r). Uten stykkprisrefusjon ($r=0$) vil tilpasningen være kjennetegnet ved $\frac{u'_n}{u'_e} = \frac{\bar{w}L'_n}{\bar{w}L'_e} \Leftrightarrow \frac{u'_n}{u'_e} = \frac{L'_n}{L'_e}$, dvs. uavhengig av nivået på årsverkstaksten.

Utleiding av modellresultater

Poliklinikkens preferanser uttrykkes gjennom en målfunksjon som inkluderer nivå på behandlingsaktiviteter (n) og effektivitetsfremmende aktiviteter (e) som argumenter. Poliklinikken antas å foretrekke et høyt nivå på behandlingsaktiviteten og et lavt nivå på effektivitetsfremmende aktiviteter²⁰:

$$(3.1) \quad U = u(n, e) \quad u'_n > 0, u'_e < 0$$

Gitt de tre ulike typer finansiering av poliklinikken som diskuteres i teksten, rammebudsjett, stykkprisfinansiering og årsverksrefusjon, samt at vi her, som en forenkling, antar at poliklinikkens kostnader kun omfatter lønnskostnader, kan budsjettrestriksjonen skrives som følger:

$$(3.2) \quad B + rn + sL \geq wL$$

hvor B er rammebudsjett fra eier, L er årsverk, w er lønnskostnad per årsverk, r er refusjon per behandling og s er refusjon per årsverk. Nivå på behandlingsaktiviteten vil være bestemt av årsverksinnsats og nivå på e -aktiviteter. Alternativt kan en se nivå på årsverksinnsatsen som bestemt av nivå på behandlingsaktiviteten og e -aktiviteter:

$$(3.3) \quad L(n, e) \quad L'_n > 0, L'_e < 0$$

Gitt nivå på e -aktiviteter må årsverksinnsatsen økes dersom nivå på behandlingsaktiviteten skal økes. Dersom e -aktivitetene økes kan årsverksinnsatsen reduseres uten at nivået på pasientbehandlingen endres. Dersom vi definerer netto lønnskostnader som $\bar{W} = W - S$, kan budsjettrestriksjonen alternativt skrives:

$$(3.2') \quad B + rn \geq \bar{W}L(n, e)$$

Poliklinikkens tilpasning beskrives ved maksimering av målfunksjonen (1) med hensyn på n og e , gitt budsjettrestriksjonen (2). 1. ordensbetingelsen for løsningen på dette maksimeringsproblemet er gitt ved:

$$(3.4a) \quad u'_n \bar{W}L'_e - u'_e (\bar{W}L'_n - r) = 0$$

$$(3.4b) \quad \bar{W}L(n, e) - rn - B = 0$$

Dersom poliklinikken ønsker å øke n med én enhet må antall årsverk økes med L'_n til en pris \bar{W} per årsverk. Av dette får poliklinikken refundert r kroner per enhet n . $(\bar{W}L'_n - r)$ gir altså prisen eller netto kostnader for poliklinikken per n . Likeledes gir $-\bar{W}L'_e$ marginalkostnaden ved å redusere e -aktivitetene.

²⁰ Toppskrift ' på en variabel indikerer deriverte av første orden. Toppskrift '' indikerer deriverte av 2. orden.

Første ordensbetingelsen definerer n og e som funksjoner av B , r og \bar{W} :

$$n = n(B, r, \bar{W})$$

$$e = e(B, r, \bar{W})$$

Hvordan n og e endres ved en endring i B , r eller \bar{W} finner vi ved implisitt derivasjon av førsteordensbetingelsen mht den aktuelle variabelen. Dette gir:

$$(3.5a) \quad \frac{\partial n}{\partial B} = -\frac{1}{D} \left[(u_{ne}'' \bar{W} L_e' - u_{ee}'' (\bar{W} L_n' - r)) + (u_n' \bar{W} L_{ee}'' - u_e' \bar{W} L_{ne}'') \right]$$

$$(3.5b) \quad \frac{\partial e}{\partial B} = -\frac{1}{D} \left[(u_{en}'' (\bar{W} L_n' - r) - u_{nn}'' \bar{W} L_e') + (u_e' \bar{W} L_{nn}'' - u_n' \bar{W} L_{en}'') \right]$$

hvor:

$$D = \left[\begin{array}{l} u_{nn}'' (\bar{W} L_e')^2 - u_e' \bar{W}^2 L_{ee}'' L_{nn}'' - 2(\bar{W} L_e' (\bar{W} L_n' - r) u_{ne}'' - u_e' (\bar{W} L_n' - r) \bar{W} L_{ne}'') \\ + (\bar{W} L_n' - r)^2 u_{ee}'' - u_n' (\bar{W} L_n' - r) \bar{W} L_{ee}'' \end{array} \right] < 0$$

følger fra 2. ordenbetingelsen for løsningen på maksimeringsproblemet.

Dersom n og e er normale goder vil $\frac{\partial n}{\partial B} > 0$ og $\frac{\partial e}{\partial B} < 0$.

$$(3.6a) \quad \frac{\partial n}{\partial r} = n \frac{\partial n}{\partial B} - \frac{1}{D} [\bar{W} L_e' u_e']$$

$$(3.6b) \quad \frac{\partial e}{\partial r} = n \frac{\partial e}{\partial B} + \frac{1}{D} [(\bar{W} L_n' - r) u_e']$$

Gitt forutsetningene over er $\frac{\partial n}{\partial r} > 0$, mens fortegnet til $\frac{\partial e}{\partial r}$ er ubestemt.

$$(3.7a) \quad \frac{\partial n}{\partial \bar{W}} = -L \frac{\partial n}{\partial B} + \frac{1}{D} [\bar{W} L_e' (u_e' L_n' - u_n' L_e')]$$

$$(3.7b) \quad \frac{\partial e}{\partial \bar{W}} = -L \frac{\partial e}{\partial B} - \frac{1}{D} [(\bar{W} L_n' - r) (u_e' L_n' - u_n' L_e')]$$

Fra 1. ordensbetingelsen følger at $(u_e' L_n' - u_n' L_e') < 0$ når $r > 0$. Dvs. at gitt at $r > 0$ er $\frac{\partial n}{\partial \bar{W}} < 0$, mens fortegnet til $\frac{\partial e}{\partial \bar{W}}$ er ubestemt. Dersom $r = 0$ så er $(u_e' L_n' - u_n' L_e') = 0$ og

$$\frac{\partial n}{\partial \bar{w}} = -L \frac{\partial n}{\partial B} < 0 \quad \text{og} \quad \frac{\partial e}{\partial \bar{w}} = -L \frac{\partial e}{\partial B} > 0. \quad \text{Fra definisjonen av } \bar{w} \text{ følger at } \frac{\partial n}{\partial s} = -\frac{\partial n}{\partial \bar{w}} \text{ og}$$

$$\frac{\partial e}{\partial s} = -\frac{\partial e}{\partial \bar{w}}.$$

I teksten diskuteres en omlegging av finansieringssystemet som ved uendret tilpasning gir uendret inntekt for poliklinikken. Det følger av budsjettbetingelsen (3.2) at: $\Delta B + n^0 \Delta r + L^0 \Delta s = 0$, hvor n^0 og L^0 er det optimale nivå på henholdsvis behandlingsaktiviteten og årsverkinnsatsen før omleggingen.

I tilfellet med større innslag av stykkprisfinansiering ($\Delta r > 0$ og $\Delta s = 0$) så vil reduksjonen i budsjettet være: $\Delta B = -n^0 \Delta r$. Netto effekten på n og e er gitt ved:

$$(3.8a) \quad \left(\frac{\partial n}{\partial r} - n^0 \frac{\partial n}{\partial B} \right) \Delta r = \left(n^0 \frac{\partial n}{\partial B} - \frac{1}{D} [\bar{w} L'_e u'_e] - n^0 \frac{\partial n}{\partial B} \right) \Delta r = -\frac{1}{D} [\bar{w} L'_e u'_e] \Delta r > 0$$

$$(3.8b) \quad \left(\frac{\partial e}{\partial r} - n^0 \frac{\partial e}{\partial B} \right) \Delta r = \left(n^0 \frac{\partial e}{\partial B} + \frac{1}{D} [(\bar{w} L'_n - r) u'_e] - n^0 \frac{\partial e}{\partial B} \right) \Delta r = \frac{1}{D} [(\bar{w} L'_n - r) u'_e] \Delta r > 0$$

En omlegging til større innslag av stykkprisrefusjon som gjøres inntektsnøytral ved uendret aktivitetsnivå medfører at poliklinikken ønsker å endre tilpasningen til et høyere nivå både på behandlingsaktivitet og e-aktiviteter.

I tilfellet med større innslag av årsverksrefusjon ($\Delta s > 0$ og $\Delta r = 0$) så vil reduksjonen i budsjettet være: $\Delta B = -L^0 \Delta s$. Netto effekten på n og e er gitt ved:

$$(3.9a) \quad \left(\frac{\partial n}{\partial s} - L^0 \frac{\partial n}{\partial B} \right) \Delta s = \left(L^0 \frac{\partial n}{\partial B} - \frac{1}{D} [\bar{w} L'_e (u'_e L'_n - u'_n L'_e)] - L^0 \frac{\partial n}{\partial B} \right) \Delta s$$

$$= -\frac{1}{D} [\bar{w} L'_e (u'_e L'_n - u'_n L'_e)] \Delta s > 0$$

$$(3.9b) \quad \left(\frac{\partial e}{\partial s} - L^0 \frac{\partial e}{\partial B} \right) \Delta s = \left(L^0 \frac{\partial e}{\partial B} + \frac{1}{D} [(\bar{w} L'_n - r) (u'_e L'_n - u'_n L'_e)] - L^0 \frac{\partial e}{\partial B} \right) \Delta s$$

$$= \frac{1}{D} [(\bar{w} L'_n - r) (u'_e L'_n - u'_n L'_e)] \Delta s > 0$$

En omlegging til større innslag av årsverksrefusjon som gjøres inntektsnøytral ved uendret aktivitetsnivå medfører at poliklinikken ønsker å endre tilpasningen til et høyere nivå både på behandlingsaktivitet og e-aktiviteter. Denne konklusjonen er betinget av at $r > 0$, dvs. at det også er innslag av stykkprisrefusjon i finansieringen av poliklinikken. Uten stykkprisrefusjon så vil vi ikke få vridning i den relative kostnaden knyttet til å øke behandlingsaktivitetene kontra å redusere e-aktivitetene, og netto effekten er da null (den positive inntektseffekten av økt årsverksrefusjon oppheves av den negative inntektseffekten av redusert rammebudsjett).

Poliklinikkens eier (generelt: institusjonen som fastsetter de økonomiske rammene til poliklinikken) antas å ha en målfunksjon som inkluderer behandlingsaktiviteten ved den psykia-

triske poliklinikken (n) og et aggregat av annen virksomhet (m) som eier har ansvar for og finansierer. Eier foretrekker høyt nivå på begge tjenester:

$$(3.10) V = v(n, m) \quad v'_n > 0, v'_m > 0$$

Budsjettrestriksjonen til eier kan uttrykkes på følgende måte:

$$(3.11) R + tn + gL = B + rn + sL + pm$$

hvor R er rammeinntekt, t er refusjon per polikliniske behandling, g er refusjon per årsverk på psykiatrisk poliklinikk og p er enhetskostnaden for m . Vi bruker andre bokstaver for stykkprisrefusjon og årsverksrefusjon overfor eier enn de vi bruker for poliklinikken. Dette for å illustrere muligheten at refusjonen utbetales til eier og at eier kan velge annen utforming av finansieringen (sammensetning og nivå på takster) overfor poliklinikken. Vi konsentrerer oppmerksomheten omkring finansieringen av psykiatrisk poliklinikk og antar her at eier fullfinansierer annen aktivitet (m). Dersom vi utnytter budsjettrestriksjonen til poliklinikken (3.2), definerer $\tilde{W} = W - g$ og setter $p = 1$ så kan budsjettrestriksjonen for eier skrives:

$$(3.11') R + tn = \tilde{W}L(n, e) + m$$

Eier styrer poliklinikken ved å fastsette de økonomiske rammene til poliklinikken. Eiers beslutningsproblem kan beskrives som maksimering av målfunksjonen med hensyn til n og m , gitt budsjettrestriksjonen. Første ordensbetingelsen for beslutningsproblemet er gitt ved:

$$(3.12a) v'_n - v'_m(\tilde{W}L'_n - t) = 0$$

$$(3.12b) \tilde{W}L(n, e) + m - R - tn = 0$$

Dersom eier ønsker å øke n med én enhet må antall årsverk økes med L'_n til en pris \tilde{W} per årsverk. Av dette får eier refundert t kroner per enhet n . $(\tilde{W}L'_n - t)$ gir altså prisen eller netto kostnaden for eier per n^{21} .

Første ordensbetingelsen definerer eiers etterspørsel etter n og m som funksjoner av R , t , \tilde{W} og e :

$$n = n(R, t, \tilde{W}, e).$$

$$m = m(R, t, \tilde{W}, e)$$

Hvordan optimal n endres ved en endring i R , t eller \tilde{W} finner vi ved implisitt derivasjon av første ordensbetingelsen mht den aktuelle variabelen. Dette gir:

$$(3.13) \frac{\partial n}{\partial R} = -\frac{1}{N} \left[v''_{nm} - v''_{mm}(\tilde{W}L'_n - t) \right]$$

hvor

²¹ Prisen på m er her normert til 1.

$$N = -[v''_{nn} - 2(\tilde{w}L'_n - t)v''_{nm} + (\tilde{w}L'_n - t)^2 v''_{mm} - v'_m \tilde{w}L''_{nn}] > 0$$

følger fra 2. ordenbetingelsen for løsningen på maksimeringsproblemet. Dersom n er et normalt gode for eier vil $\frac{\partial n}{\partial R} > 0$.

$$(3.14) \quad \frac{\partial n}{\partial t} = n \frac{\partial n}{\partial R} + \frac{v'_m}{N} > 0$$

$$(3.15) \quad \frac{\partial n}{\partial \tilde{w}} = -\left[L \frac{\partial n}{\partial R} + \frac{v'_m L'_n}{N} \right] < 0$$

Fra definisjonen av \tilde{w} følger at $\frac{\partial n}{\partial g} = -\frac{\partial n}{\partial \tilde{w}} > 0$.

$$(3.16) \quad \frac{\partial n}{\partial e} = -\left[\tilde{w}L'_e \frac{\partial n}{\partial R} + \frac{v'_m \tilde{w}L''_{ne}}{N} \right]$$

$\frac{\partial n}{\partial e}$ definerer helningen på reaksjonskurven til eier. Gitt rimelige forutsetninger ($L''_{ne} \leq 0$)

så er $\frac{\partial n}{\partial e}$ sikker positiv.

I teksten diskuteres en omlegging av finansieringssystemet som ved uendret tilpasning gir uendret inntekt for eier. Det følger av budsjettbetingelsen (3.11) at: $\Delta R + n^0 \Delta t + L^0 \Delta g = 0$, hvor n^0 og L^0 er det optimale nivå på henholdsvis behandlingsaktiviteten og årsverkinnsatsen før omleggingen.

I tilfellet med større innslag av stykkprisfinansiering ($\Delta t > 0$ og $\Delta g = 0$) så vil reduksjonen i budsjettet være: $\Delta R = -n^0 \Delta t$. Netto effekten på n er gitt ved:

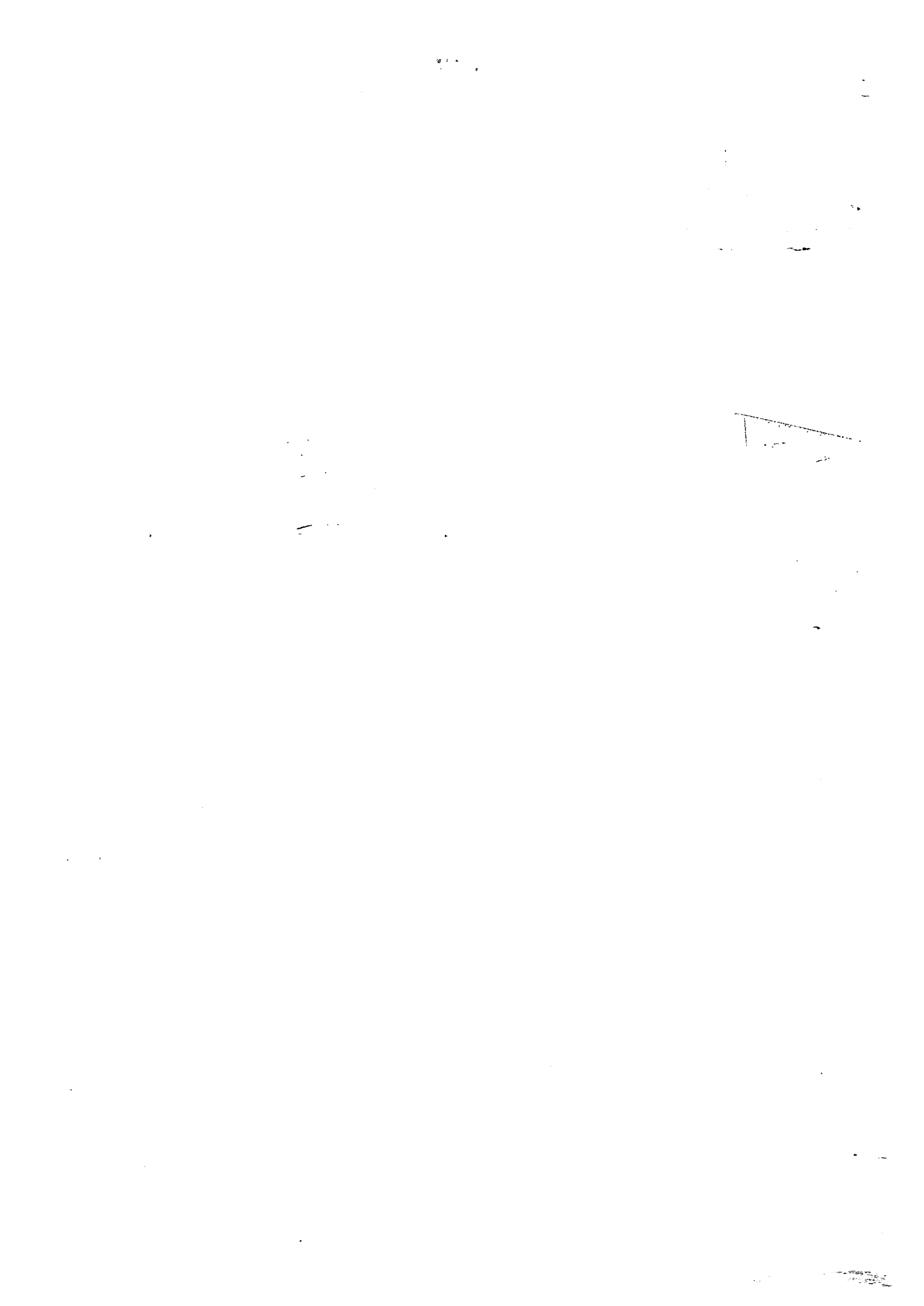
$$(3.17) \quad \left(\frac{\partial n}{\partial t} - n^0 \frac{\partial n}{\partial R} \right) \Delta t = \left(n^0 \frac{\partial n}{\partial R} + \frac{v'_m}{N} - n^0 \frac{\partial n}{\partial R} \right) \Delta t = \frac{v'_m}{N} \Delta t > 0$$

En omlegging til større innslag av stykkprisrefusjon som gjøres inntektsnøytral ved uendret aktivitetsnivå medfører at eier ønsker et høyere nivå på behandlingsaktiviteten på poliklinikken.

I tilfellet med større innslag av årsverksrefusjon ($\Delta g > 0$ og $\Delta t = 0$) så vil reduksjonen i budsjettet være: $\Delta R = -L^0 \Delta g$. Netto effekten på n er gitt ved:

$$(3.18) \quad \left(\frac{\partial n}{\partial g} - L^0 \frac{\partial n}{\partial R} \right) \Delta g = \left(L^0 \frac{\partial n}{\partial R} + \frac{v'_m L'_n}{N} - L^0 \frac{\partial n}{\partial R} \right) \Delta g = \frac{v'_m L'_n}{N} \Delta g > 0$$

En omlegging til større innslag av årsverksrefusjon som gjøres inntektsnøytral ved uendret aktivitetsnivå medfører at eier ønsker et høyere nivå på behandlingsaktiviteten ved poliklinikken.



Vedlegg 4

Kjennetegn ved poliklinisk virksomhet

Vidar Halsteinli

4 Innledning

I dette notatet gir vi en deskriptiv beskrivelse av virksomheten ved poliklinikker for barn og unge og for voksne. Vi tar for oss finansiering, tidsbruk og produktivitet. I tillegg gir vi enkelte nøkkeltall for den samlede polikliniske virksomheten og for gjennomsnittspoliklinikken.

Tallmaterialet er hentet fra følgende kilder:

- Aktivitetsregistreringen for poliklinikkene våren 2000 (Hatling et al, 2002) og våren 2002 (under publisering)
- Pasientdata for barne- og ungdomspsykiatrien, regnskapsdata og personelldata hentet fra SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller 2001 (Bjørngård, 2002).

I det følgende beskriver vi først kort noen forskjeller mellom poliklinikker for barn – og unge (BUP) og poliklinikker for voksne (VP). Deretter gir vi en mer detaljert beskrivelse av de to typer virksomhet hver for seg. Notatet er lagt opp med presentasjon av tabeller eller figurer etterfulgt av korte kommentarer.

4.1 Er det forskjeller mellom poliklinikker innen psykisk helsevern for barn- og unge og poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne?

Tidsbruk:

I tabellen nedenfor viser vi noen hovedtall for behandlernes tidsbruk slik de fremkommer i aktivitetsregistreringen våren 2002.

Tabell v 4.1 For terapeutisk personell i voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, prosent tidanvendt på ulike aktiviteter i en 14-dagers periode våren 2002.

	BUP	VP
Pasientrelatert tid	70 %	78 %
- herav direkte pasientrelatert arbeid	26 %	36 %
- herav annet pasientrelatert arbeid	44 %	42 %
Ikke pasientrelatert arbeid	30 %	22 %
Sum	100 %	100 %

Kommentar:

- VP har en noe høyere andel pasientrelatert tid enn BUP.
- En vesentlig forskjell mellom BUP og VP består i at VP bruker mer tid direkte sammen med pasienten, noe som kan forklares med at BUP "av natur" har en mer indirekte måte å arbeide på i mange saker.

Finansiering av poliklinikker:

Tabellen nedenfor viser hvordan poliklinikkene ble finansert i 2000. Tabellen er basert på regnskapstall for poliklinikker som har separat regnskap for den polikliniske virksomheten. For BUP er dette de fleste poliklinikkene, mens for VP gjelder dette et fåtall poliklinikker fordi mange er integrert i enten DPS'ene eller sykehusenes regnskap.

Tabell v 4.2 Finansiering av poliklinikker. Standardavvik i parentes. 2000.

	BUP	VP
Fylkeskommunal driftsstøtte	46 % (15)	57 % (12)
Polikliniske refusjoner	38 % (6)	32 % (9)
Polikliniske egenandeler	0 % (0)	4 % (2)
Andre statlige tilskudd	11 % (11)	3 % (5)
Refusjon sykepenger	4 % (4)	3 % (2)
Andre inntekter	1 % (2)	1 % (2)
Sum	100 %	100 %

Kommentar:

- Fylkeskommunal driftsstøtte er lavere i BUP enn VP. Dette kan sees i sammenheng med "Andre statlige tilskudd" som i hovedsak er øremerkede rammetilskudd gjennom opptrappingsplanen.
- "Andre statlige tilskudd" er hovedsakelig tilskudd gjennom opptrappingsplanen. Det kan være noe ulik praksis mht til om disse inntektene føres i institusjonenes regnskap eller om de inngår som en del av den fylkeskommunale driftsstøtten/rammen. Når dette er høyere for BUP enn VP kan det tas som et uttrykk for at økt poliklinisk kapasitet i BUP har vært prioritert mange steder.
- Polikliniske refusjoner utgjør en noe høyere andel av inntektene i BUP enn i VP, selv om forskjellen er liten når vi tar hensyn til egenandeler. Det at VP bruker mer tid til direkte pasientarbeid trekker isolert sett i retning av at VP-andelen burde være høyere enn BUP. Når andelen er lavere kan det skyldes at BUP-satsene gir en bedre kostnadsdekning enn i VP. Ansatte ved VP-poliklinikker har i mange sammenhenger tilsynsoppgaver ved døgn- og dagavdelinger ved DPS'er. Dette gir ikke poliklinisk refusjon og kan være en forklaring på lavere andel.

Takstsammensetning - refusjoner fordelt på ulike refusjonstyper:

Tabell v 4.3 Refusjonsinntekter etter taksttype (basert på tall innhentet fra et utvalg poliklinikker 2001).

	BUP	VP
P03a/P01a (Henvisingstakst)	4 %	10 %
P03b/P01b (Årsverkstakst)	85 %	64 %
P03c/P01c (Konsultasjonstakst)	11 %	26 %
Sum	100 %	100 %

Kommentar:

- Når årsverkstaksten utgjør en høyere andel for BUP enn VP, reflekterer det en lavere andel direkte pasientarbeid, jfr aktivitetsregistreringen over.
- Det er likevel grunn til å legge merke til at henvisingstakst og konsultasjonstakst utgjør en lav andel. Samlet sett finansierer de to aktivitetsbaserte takstene kun 9 prosent av utgiftene i VP og fem prosent i BUP.

4.2 Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

Aktivitet:

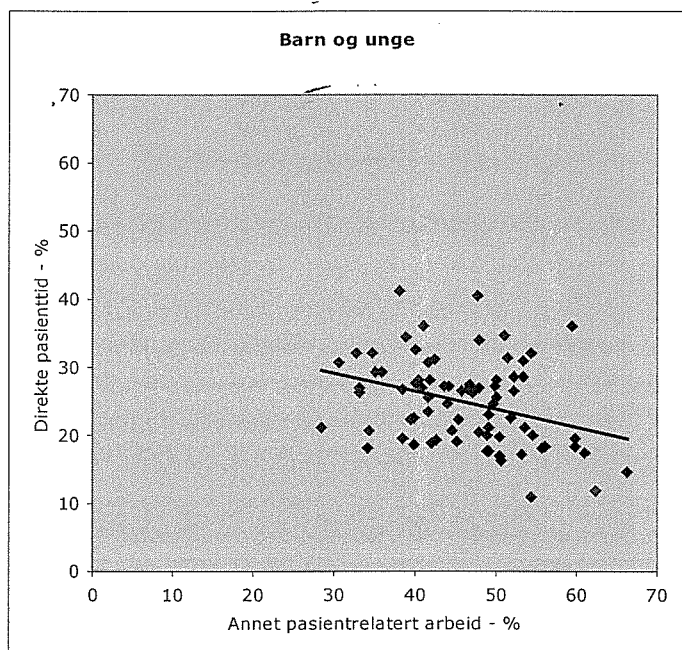
Tabell v 4.4 Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i ulike teamtyper i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for barn og unge, 2002.

Behandlere i poliklinikker for barn og unge	allmennpsykiatriske team for:			Spesialteam:		Totalt
	- barn og unge	- barn	- unge	- familieteam	- andre team	
Direkte pasientrelatert arbeid						
Individualbehandling	10,2	6,3	17,4	10,6	9,4	10,2
Familie-/parbehandling	7,7	7,5	6,1	15,2	5,7	7,5
Gruppebehandling	0,3	0,5	0,1	0,2	1,3	0,4
Hjemmebesøk	0,4	0,7	0,8	0,8	1,0	0,5
Annen type behandling	2,7	2,5	1,8	4,3	3,7	2,8
Observasjon/undersøkelse	2,1	3,6	1,6	0,3	2,5	2,2
Tester	1,1	1,8	1,0	0,2	0,8	1,2
Pasienten ikke møtt	1,4	0,9	1,4	1,3	0,8	1,3
SUM	25,9	23,8	30,2	32,9	25,2	26,1
Annet pasientrelatert arbeid						
Faglig veiledning gitt	2,6	2,4	2,2	1,4	2,7	2,5
Faglig veiledning mottatt	2,5	2,3	4,0	1,1	2,0	2,5
Kurs/studier av faglitteratur	3,2	7,2	5,2	3,2	4,7	3,8
Reiser	3,6	2,9	2,7	2,9	3,6	3,4
Journalføring	12,8	11,7	15,2	12,3	11,3	12,6
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	3,6	3,0	3,5	3,9	3,7	3,6
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	1,2	1,0	0,4	1,1	1,4	1,1
Annen konsulentvirksomhet	1,0	1,0	0,6	0,3	1,2	1,0
Administrasjon	4,8	4,4	2,4	3,1	6,3	4,8
Interne møter	9,4	9,4	8,1	9,5	7,8	9,0
Annet	1,7	1,3	1,9	0,9	1,0	1,6
SUM	44,7	45,3	44,3	38,8	44,7	44,3
Ikke pasientrelatert arbeid						
Faglig veiledning gitt	0,7	0,6	0,7	1,7	0,8	0,7
Faglig veiledning mottatt	1,3	3,0	1,1	1,7	1,0	1,4
Kurs/studier av faglitteratur	9,9	11,9	8,4	7,1	9,9	10,1
Reiser	2,4	2,8	1,3	2,6	1,9	2,3
Journalføring	0,8	0,9	0,8	0,9	0,5	0,7
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,6	0,6	0,5	0,4	0,5	0,6
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,3	0,5	0,1	1,3	0,8	0,4
Annen konsulentvirksomhet	1,1	0,8	1,4	1,1	1,7	1,2
Administrasjon	4,6	3,8	3,2	3,6	5,4	4,5
Interne møter	5,1	4,0	4,8	5,7	6,2	5,2
Annet	1,1	0,9	1,1	1,2	0,6	1,0
SUM	29,0	30,7	24,5	28,5	29,9	29,1
Antall behandlere	589	77	44	30	102	879
Totalt	100	100	100	100	100	100

Kommentarer:

- I hovedsak er fordelingen av tid på de to hovedkategoriene pasientrettet arbeid og ikke pasientrettet arbeid lik for de ulike teamene, men allmennpsykiatriske team for unge har en noe høyere andel tid til pasientrettet arbeid.
- Familieteam bruker relativt sett mye tid til direkte pasientrelatert arbeid, mens allmennpsykiatriske team bruker relativt sett mye tid til annet eller indirekte pasientrelatert arbeid.
- Omlag tre prosent av tiden brukes til reise og mellom tre og fire prosent av tiden brukes til konsultasjoner med 1. linjetjenesten. Her er det liten variasjon mellom teamtypene.
- Utenom direkte pasientrelatert arbeid brukes det relativt sett mye tid på journalføring, kompetansehevende tiltak og interne møter.

Bruker poliklinikker med høy andel tid til direkte pasientarbeid tilsvarende mindre tid på annet pasientarbeid?

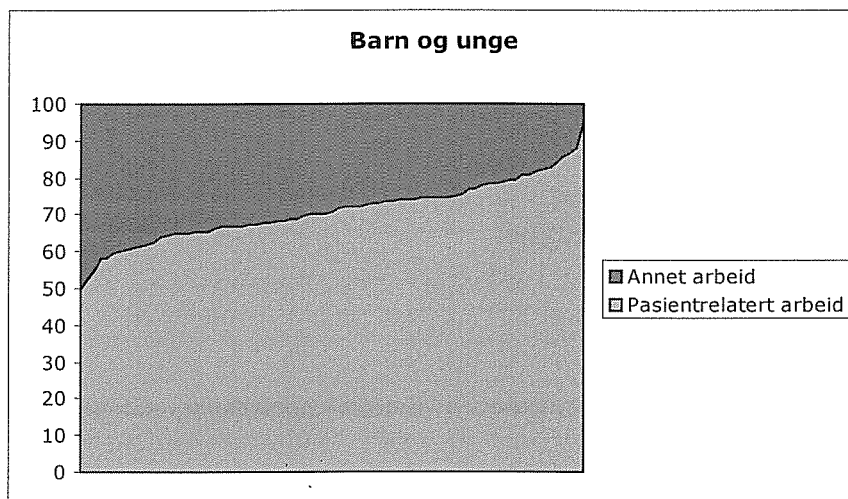


Figur v 4.1 Andel tid til direkte pasientrettet arbeid og andel tid til annet/ikke pasientrettet arbeid en 14-dagers periode våren 2000. Poliklinikker for barn og unge.

Kommentar:

- Andel tid til direkte pasientrettet arbeid varierer mellom 15 og 35 prosent, mens andel tid til annet pasientrelatert arbeid varierer mellom 35 og 60 prosent.
- Variasjon er et fremtredende trekk og det er i liten grad noen systematisk sammenheng.

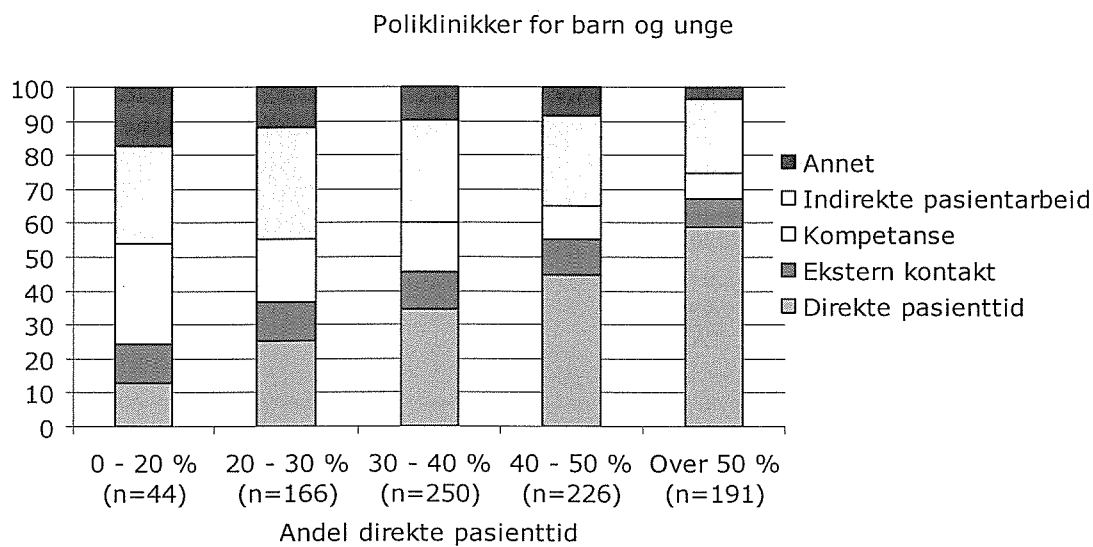
Er det stor forskjell i andel ikke pasientrelatert tid?



Figur v 4.2 Tid til annet/ikke pasientrelatert arbeid og tid til direkte eller indirekte pasientrelatert arbeid. Tid i prosent av arbeidstiden en 14-dagers periode våren 2000. Poliklinikker for barn og unge.

Kommentar: Tid til ikke pasientrelatert arbeid varierer fra 40 til 20 prosent. En andel opp mot 40 prosent synes høy.

Poliklinikker med høy andel tid til direkte pasientkontakt – hva bruker de mindre tid på?



Figur v 4.3 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlerne i psykisk helsevern for barn og unge.

Kommentar:

Omfanget av ekstern kontakt er relativt stabilt uavhengig av andelen direkte pasientkontakt. Det er med andre ord ikke slik at direkte pasientkontakt fortrenger den eksterne virksomheten. Derimot ser vi at det er en klar sammenheng mellom tid til kompetansehevende arbeid og direkte pasientarbeid. Det indirekte pasientarbeidet er relativt likt for alle behandlerne, mens det øvrige arbeidet avtar med økende andel direkte pasientkontakt.

4.2.1 Aktivitet - produktivitet

Nedenfor presenteres noen nøkkeltall for poliklinikkene hentet fra SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller 2001 (Bjørngård, 2002).

Tabell v 4.5 Utvalgte nøkkeltall for polikliniske tjenester for barn og unge.

Poliklinikker for barn og unge – tall fra 2001	
Antall polikliniske årsverk	1 147
- herav ved poliklinikker	653
- herav ved klinikkavdelinger	494
Gjennomsnittlig antall polikliniske årsverk ved	
- poliklinikker	14
- klinikkavdelinger	20
Tiltak per fagårsverk	303
- herav direkte tiltak per fagårsverk	200
- herav indirekte tiltak per fagårsverk	103
Tiltak per pasient	10,7
- herav direkte tiltak per pasient	7,1
- herav indirekte tiltak per pasient	3,6
Antall pasienter per fagårsverk	28

4.3 Voksenpsykiatri

Aktivitet:

Tabell v 4.6 Gjennomsnittlig prosent tid på ulike aktiviteter i ulike teamtyper i poliklinisk virksomhet. Behandlere i offentlige poliklinikker for voksne. 2002.

Behandlere i poliklinikker for voksne	Allmenn-psykiatriske team	Spesialteam:				Totalt
		Alderspsykiatri	Put*	Rus**	Andre team	
Direkte pasientrelatert arbeid						
Individualbehandling	29,5	7,3	21,8	20,4	19,9	25,5
Familie-/parbehandling	0,8	1,3	1,6	1,2	1,0	1,0
Gruppebehandling	1,6	0,4	1,0	3,6	5,5	2,5
Hjemmebesøk	0,6	5,5	0,9	0,8	3,9	1,6
Annen type behandling	1,1	1,5	2,6	1,4	2,9	1,6
Observasjon/undersøkelse	1,1	2,3	0,1	0,1	0,9	0,9
Tester	0,5	4,0	0,6	0,1	0,8	0,7
Pasienten ikke møtt	1,9	0,3	3,9	2,4	1,3	1,9
SUM	37,1	22,6	32,5	30	36,2	35,7
Annet pasientrelatert arbeid						
Faglig veiledning gitt	2,6	2,6	1,5	1,2	2,5	2,4
Faglig veiledning mottatt	2,2	0,8	1,7	1,5	2,0	2,0
Kurs/studier av faglitteratur	4,4	1,9	5,7	7,7	5,3	4,7
Reiser	1,7	6,5	3,0	2,4	2,4	2,2
Journalføring	14,2	17,7	14,1	12,8	10,4	13,4
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	2,1	5,5	2,9	2,9	2,9	2,5
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	1,3	2,1	1,0	1,1	1,7	1,4
Annen konsulentvirksomhet	0,5	1,1	0,9	0,5	1,5	0,8
Administrasjon	3,5	3,3	3,3	2,9	3,6	3,4
Interne møter	8,3	12,0	8,9	8,4	9,4	8,7
Annet	1,2	0,8	1,1	1,5	0,6	1,1
SUM	42,0	54,3	44,1	42,9	42,3	42,6
Ikke pasientrelatert arbeid						
Faglig veiledning gitt	0,7	1,0	0,4	0,3	0,9	0,7
Faglig veiledning mottatt	0,7	1,6	0,7	0,7	0,9	0,8
Kurs/studier av faglitteratur	6,6	5,6	5,4	12,4	6,5	6,7
Reiser	1,5	2,2	1,6	2,0	1,8	1,6
Journalføring	0,9	0,9	1,5	0,8	0,8	0,9
Konsultasjon/samarbeid 1.linjen	0,4	0,8	1,2	0,9	0,5	0,5
Konsultasjon/samarbeid 2.linjen	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Annen konsulentvirksomhet	1,1	1,6	2,3	0,9	1,7	1,3
Administrasjon	3,4	3,3	4,3	2,8	3,3	3,4
Interne møter	4,5	4,5	4,8	4,9	4,1	4,5
Annet	0,8	1,3	1,0	1,0	0,8	0,9
SUM	21,1	23,1	23,5	27,1	21,7	21,7
Antall behandlere	825	50	86	73	295	1367
Totalt	100	100	100	100	100	100

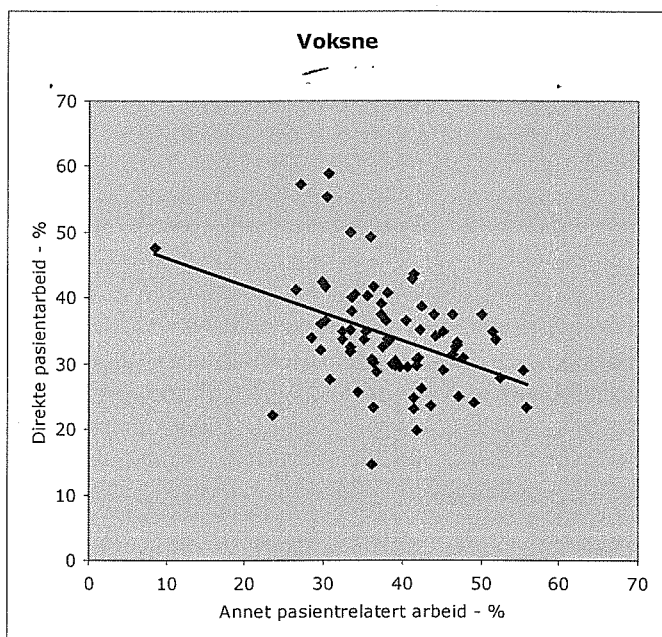
*Psykiatrisk ungdomsteam

** Inklusive dobbelt-diagnoseteam

Kommentarer:

- I hovedsak er fordelingen av tid på de to hovedkategoriene pasientrettet arbeid og ikke pasientrettet arbeid lik for de ulike teamene, men rusteam har en noe lavere andel tid til pasientrettet arbeid.
- Alderspsykiatriske team skiller seg ut med å bruke relativt sett mindre tid på direkte pasientrettet arbeid og mer tid på indirekte arbeid som samarbeid med 1. linjen. Også rusteam og PUT bruker relativt sett mer tid på indirekte pasientrettet arbeid.
- I gjennomsnitt brukes omlag to prosent av tiden til reise, men alderspsykiatriske team bruker over seks prosent. I underkant av tre prosent av tiden brukes til konsultasjoner med 1. linjetjenesten, men også her skiller alderspsykiatriske poliklinikker seg fra de andre.
- Utenom direkte pasientrelatert arbeid brukes det relativt sett mye tid på journalføring, kompetansehevende tiltak og interne møter.

Bruker poliklinikker med høy andel tid til direkte pasientarbeid tilsvarende mindre tid på annet pasientarbeid?

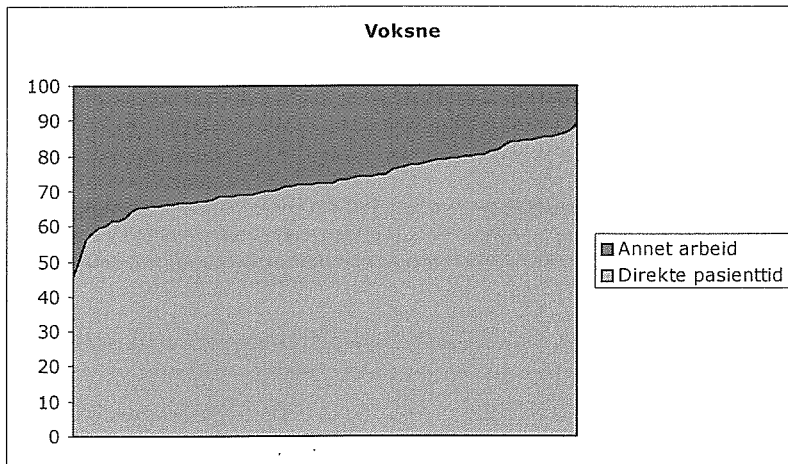


Figur v 4.4 Andel tid til direkte pasientrettet arbeid og andel tid til annet/ikke pasientrettet arbeid en 14-dagers periode våren 2000. Poliklinikker for voksne.

Kommentar:

Det er en svak tendens til at høy andel tid til direkte pasientarbeid motsvare av lav andel tid til annet pasientrelatert arbeid. Imidlertid: De aller fleste poliklinikkene har en andel direkte pasientarbeid mellom 25 og 45 prosent. I denne kategorien varierer andel tid til annet pasientrelatert arbeid sterkt (fra 30 til 60 prosent). Et fremtredende trekk er derfor variasjon.

Er det stor forskjell i andel ikke pasientrelatert tid?

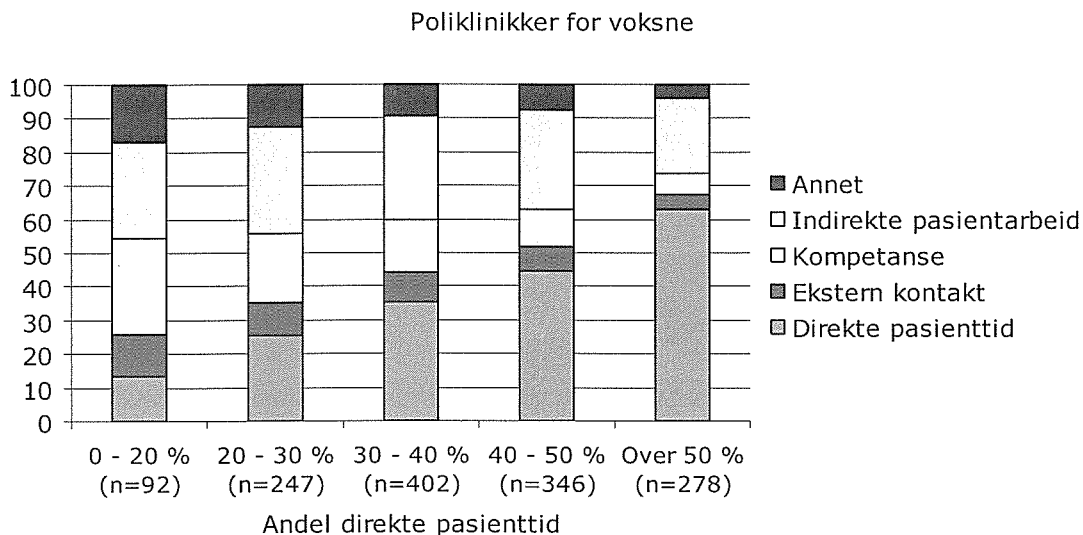


Figur v 4.5 Tid til annet/ikke pasientrelatert arbeid og tid til pasientrelatert (direkte eller indirekte) arbeid. Tid i prosent av arbeidstiden en 14-dagers periode våren 2000. Poliklinikker for voksne.

Kommentar:

De aller fleste poliklinikkene bruker mellom 35 og 20 prosent av tiden til ikke pasientrelatert arbeid. En andel på over 30 prosent synes å være forholdsvis høyt.

Poliklinikker med høy andel tid til direkte pasientkontakt – hva bruker de mindre tid på?



Figur v 4.6 Prosent av arbeidstid anvendt på ulike områder gruppert etter andel tid til direkte pasientkontakt. Behandlere i psykisk helsevern for voksne.

Kommentar:

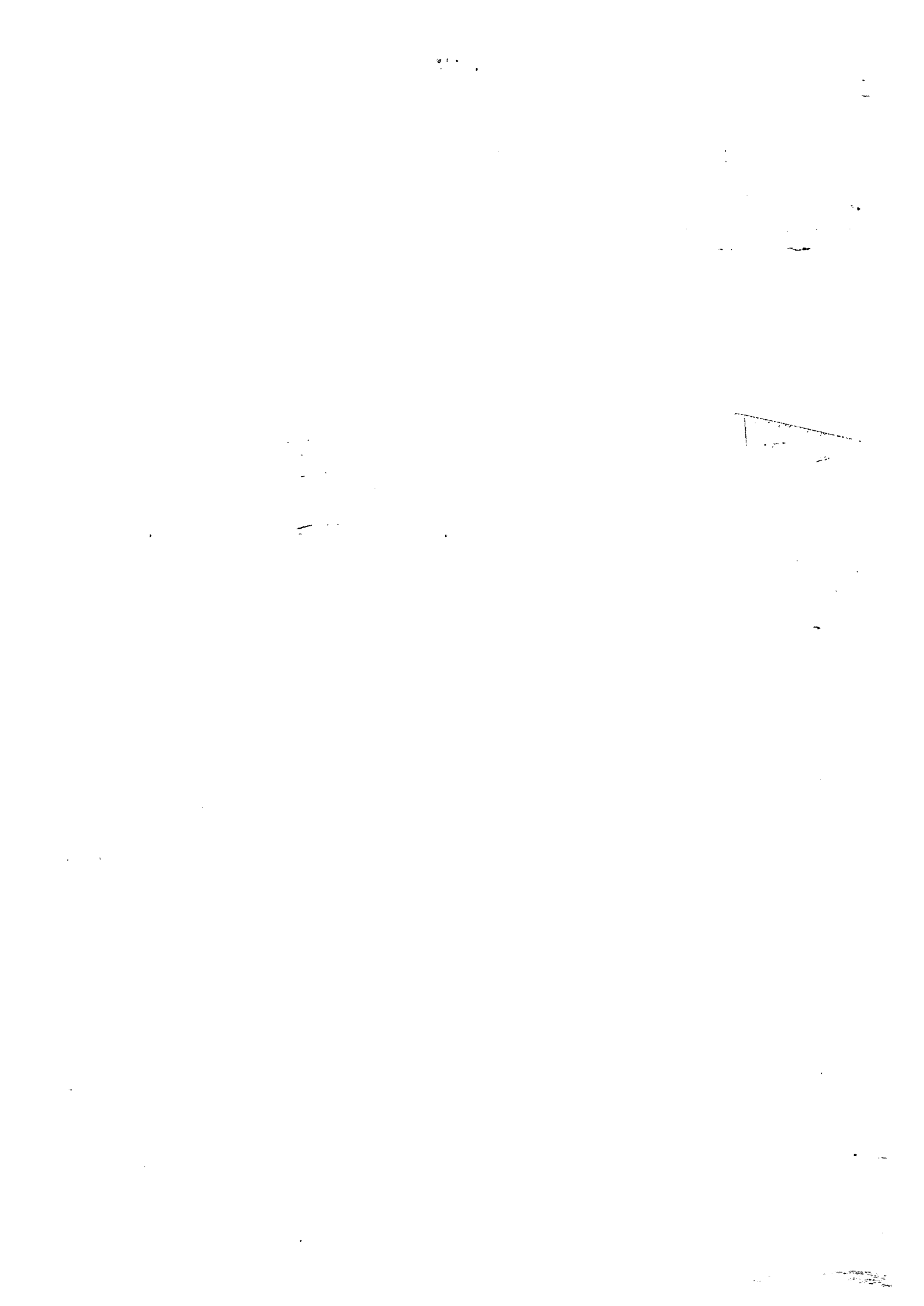
Tallene indikerer at ekstern kontakt og indirekte pasientarbeid er relativt stabilt, uavhengig av hvor mye direkte pasientkontakt man har. Tid til kompetanseheving og annet arbeid synes derimot å gå på bekostning av andelen direkte pasientkontakt.

4.3.1 Aktivitet - produktivitet

Nedenfor presenteres noen nøkkeltal for poliklinikkene hentet fra SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller 2001 (Bjørngård, 2002).

Tabell v 4.7 Utvalgte nøkkeltall for polikliniske tjenester for voksne.

Poliklinikker for voksne – tall fra 2001	
Antall polikliniske årsverk	1 968
- herav selvstendige poliklinikker	335
- herav ved distriktpsikiatriske sentra	951
- herav ved sykehus/sykehusavdelinger	682
Gjennomsnittlig antall polikliniske årsverk ved	
- selvstendige poliklinikker	17
- poliklinikker ved distriktpsikiatriske sentre	13
- poliklinikker ved sykehus	21
Refusjonsberettigede konsultasjoner per fagårsverk	347



Vedlegg 5

Poliklinisk aktivitet og statlige styringssignaler

Trond Hatling

5 Innledning

I dette notatet gjøres følgende:

- Vi gjennomgår poliklinikkens ulike aktiviteter, antyder hvordan de kan operasjonaliseres gitt at det skal være en sats knyttet til aktiviteten og vurderer hvorvidt det er mulig/ønskelig å takstbelegge aktiviteten.
- Vi drøfter kort om det ut fra nasjonale mål er mulig å skille mellom aktiviteter som er prioritert (og som dermed bør ha en sats) og aktiviteter som ikke er prioritert (og som dermed ikke trenger en egen sats). Et underliggende premiss for denne sammenhengen mellom prioritering og finansiering, og som følges opp i et eget notat, er at en sats er innsatsdriende i den forstand at poliklinikken som kollektiv, og den enkelte behandler, dreier sin innsats over mot de som gir økt økonomisk inntjening. Det innebærer samtidig at man må gjøre mindre av noe annet (som ut fra andre hensyn ansees like viktige).

Noen innledende spørsmål til det første kulepunktet:

Hvordan kan en lage forståelige og hensiktsmessige kategorier for aktivitetene? Aktiviteter skiller seg for eksempel fra hverandre ved at de har ulikt formål og/eller ulik tidsbruk

Medfører en aktivitet at det må registreres mer enn det som ligger i de pasientadministrative systemene (BUPdata/MBDS)? Hvis så er vil dette medføre økt administrativt – og muligens klinisk – merarbeid.

Notatet er bygd opp i to hoveddeler:

I den første delen redegjøres for aktivitetsformer langs de dimensjoner vi er kjent med.

I den andre delen går vi gjennom offentlige styringsdokumenter for å avdekke om en har gjort, og i så fall hvilke, prioriteringer med tanke på poliklinisk drift.

5.1 Poliklinisk aktivitet

5.1.1 Innledning

Det finnes ingen entydig definisjon av en poliklinikks aktivitetsspekter. I tråd med andre arbeider innen området velger vi derfor å dele inn en poliklinikks arbeid i fem hovedformer; pasientbehandling, samarbeid, kompetanseutvikling, ledelse og til slutt en annet-post. Disse vil ikke være gjensidig utelukkende, for eksempel vil en ofte ha både internt og eksternt samarbeid knyttet til pasientbehandling. Koplingen mellom disse hovedformene vil bli gjort underveis i notatet.

5.1.2 Pasientbehandling

Denne hovedformen for aktivitet kan igjen dekomponeres langs flere dimensjoner (oppstillingen kan helt sikkert forlenges):

- Hvilken fase i pasientbehandlingen er dette knyttet til; inntaksfasen, utredningsfasen, behandlingsfasen eller avslutningsfasen? Dagens takstsystem har en egen starttakst, sannsynligvis for å kompensere for det ekstra arbeidet som ligger i oppstarten av en konsultasjonsserie. Samtidig har en ingen egen takst for utredninger, selv om slike kan være meget ressurskrevende. En har heller ingen takst som premierer at behandlingen avsluttes, en takst som kan begrunnes i to forhold; merarbeidet knyttet til dette – bl.a. epikriseskriving, og at det stimulerer til å vurdere avslutning av et behandlingsforløp for å ta inn nye.
- Hvilken behandlingsform er det? I den grad det går an å skille disse meningsfullt fra hverandre; innsiktsorientert langtidsterapi eller korttids psykoterapi? Med en kognitiv, psykodynamisk eller atferdsterapeutisk tilnærming. Individualterapi, familierapi eller gruppeterapi?
- Er dette aktivitet en gjør sammen med pasienten, eller noe en gjør uten pasienten til stede? En viktig aktivitet mht. det siste punktet er journalføring/epikrisearbeid. Det brukes mye tid på dette, og er samtidig viktig med tanke på dokumentasjon/rettssikkerhet/samarbeid mot andre instanser (epikrise).
- Foregår aktiviteten på poliklinikken, er det i form av hjemmebesøk eller anvender en teknologi (alt fra telefon til interaktiv videokonferanse)?
- Hvem er pasienten?
 - Foregår pasientbehandlingen overfor et enkeltindivid, par eller familier/andre grupper?
 - Hvilken diagnose/hvilket problem har vedkommende? Eller sagt på en annen måte – skal poliklinikkene prioriteres i forhold til noen pasientgruppe, og da andre enn de tilbyr tjenester til i dag (jfr. Hagen 2001 som hevder at de "tyngste" pasientene får dårligere tilbud når poliklinikkene bygges ut og døgntjenester bygges ned).
- Grad av samarbeid
 - På poliklinikken - Hvor mange utfører behandlingen – individualsamtaler med en behandler til stede i den ene enden, reflekterende team med tre/fire behandlere overfor familier i den andre?
 - Med andre instanser – intet samarbeid til omfattende arbeid med flere instanser i førstelinjen til stede i ansvarsgrupper
- Hvem utfører behandlingen - universitetsprofesjonene og/eller høyskoleprofesjonene?
- Arbeidsdeling mellom behandlingspersonale og merkantilt personale?

Disse dimensjonene kan så igjen koples i et utall av kombinasjoner, uten at disse skal rede-
gjøres for her.

5.1.3 Operasjonalisering av pasientarbeid

Det er gjort flere forsøk på å operasjonalisere det pasientrettede arbeidet, med påfølgende
kartlegging, og en av disse gjennomgås her.

Ruud, Husby og Sørensen (1997 - se side 64) deler det pasientrettede arbeidet inn i sju
hovedkategorier, hver med fra 6-8 underkategorier (en samlet liste er vedlagt dette notatet).
Disse hovedkategoriene er i tidligere arbeider definert, og disse gjengis her.

Utredning	Diagnostikk og utredning av lidelse, problem, funksjon og ressurser.
Biologisk behandling	Somatiske intervensjoner rettet mot anatomiske, biokjemiske eller fysiologiske forhold
Psykologisk behandling	Psykologiske intervensjoner rettet mot pasientens tanker og følelser
Familie og Nettverk	Intervensjoner rettet mot pasientens parforhold, familie og sosiale nettverk
Sosiale tiltak	Intervensjoner rettet mot pasientens ytre og praktiske livssituasjon
Pedagogiske tiltak	Intervensjoner rettet mot å bedre pasientens funksjonsnivå innen ulike ferdigheter
Indirekte pasientarbeid	Journalarbeid, dokumentasjon og råd og veiledning til andre som er i kontakt med pasienten

5.1.4 Kommentarer:

Dette er ikke en måte aktiviteten er inndelt på i de pasientadministrative systemene, hverken i tjenestene for voksne eller barn og unge (selv om enkelte av kategoriene gjenfinnes). Hvis dette skal være gjenstand for særegne takster fordrer det i første omgang en betydelig omdanning av lokale rapporteringsrutiner og endringer i de pasientadministrative systemene.

Innen noen av disse områdene vil en betydelig del av arbeidet skje uten pasientens nærvær, særlig gjelder dette Sosiale tiltak, men i noen grad også Familie og nettverk. Slik dagens takstsystem er utformet innebærer det at aktivitet knyttet til pasientens nettverk og livssituasjon for øvrig ikke honoreres, og oversikten synliggjør dermed at også dagens takstsystem har en dreining, uttalt i retning individfokus.

5.1.5 Konklusjon angående pasientbehandling så langt:

Det vil ikke være mulig å utvikle et takstsystem som tar hensyn til alle disse faktorene! Noen av disse dimensjonene kan raskt elimineres:

- Det er ikke noe poeng å skille i forhold til hvem som utfører behandlingen, så lenge behandlerne har refusjonsrett. Det er ingen studier som dokumenterer forskjellig behandlingseffekt avhengig av hvem som utfører behandlingen

- Skillet mellom behandlere/merkantilt personell må være en kontinuerlig, lokal utvikling av arbeidsdeling. Det vil være helt umulig å skille denne fornuftig innen et takstsystem. En eller annen gjennomsnittsberegning av total arbeidsmengde bør likevel danne grunnlag for takstene.
- Det er i dag ikke kunnskapsgrunnlag til å skille mellom ulike behandlingstilnærminger (f.eks. kognitiv terapi vs. innsiktsorientert langtidsterapi).. Denne må i tillegg også kontinuerlig oppdateres, samt at en slik takst vil utløse en lang rekke faglige konflikter.

En bør vurdere et skille etter behandler"mengde" som inngår. Noen former for behandling er mer ressurskrevende enn andre, og samtidig ønskelig:

- Gruppebehandling, hvor det ofte er to behandlere til stede, og som regel tar lengre tid enn individuellkonsultasjoner. Bør det samme også være tilfelle innen øvrige behandlingsformer, særlig innen psykisk helsevern for barn og unge (familiebehandling)? Nåværende takstsystems noe ulle kompetansekrav når det gjelder gruppebehandling bør fjernes, tilsvarende kompetansevurderinger må allerede gjøres lokalt i forhold til andre tilnærminger også (f.eks. familiebehandling). Det er etter vår vurdering ingen grunn til å skille ut dette særskilt.
- behandlingssesjoner hvor det er nødvendig med tolk

En bør tilsvarende vurdere å skille etter fase i forløpet:

- Selve oppstartsfasen er mer ressurskrevende, og tilsier derfor en starttakst
- Noen former for utredning er mer krevende; f.eks. tester hvor resultatene skal tolkes. Ulempen er at en her raskt vil komme inn i utfordringer knyttet til grenseoppganger (f.eks. i forhold til faglig samarbeid ved kompliserte tilfeller).
- Avslutningen er tilsvarende mer ressurskrevende, bl.a. pga epikriseskriving, og også ønskelig å stimulere for å øke gjennomstrømning

Det er derimot mindre grunn til å lage et generelt skille mellom utredning og behandling, ettersom disse i stor grad går ut på det samme – fortløpende konsultasjoner.

Ut fra en ressurstankegang er det også grunn til å vurdere et skille etter hvor konsultasjonen foregår:

- Noen ganger er det nødvendig med hjemmebesøk, eller annen ambulant virksomhet. Ansvarsgruppearbeid hvor pasienten er til stede faller inn under samme kategori.

Noen områder som bør drøftes mer inngående er

hvorvidt takstene kun skal favorisere direkte pasientbehandling, det vil si arbeid hvor pasienten er til stede?

- Indirekte pasientarbeid er vanskelig å avgrense
- Samtidig er det dokumentert at det å arbeide med familie og sosialt nettverk er klinisk ønskelig (MST og PMT).

hvordan man skal tenke i forhold til konsultasjon vs. annen oppfølging

- enkelte pasienter krever mye oppfølging mellom konsultasjoner. Bli disse uten et honoreringssystem gitt suboptimal behandling? Dette er det på den andre side neppe mulig å avgrense – både i forhold til identifisering av slike "grupper" og i forhold til hva som anses som faglig nødvendig av oppfølging.

5.1.6 Samarbeid

Samarbeid er framhevet som en viktig del av poliklinikkens måte å arbeide på (se seinere i notatet om statlige føringer). I de tidsregistreringene vi har gjennomført har vi skilt mellom internt og eksternt samarbeid. Internt samarbeid er noe det brukes mye tid på. Hvis en avgrensner det til møtetid er for tjenester til barn og unge om lag 14% av tiden belagt til dette, 9% pasientrelatert, 5% Ikke pasientrelatert. For tjenester for voksne er tallene henholdsvis 12%, 7% og 5%. Eksternt samarbeid er en aktivitet poliklinikkens behandlere bruker lite tid på, for tjenester til barn og unge er om lag 6% av tiden belagt til dette, 5% pasientrelatert, 1% Ikke pasientrelatert. For tjenester for voksne er tallene henholdsvis 6%, 4% og 2%. For barn og unge er samarbeidet noe mer rettet mot 1. linjetjenesten enn mot spesialisthelsetjenesten, for voksne er det likt.

Denne hoveddimensjonen kan med fordel dekomponeres langs flere dimensjoner enn intern/ekstern (opplistingen kan helt sikkert forlenges). Vi har lagt vekt på å unngå teoretiske dimensjoner, såvidt vi vet er alle disse dimensjonene representert på en poliklinikk:

- Hvor skjer samarbeidet
 - Internt på poliklinikken
 - Internt i organisasjonen (mellom poliklinikken og resten av DPS/klinikk)
 - Mot andre deler av spesialisthelsetjenesten
 - Mot førstelinjetjenesten

- Grad av formalitet i samarbeidet?
 - faste, regulerte møter - f.eks. hver 6. uke med førstelinjetjenesten eller ukentlige teammøter hvor en drøfter behandling
 - ad hoc samarbeid - f.eks. med andre behandlere på poliklinikken for drøfting av medikasjon eller et enkeltmøte med psykiatrisk sykepleier i kommunen om en pasient

- Formålet med samarbeid
 - Utforming/gjennomføring av behandling i forhold til en enkeltpasient (f.eks. ansvarsgrupper)
 - Utforming/gjennomføring av behandling i forhold til grupper av pasienter; hva gjør vi i forhold til pasienter med spiseforstyrrelser?
 - Kompetanseheving; enten i form av undervisningsopplegg eller veiledning som del av samarbeidsmøter
 - Generelt samarbeid - ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og poliklinikken som et eksempel

5.1.7 Operasjonalisering av samarbeid

På samme måte som for pasientbehandling har Ruud, Husby og Sørensen (1997 - se side 64) operasjonalisert andre deler av det polikliniske arbeidet. Samarbeid kan sies å falle innen to av deres kategorier; Samarbeid med brukergrupper og organisasjoner og Planlegging/utredning. Disse er ikke definert ytterligere, men hver av de to er igjen delt inn i 6-7 underkategorier (se vedlegg).

5.1.8 Kommentarer

En står overfor minst to utfordringer når en skal vurdere en takst i forhold til samarbeid:

- Hvilke samarbeidsformer skal premieres? Det meste av det som foregår av samarbeid kan gies en faglig eller administrativ begrunnelse. Det er under pasientarbeid argumentert for at deltakelse i ansvarsgruppe med pasienten til stede bør det gies en takst for.
- Hvordan skille det gode fra det dårlige samarbeidet? Her vil det både være ulike behandlingstradisjoner til stede, men også individuelle preferanser mellom behandlere – og poliklinikker.

5.1.9 Konklusjoner i forhold til samarbeid så langt

Ved økt fokus på ressursdisponering og inntjening vil ressurskrevende, men faglig sett ønskelig eller nødvendig, samarbeid kunne bli en salderingspost. Noen former for samarbeid bør derfor honoreres:

- planlagte samarbeidsmøter med førstelinjetjenesten (på samme måte som for allmenntilrettelste) knyttet til konkrete pasienter

Samarbeidsformer som er ønskelige (til en viss grad), men som det er svært vanskelig å avgrense, og dermed er vanskelig å inkludere i et honoreringssystem:

- Internt samarbeid rundt enkeltpasienter (annet enn når begge inngår i selve konsultasjonen). Dette innebærer samtidig at opplæringsfunksjonen (mester/svenn) ikke honoreres.
- Uformelt samarbeid mot 1. linjen (telefoner). På den annen side vil dette ofte være en mye mindre ressurskrevende (og dermed mer kostnadseffektiv) samarbeidsform enn fysiske møter.

5.1.10 Kompetanseutvikling

Dette er et område som poliklinikkene i følge statlige styringssignaler (se seinere i notatet) er en viktig del av en poliklinikkens virksomhet. Her peker en både på behovet for kompetanse i forhold til enkelte pasientgrupper, overfor samarbeidsinstanser (særlig kommunene) og generell kompetanseheving. Dette er en aktivitet poliklinikkens behandlere i følge tidsbruksundersøkelsen 2000 bruker betydelig tid på. Hvis en legger sammen tid bruk til å gi og motta faglig veiledning samt kurs/studier av faglitteratur bruker en for tjenester for barn og unge 8% av tiden til pasientrelatert og 10% av tiden til Ikke pasientrelatert kompetanseheving. De tilsvarende tallene for tjenester for voksne er henholdsvis 8% og 9%. Slik kategoriene er utformet er dette i all hovedsak intern kompetanseheving. I likhet med de øvrige områdene kan det også være et poeng å dekomponere dette langs ulike dimensjoner (opplistingen kan helt sikkert forlenges):

- Intern eller ekstern kompetanseheving
 - Undervisningsopplegg overfor førstelinjetjenesten og/eller internundervisning på poliklinikken
- Generell eller spesiell kompetanseheving
 - Skal en øke andelen med spesialistkompetanse (i hovedsak profesjonsspesifikk), i forhold til tilnærming – (f.eks. familierapi/gruppeterapi) og/eller skal en øke kompetansen i forhold til lidelser (f.eks. spiseforstyrrelser)?

- Formal eller realkompetanse

- En del av kompetansehevingen tilbys gjennom formaliserte utdanninger (jfr. Helsetilsynets ikke publiserte utredning), men en betydelig mengde skjer også gjennom mindre etterutdanningsopplegg samt kurs og konferanser.

5.1.11 Operasjonalisering av kompetanseutvikling

På samme måte som for pasientbehandling og samarbeid har Ruud, Husby og Sørensen (1997 - se side 64) operasjonalisert også denne delen av det polikliniske arbeidet. Kompetanse faller innen to av deres kategorier; Lede/gi kompetansebyggende tiltak og Motta/delta i kompetansebyggende tiltak. Disse er heller ikke definert ytterligere og er delt inn i stort sett de samme 8 underkategorier (se vedlegg).

5.1.12 Kommentarer

Belastningene mellom poliklinikkene er høyst ulik når det gjelder formalisert kompetanseutvikling. Vi har ennå ingen detaljert kunnskap over spredningen, men antar at poliklinikker tilknyttet utdanningsinstitusjoner (universitet) og mindre distriktpoliklinikker har høyere belastning. De siste grunnet at muligheten til å ta videreutdanning er et viktig rekrutteringsvirkemiddel.

En særskilt utfordring knytter seg til lederskolering, hvor poliklinikkene generelt har svak formell lederkompetanse.

5.1.13 Konklusjoner i forhold til kompetanseutvikling så langt

Det er vanskelig å se hvordan et honoreringssystem skal ivareta en intern kompetanseutviklingsfunksjon. Inntil videre foreslås det derfor at dette skal inngå som en del av helseforetakenes overordnede styring; hvor stor del av regionens/helseforetakets kompetansehevingsbehov skal den enkelte poliklinikk ivareta? Ressursallokeringen må så være i forhold til dette.

Et tilsvarende resonnement bør også gjøres gjeldende for lederskolering.

Det bør vurderes særskilt hvorvidt det er ønskelig å premiere ekstern kompetanseheving, særlig mot førstelinjetjenesten, og i så fall hvordan (jfr. nasjonale helsepolitiske mål). Et forslag kan være at ekstern undervisning honoreres på linje med Universitets/høgskolesatser (timepris x 4-4,5 avhengig av originalitet for forelesninger, mindre når det er snakk om seminarer m.v).

5.1.14 Ledelse

Et område som er viet særlig oppmerksomhet i de senere år er ledelsens betydning for utvikling av de polikliniske tjenestene, herunder produktivitetutvikling (jfr. Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker og Styringsdokument for de regionale helseforetakene - se seinere).

5.1.15 Operasjonalisering av ledelse

Ruud, Husby og Sørensen (1997 - se side 64) har operasjonalisert også denne delen av det polikliniske arbeidet, under headingen Administrativt arbeid, uten ytterligere definisjon. Denne er igjen inndelt i 7 underkategorier (se vedlegg). Det må vel samtidig sies at akkurat denne delen er nokså lite utfyllende. Fire av kategoriene er knyttet til reisetid for aktiviteter som delvis hører inn under andre kategorier, og bare en kategori kan sies å tangere ledelse;

administrative møter. Det er riktignok en kategori for planlegging av eget arbeid, men ledelsesarbeidet i en poliklinikk bør vel ha høyere ambisjoner enn det.

5.1.16 Kommentarer

Fra sektoren får vi tilbakemeldinger om at det er for lite ressurser satt av til ledelse, de er i stor grad bundet opp i behandlingsoppgaver. Samtidig fokuserer Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker særlig på ledelse som et virkemiddel i å videreutvikle poliklinikkene. Det er også grunn til å anta at et refusjonssystem fordrer lokal ledelsesoppfølging for at det skal få ønsket effekt.

5.1.17 Konklusjoner i forhold til ledelse

Det er vanskelig å se hvordan ledelse kan bygges inn i et takstsystem med egne takster. Derimot bør det argumenteres for at dette er et eieransvar, og at det bør settes av tilstrekkelige ressurser til at denne aktiviteten kan ivaretas. Negative vridningseffekter av et konsultasjonsprioriterende takstsystem bør drøftes.

5.1.18 Annet

5.1.19 Operasjonalisering av Annet

En kategori gjenstår i Ruud, Husby og Sørensen (1997 - se side 64) for denne delen av det polikliniske arbeidet; Opplysningsarbeid, og denne er inndelt i sju underkategorier (se vedlegg). Dette er i stor grad kategorier som dekker det en kan kalle primærforebyggende arbeid, og i følge statlige signal (se senere i notatet) ikke noe poliklinikkene skal prioritere.

5.1.20 Konklusjoner i forhold til Annet

Dette er en uspesifisert post. En del tema, eksempelvis forebyggende arbeid, inngår i andre hovedområder, og det er derfor ikke grunnlag for å skille ut deler av dette i et takstsystem.

5.2 Offentlige dokumenter og poliklinisk drift

5.2.1 Hvilke dokumenter inngår?

Poliklinisk drift har vært et tema i en lang rekke dokumenter fra regjering og styringsverk, og i den politiske behandlingen av Stortingsmelding nr 25 (1996/97) og Opptrappingsplanen (St prp nr 63). I denne redegjørelsen inngår følgende politiske dokument:

Stortingsmelding nr 25 og Sosialkomiteens innstilling til denne (Innst S nr. 258 1996/97), Opptrappingsplanen (St prp nr 63) og Sosialkomiteens Innstilling til denne (Innst S nr. 222 1997/98) samt Lov om spesialisthelsetjenesten. I tillegg har vi gjennomgått noen dokumenter som omhandler individuell plan (forskrift om Individuell plan I-1028 og Veileder om individuell plan I-1026B og I-1039B) .

Av styringsdokumenter utgått fra Sosial- og helsedepartementet inngår Rundskriv I-24/99 Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999. m.m., Rundskriv I-61/2000 Takstendringer for offentlige poliklinikker samt Styringsdokument for de regionale helseforetakene for 2002. Dette vil være de viktigste dokumentene tjenesteapparatet vil forholde seg til.

Det er fra Statens helsetilsyns side utgitt en Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker (Utredningsserie nr 2-2001). Denne er ment å være et hjelpemiddel i det interne utviklingsarbeidet ved hver poliklinikk, og "representerer ikke selvstendige statlige føringer av juridisk bindende karakter" (s. 3). De mange forslagene til prioriteringer og drøftinger rundt aktivitet vil derfor primært bli anvendt i notatets første del – om poliklinikkens aktivitetsformer. På tilsvarende måte har vi også forholdt oss til fra Statens helsetilsyns veileder 1-2001 Distriktpsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder.

5.2.2 Gjennomgang av helsepolitiske dokument om polikliniske tjenester

5.2.3 St meld nr 25 (1996-97).

På side 51 argumenteres for det nåværende takstsystemets ulike komponenter; Hensikten med konsultasjonstaksten er ifølge departementet å stimulere til økt aktivitet og prioritering av pasienter med behov for lengre tids behandling. Åpningstidstaksten anses viktig for å stimulere til indirekte arbeid og forebyggende virksomhet.

På s. 66 vises til antallet konsultasjoner i voksenpsykiatriske poliklinikker. Det heter at direkte pasientkonsultasjoner utgjør bare en del av arbeidet ved poliklinikkene, og konsultasjoner med familien, samarbeid med førstelinjetjenesten og planlegging og forberedelse av ulike tiltak utgjør også viktige tiltak. Etter departementets oppfatning er det grunn til å vurdere arbeidsformene ved poliklinikkene kritisk, for å få undersøkt om flere pasienter kan behandles. En tilsvarende vurdering gjøres av de mange aspektene ved innholdet i det polikliniske arbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien (her trekker en også fram etter- og videreutdanning). Også her mener departementet under barne- og ungdomspsykiatrien (s. 70) at det er grunn til å vurdere poliklinikkens behandlingsskapasitet kritisk. En foreslår derfor et prosjekt, med sikte på å komme fram til tiltak som kan øke antall behandlede pasienter. Under Departementets vurdering (s. 72) heter det at barn og unge som får sine primære tilbud fra førstelinjetjenesten bør kunne dra nytte av BUP's kompetanse som formidles indirekte via konsultasjon og veiledning. Det må derfor legges økende vekt på å utvikle fleksible samarbeidsordninger. Uten at poliklinikkene berøres spesielt, mener departementet under pkt 3.7 at den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten i større grad må utforme sine tilbud som bistand til førstelinjetjenesten i kommunene.

I pkt 7.2.3 vurderer departementet at det både er behov for å styrke innholdet i videreutdanningene i forhold til grupper som får for svake tilbud i dag, samt at det for disse gruppene trengs mer spesialiserte utdanningstilbud i tillegg til videreutdanningene. Det heter videre at kunnskapsgrunnlaget for behandling og andre tiltak stadig utvides, og at det derfor er behov for kontinuerlig etterutdanning. En vil derfor foreslå å trappe opp bruken av statlige stimuleringstilskudd til lokale utdanningstiltak (kurs, veiledning m.v.) samt stimulere til økt etterutdanning der kunnskapsgrunnlaget er svakt. I pkt 7.2.7 vurderer departementet at behovet for økt personell med spesialistkompetanse muligens vil begrenses av problematisk tilgang på veiledere, særlig for barne- og ungdomspsykiatere. En anbefaler her en ordning med tilreisende veiledere, også der det er behov innen voksenpsykiatri. I kapittel 7.3 Kvalitet og kvalitetsutvikling vises det til behovet for å styrke både kvalitetsikringen og kvalitetsutviklingen, blant annet i de psykiatriske poliklinikkene. En del av dette er å sikre at det lovpålagte kravet om kvalitetsutvalg faktisk følges opp. I tillegg ønsker en å spre metoder for hvordan en bør drive dette kvalitetsarbeidet på organisatorisk nivå, samt utvikle og spre veiledningshefter med anbefalinger om diagnostikk og behandlingsmetoder til kliniske enheter.

Oppsummering Stortingsmelding 25:

På ulike steder i Stortingsmeldingen vektlegger en tre hovedområder en poliklinikk skal arbeide i forhold til; pasientbehandling, samarbeid med andre instanser og kompetanseheving. Mest eksplisitt er en i omtalen av økt produktivitet i pasientbehandlingen, både mht konsultasjoner og pasienter.

5.2.4 Sosialkomiteens innstilling S nr. 258 (1996/97) om Stortingsmelding nr 25

Sosialkomiteen støtter i hovedtrekk de vurderinger som gjøres i Stortingsmelding 25 med hensyn til de tre hovedområdene for poliklinisk arbeid. Med bakgrunn i de vurderinger som gjøres både i omtalen av kommunale og fylkeskommunale tjenester er det likevel vår oppfatning at samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten framheves særlig. Et eksempel på dette er når det under pkt. 3.2.3. står: *"Komiteen vil understreke at oppbygging av kommunale kvalitativt gode tjenester vil stille store krav til spesialisthelsetjenesten når det gjelder veiledning og kompetanseoppbygging. Kommuner og bydeler vil ha behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Veiledning og undervisning må bli en viktig del av 2.-linjens oppgaver. Likeledes vil samarbeidet om tjenestetilbudet for den enkelte med behov for sammensatte tjenester, forebyggende innsats og opplysningsvirksomhet i lokalsamfunnet bli en viktig del av en god 2.-linje."*

5.2.5 St prp nr 63 (1998-99) Opptrappingsplanen

I denne omtales i all hovedsak bare den kvantitative satsningen, hvor det heter at innen psykisk helsevern for voksne tilrådes den polikliniske behandlingen økt med 50% i løpet av planperioden. Økningen skal i hovedsak skje gjennom utbygging av DPS'er, men også hos privatpraktiserende spesialister med driftsavtale med fylkeskommunen. Det bebudes her en gjennomgang av arbeidsformene, med sikte på at flere pasienter kan behandles per årsverk. Under pkt 4.5 vises det til en forventning om en effektivitetsøkning på 50% også for de voksenpsykiatriske poliklinikkene.

For psykisk helsevern for barn og ungdom nevnes flere forhold (pkt 4.5). For det første at dekningsgraden må opp til 5% for aldersgruppen 0-18 år. Det er også behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenester. Det heter videre at det er viktig at barne- og ungdomspsykiatrien bidrar til et fleksibelt og velfungerende samarbeid med andre tjenester som barnevernet, pediatrien, rusmiddelomsorgen og voksenpsykiatrien. Det legges i opptrappingsplanen til grunn en økt effektivitet på 50% i de polikliniske tjenestene i forhold til dagens situasjon (som i 1995 var 1,1 tiltak – alle direkte og en del indirekte tiltak – per behandler per dag).

Under pkt 5. Personellbehov, gjentas i pkt 5.4 Produktivitet antall tiltak/konsultasjoner i de polikliniske tjenestene (1,1 vs 1,5). Gjennomgangen av arbeidsformene skal ha som siktemål å øke produktiviteten både når det gjelder antall tiltak/konsultasjoner og antall pasienter med 50% gjennom planperioden. Det heter videre at økt bruk av økonomisk og administrativt personell i psykiatrien vil gi helse- og sosialpersonell muligheter til ytterligere vektlegging av klientrettet arbeid.

I pkt. 5.5. Utdanningstiltak vises det generelt til behovet for økt kompetanse, og at omfanget av kompetansehevende tiltak i form av videre- og etterutdanning må økes i takt med innføringen av tiltakene i opptrappingsplanen. For BUP beløper dette seg til en økning på 50 mill. kr., mens det for voksenpsykiatrien foreslås å øke bevilgningen med 70 mill. kr. Disse beløpene omfatter også andre kompetansehevende tiltak enn de rene spesialist- og videreutdanninger. Det heter i pkt. 7.2 at en av hovedutfordringene i psykiatrien er å øke kompetanse og videreutdanne personell.

Oppsummering av St. prp nr 63:

Som i Stortingsmelding 25 ønsker Sosial- og helsedepartementet på ulike steder i opptrappingsplanen økt innsats innen tre hovedområder en poliklinikk skal arbeide i forhold til; pasientbehandling, samarbeid med andre instanser (særlig kommunene) og kompetanseheving. Samlet sett vektlegges økt produktivitet i pasientbehandlingen, både mht konsultasjoner og pasienter, mest.

5.2.6 Sosialkomiteens innstilling S nr 222 (1997-98) om Opptrappingsplanen

Sosialkomiteens innstilling S nr 222 (1997-98) om Opptrappingsplanen støtter på alle hovedområder Opptrappingsplanens vurderinger (økt pasientbehandling, samarbeid med andre instanser og kompetanseheving). Av særlig relevans i forhold til en utredning om takstsystemet er forslaget under pkt 4.2 om at en ber regjeringen fremme sak om at psykiatere og kliniske psykologer skal kunne utløse refusjon også når undersøkelse/behandling finner sted utenfor eget sykehus, poliklinikk eller distriktspsykiatrisk senter.

5.2.7 Lov om spesialisthelsetjenesten.

Denne loven regulerer på et overordnet nivå forpliktelsene for en helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten. §1-1 Formål omfatter både pasientbehandling og krav til kvalitet. I §2-7 stilles det krav til at ansatt helsepersonell skal gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Helseinstitusjonen skal i henhold til §3-2 sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. I §3-5 pålegges institusjonene å bidra i undervisning av framtidig helsepersonell samt spesialister. §7-4 pålegger helsepersonell innen spesialisthelsetjenesten å gi kommunene råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold for at de skal kunne løse sine oppgaver.

Lov om spesialisthelsetjenesten påpeker med andre ord et fortsatt ansvar for de tre hovedområder for poliklinisk aktivitet en har i dag; pasientbehandling, samarbeid med andre instanser samt kompetanseheving. Det foretas ingen veiing av de ulike områdene i forhold til hverandre.

5.2.8 Sosial- og helsedepartementets styringsdokumenter

5.2.8.1 Rundskriv I-24/99 Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999. m.m.

I dette rundskrivet beskrives i en generell del behovet for samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. I en egen del beskrives tilsvarende hvordan man ønsker tjenestene for henholdsvis voksne og barn og unge utformet, hvilke føringer som ligger i Stortingsmelding 25 og St prp nr 63. I dette notatet gjengis bare det som har relevans for poliklinisk drift.

I den generelle delens pkt 7 understrekes behovet for samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. Dette begrunnes i brukernes møte med et uoversiktlig hjelpeapparat. Her henvises det blant annet til Sosialkomiteens innstilling til St meld nr 25, hvor de peker på *"nødvendigheten av at ansatte på alle nivåer viser fleksibilitet og samarbeidsvilje"*. Det framheves også at en del fylkeskommuner og kommuner har utviklet faste samarbeidsrutiner om felles pasienter, med *"overbevisende gode erfaringer"*.

Tilbudet for voksne

Utforming av tjenestene for voksne har et eget punkt om DPS. Her framheves også samarbeid, hvor det heter at *"Dag- og døgnavdelinger som skal brukes i aktiv behandling bør ha lett tilgang på fagpersonell fra poliklinikken, for å kunne yte kvalifisert behandling til et bredt spekter av brukergrupper. Nær og løpende samhandling mellom poliklinikk og døgnavdelinger tilsier at de fortrinnsvis bør være lokalisert i nærheten av hverandre"* (s. 10). På s. 12 heter det at en av DPS-ets funksjoner (ikke avgrenset til poliklinikk) skal være *Veiledning/konsultasjon/rådgiving* til kommunalt ansatte, herunder også administrativt personell i tilknytning til kommunal planlegging.

Det heter videre i det samme punktet at en av DPS'ets funksjoner er å drive sekundært og tertiært forebyggende arbeid (s. 12). Det viktigste med dette punktet er sannsynligvis at det ikke nevner primærforebyggende arbeid som en av DPS'ets – og dermed poliklinikkens – oppgaver.

En går senere i punktet om DPS inn på hva den polikliniske tjenesten bør bestå av, under headingen *poliklinikk med ambulant virksomhet*. Følgende områder nevnes:

- det skal representere et allmennpsykiatrisk tilbud
- det skal kunne foreta diagnostisk vurdering og behandlingsplanlegging
- det skal gi behandling over kortere og lengre tid
- Poliklinikker over minimumsstørrelsen bør ha bred kompetanse i forhold til ulike grupper. Dette utdypes i forhold til en del diagnosegrupper hvor en mener poliklinikkene bør utvikle særskilt kompetanse (schizofrenilignende lidelser, stemningslidelser, angst- og tvangstilstander, spiseforstyrrelser, psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser og rusmisbrukere).
- Fordi en del grupper har problemer med å møte til poliklinikken trenger en også et oppsøkende eller ambulant tilbud, og unge med debuterende psykoser og de med langvarige alvorlige lidelser blinkes ut. For større poliklinikker kan det være aktuelt med psykose-team/rehabiliteringsteam.

En oppsummering.

- Kortvarig og langvarig behandling sidestilles, uten at langvarig behandling tidfestes. En direkte konsekvens av dette vil være i forhold til produktivitetsmålet om antallet pasienter per behandler, som da med nødvendighet må gå ned, alle andre forhold holdt stabile.
- Det fordres kompetanseheving. Når særskilte grupper framheves innebærer dette at det ikke er tilstrekkelig med profesjonsspesialiseringen, en må også sikre spesialisering i forhold til disse diagnosegruppene gjennom annen etter- og videreutdanning.
- En bør også ha ambulant virksomhet. Hvis en bygger det opp som team vil dette også være av et visst omfang. Ved å overføre reisekostnadene tidsmessig fra pasienter til behandlere øker en samtidig den indirekte tiden brukt til hver direkte konsultasjon, noe som har direkte, negative konsekvenser for et annet produktivitetsmål (antall konsultasjoner per behandler).

For utviklingen av takstsystemet bør en også ha i mente at de her peker ut bestemte diagnosegrupper som viktigere enn andre, i hvert fall i forhold til kompetanseutvikling.

Tilbudet for barn og unge

For tilbudet til barn og unge starter en med det nasjonale målet om en dekningsgrad på 5% av barne- og ungdomsbefolkningen. Dette tilbudet skal hovedsakelig gis poliklinisk, og økt antall pasienter er dermed et sentralt mål for poliklinikkene. Dette målet skal nås gjennom en kombinasjon av økt produktivitet og økt utbygging (s. 14). En sier senere at *En del av kapasitetsveksten må skje ved at barne- og ungdomspsykiatrien når flere barn ved å yte konsultasjon og veiledning til samarbeidende tjenester* (s.14). Dette gir en del utfordringer i forhold til bruken av BUP-data for å monitorere dekningsgrad, ettersom dette i stor grad vil være såkalte anonyme saker, noe en ikke har en enhetlig praksis rundt registrering av.

En går videre inn på arbeidsdelingen mellom poliklinikkene, hvor det heter at: *Store, sentrale poliklinikker bør ha differensiert og spesialisert kompetanse, og drive veiledning, konsultasjon og undervisning til personell ved mindre og nyere poliklinikker (fungere som "ressurs-poliklinikk")*. (s.14).

Det er få drøftinger av hva det polikliniske tilbudet skal inneholde. På s. 16 drøfter en det "klassiske" (avtalte kontorsamtaler) polikliniske tilbudets utilstrekkelighet; *Mer intensive, oppsøkende og familiebaserte arbeidsformer vil kunne fungere som alternativ til institusjonsopphold og minske behovet for institusjonsplasser*.

Også når det gjelder tilbudet til barn og unge framheves behovet for å styrke samarbeidet med andre kommunale og fylkeskommunale tjenester, både barnevernet, pediatrien, rus-middelomsorgen og voksenpsykiatrien. En oppsummerer samarbeidsbehovet drøftet tidligere ved at en på s. 16 ber om at en i fylkesplanene særlig omtaler samarbeidet med en del nøkkelinstanser og angitte målgrupper:

- kommunale tjenester, særlig det kommunale barnevernet
- Det fylkeskommunale barnevernet, særlig om ungdom med atferdsvansker
- Voksenpsykiatrien, om barn av psykiatiske pasienter og ungdom med debuterende psykoser
- somatiske spesialisthelsetjenester - tilbud til somatisk syke barn
- brukerorganisasjoner

Oppsummert tjenester for barn og unge

Når det gjelder tjenester til barn og unge omtales særlig samarbeid med andre instanser, og at en del av kapasitetsveksten må skje gjennom å nå flere barn ved å yte konsultasjon og veiledning til samarbeidende instanser. Hvorvidt disse skal være pasienter ved en poliklinikk blir viktig for et takstsystem. Hvis takst for samarbeid med andre instanser fordrer at barnet er pasient ved poliklinikken vil de såkalte NN-sakene ikke utløse takst. En ønsker også her mer ambulant behandling. Samtidig slår en fast at det ligger klare føringer om at dekningsgraden skal økes gjennom økt produktivitet i poliklinikkene. De føringene som ligger mht. kompetanseheving overfor spesielle grupper gjelder også barne- og ungdomsgrupper.

5.2.9 Rundskriv I-61/2000 Takstendringer for offentlige poliklinikker.

Dette rundskrivet har en ny generell bestemmelse med konsekvenser også for poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne; adgang til å kreve betaling av pasienter som ikke møter til fastsatt time.

Fore barne- og ungdomspsykiatiske poliklinikker åpnes det også opp for at førstegangstakst og konsultasjonstakst kan benyttes hvis tilbudet gis utenfor poliklinikkens lokaler.

I tillegg er det gjort noen mindre endringer i bemanningsreglene for poliklinikker for både barn og ungdom og voksne (noe mindre absolutte). Det åpnes for en form for "satelittgodkjenning" via godkjente voksenpsykiatiske eller barne- og ungdomspsykiatiske poliklinikker hvis enkelte team innen BUP ikke har tilstrekkelig bemanning.

5.2.10 Styringsdokument for 2002 til de regionale helseforetakene

Her har vi foretatt en gjennomgang av styringsdokument av november 2001 til Helse Øst RHF, samt revidert styringsdokument til samme RHF. De punktene vi har trukket ut antar vi er av en slik art at de vil være gjennomgående for alle RHF.

De tre hovedområdene som framgår av Lov om spesialisthelsetjenesten; pasientbehandling, samarbeid med kommunehelsetjenesten (herunder kompetanseoverføring) og intern kompetanseoppbygging, påpekes også på ulike steder i styringsdokumentet av november 2001. Det legges i tillegg vekt på bedre utnyttning av personellressursene, for å bedre produktivitet og effektivitet. For å oppnå dette fokuseres det særlig på behovet for å utvikle ledelseskompentanse og organisasjonsformer, herunder endret arbeidsfordeling mellom klinisk og administrativt/merkantil personale.

Når det gjelder takstsystemet heter det under Poliklinikktilskudd at det er en målsetting at takstsystemet skal gi et så effektivt pasientbehandlingssystem som mulig ved å stimulere til økt bruk av poliklinisk behandling, og bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. I pkt. 4.3. om Opptappingsplanen for psykisk helse følges dette opp et eget punkt om produktivitetsindikatorer. Her heter det at: *Helse Øst må i dette*

arbeidet fortsatt ha fokus på organisasjon og ledelse i poliklinikker og institusjoner for å stimulere til økt produktivitet og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern.

I det reviderte styringsdokumentet heter det under Om tilleggsbevilgningen for 2002 at Det stilles særlige krav til styrking av behandlingsskapasitet innen psykisk helsevern spesielt og barne- og ungdomspsykiatri spesielt.

5.2.11 Individuell plan

Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i Pasientrettighetsloven §2-5, det offentlige plikt er hjemlet i flere lover (Kommunehelsetjenesteloven §6-2 a, Spesialisthelsetjenesteloven §2-6, Psykisk helsevernloven §4-1). Formålet med en individuell plan kan stikkordsmessig oppsummeres slik:

- Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- En tjenesteyter har ansvar for oppfølgingen
- Aktiv brukerdeltakelse og innflytelse
- Større trygghet og forutsigbarhet for bruker
- Kartlegge personens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder
- Avklare ansvarsforhold
- Vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke personens bistandsbehov
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og personen og eventuelt pårørende
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene

Det gies i lov- og forskriftsverket også en rekke føringer for hvordan arbeidet skal gjennomføres, forhold som vil ha føringer for poliklinikkens arbeidsform. Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sette igang planarbeidet. Hvis personen har behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater skal primær- og spesialisthelsetjenesten samarbeide med disse. Det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt person.

Den instans som har kontakt med personen eller som personen henvender seg til har plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes. Det er naturlig at det individuelle planarbeidet forankres i kommunen (det vises til forskrift om habilitering og rehabilitering). Det vil også innebære at poliklinikkene en del ganger vil bli involvert i individuell planarbeid hvor pasienten ikke er i behandling ved poliklinikken (og at arbeidet derfor ikke vil utløse pasientbaserte takster).

Å oppfylle kravene til å utarbeide og gjennomføre individuell plan innebærer at poliklinikkene må bruke til dels betydelig tid på å samarbeide med andre instanser. Delvis vil dette arbeidet kunne gjøres sammen med brukeren, og dermed kunne defineres som en konsultasjon. Andre deler vil høyst sannsynlig skje som rent tjenesteytersamarbeid. Enkelte faser i arbeidet (kartleggingsfasen) kan være mer tidkrevende enn en standard konsultasjon.

Oppsummert om individuell plan

Det å utvikle en individuell plan fordrer flere former for arbeid; direkte pasientrettet arbeid, samarbeid med andre instanser både med og uten pasienten til stede samt skriftliggjøring. Arbeidet med å innføre individuell plan som rutinemessig praksis i spesialisthelsetjenesten er ennå langt fra gjennomført, selv om lovkravet har vært der en tid. En måte å stimulere progresjonen i dette arbeidet på kan være å legge inn en egen takst for Utarbeidet individuell plan, det vil si når den individuelle planen er utarbeidet for første gang. For å bidra til reell brukermedvirkning bør en av forutsetningene i så fall være at pasienten har godkjent planen.

5.2.12 Oppsummering av de helsepolitiske signaler:

For å fange opp de mest relevante helsepolitiske signal for poliklinisk drift de siste årene har vi gjennomgått, og redegjort for innholdet i, Stortingsmelding nr 25 og Sosialkomiteens innstilling til denne (Innst S nr. 258 1996/97), Opptappingsplanen (St prp nr 63) og Sosialkomiteens Innstilling til denne (Innst S nr. 222 1997/98) samt Lov om spesialisthelsetjenesten. I tillegg har vi gjennomgått noen dokumenter som omhandler individuell plan (forskrift om Individuell plan I-1028 og Veileder om individuell plan I-1026B og I-1039B).

Av styringsdokumenter utgått fra Sosial- og helsedepartementet har vi tilsvarende forholdt oss til Rundskriv I-24/99 Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999. m.m., Rundskriv I-61/2000 Takstendringer for offentlige poliklinikker samt Styringsdokument for de regionale helseforetakene for 2002. Dette vil være de viktigste operative dokumentene tjenesteapparatet vil forholde seg til.

Det er unison enighet på tvers av alle helsepolitiske dokument om at de psykiatriske poliklinikkene har tre hovedoppgaver; pasientbehandling, samarbeid med andre instanser og egen kompetanseheving.

Når det gjelder **pasientbehandling** er det flere forhold som trekkes fram; det viktigste er økt produktivitet. For det første forventes det at tilbudet skal gis til flere, både ved å øke antallet pasienter behandlet per behandlerårsverk samt via konsultasjoner til 1. linjetjenesten om enkeltklienter. For det andre er det en klar ambisjon at antallet konsultasjoner per behandler skal økes, mest eksplisitt uttalt i St prp. nr 63 (1997/98) som en 50% økning. Enkelte av dokumentene går også inn på innholdet i tilbudet, hvor det tas til orde for et mangfold i tilbudet (både korte og lange konsultasjonsserier, bruk av flere behandlingstilnærminger samt å styrke det ambulante tilbudet).

Samarbeid med andre instanser er særlig knyttet til førstelinjetjenesten. Her omtales flere forhold; et ansvar for kompetanseoppbygging, samarbeid om felles klienter (blant annet gjennom individuell plan), veiledning i forhold til enkeltklienter i førstelinjen og forebyggende innsats (selv om signalene her er motstridende). Det er litt forskjellige instanser som trekkes fram som særlig viktige i de ulike dokumentene, delvis avhengig av hvilke klientgrupper og arbeidsområder som ansees som kjerneområder for det psykiske helsevernet. Flere dokumenter (f.eks. St. prp. nr 63 og Rundskriv I-4/99) viser også til viktigheten av at de polikliniske tjenestene samarbeider med andre deler av 2.linjetjenesten.

Under **egen kompetanseheving** er en særlig opptatt av to forhold; en grunnleggende forutsetning er at behandlerne i de polikliniske tjenestene innehar spesialistkompetanse, og videre at det sikres at det også skjer en kompetanseheving i forhold til spesielle grupper (f.eks. spiseforstyrrelser) og spesielle metoder (f.eks. familieterapi/gruppebehandling). En har ulike modeller for hvordan de to siste kompetansebehovene skal dekkes (gjennom samarbeid mellom ulike enheter/innen den enkelte enhet).

Oppsummert kan en derfor si at de helsepolitiske signalene indikerer at en vil ha "mer av alt". Det er samtidig slående at en i liten grad har drøftet den faglige betydningen av poliklinikkens interne samarbeid, både når det gjelder pasientbehandling og kompetanseheving. Spørsmålet om hva som skal kjennetegne en poliklinikk til forskjell fra privatpraksis blir derfor ubesvart.

Rund, Husby & Sørensen 1997

KODER FOR BRUK PÅ SKJEMAET FOR AKTIVITETER		
PASIENTTRETET ARBEID	ANNET ARBEID	INSTRUKSJON FOR SKEJMAET OG FOR KODING AV ANDRE FELT
<p>1 UTREDNING 1 Psykiatrisk vurdering 2 Somatisk legeundersøkelse 3 Strukturert intervju/skåringsskjema 4 Psykologisk testing 5 Observasjon 6 Laboratorierprøver o.l. 9 Annen utredning</p> <p>2 BIOLOGISK BEHANDLING 21 Monitorere psykofarmaka 22 Monitorere ECT 23 Lysbehandling 24 Fysikalsk behandling 25 Psykomotorisk behandling 26 Fysisk trening/trim 29 Annen biologisk behandling</p> <p>3 PSYKOLOGISK BEHANDLING 31 Kriseintervensjon 32 Rådgivende samtale 33 Korttidspsykoterapi 34 Støttepsykoterapi 35 Innsiktsorientert langtidsterapi 36 Korttids gruppepsykoterapi 37 Langtids gruppepsykoterapi 38 Billedterapi/musikkterapi o.l. 39 Annen psykologisk behandling</p> <p>4 FAMILIE OG NETTVERK 41 Parsamtale 42 Parterapi 43 Familiesamtale 44 Familiterapi 45 Samtale med pårørende 46 Psychoedukativ familiesamtale 49 Annet netverksarbeid</p> <p>5 SOSIALE TILTAK 51 Ordne med bolig 52 Ordne med økonomi 53 Ordne med utdanning 54 Ordne med arbeid/aktivitet 55 Ordne/gi praktisk hjelp 56 Ordne med fritidstilbud 57 Ordne med sosial støtte 59 Andre sosiale tiltak</p> <p>6 PEDAGOGISKE TILTAK 61 Trening i praktiske ferdigheter 62 Trening i økonomistyring 63 Trening i utdannings situasjon 64 Arbeidstrening 65 Sosial trening 69 Andre pedagogiske tiltak</p> <p>7 INDIREKTE PASIENTARBEID 71 Behandlingsmøte o.l. 72 Veiledning (gi/få) 73 Journalarbeid/henv/epikrise m.m. 74 Møte med spesialisthelsetjeneste 75 Møte med primærhelse/sosialtjeneste 76 Møte med andre instanser 77 Møte med flere instanser/nivå 78 Planlegging/forberedelse 79 Annet indirekte pasientarbeid</p>	<p>11 SAMARBEID MED BRUKERGRUPPER OG ORGANISASJONER 111 Møte med brukerorganisasjon 112 Gi foredrag/undervise 113 Delta i konferanse/felles arr. 114 Felles planlegging av tiltak 115 Konsulentarbeid/veiledning 119 Annet samarbeid med brukerorg.</p> <p>12 OPPLYSNINGSARBEID 121 Holde foredrag/undervise 122 Utarbeide informasjon 123 Delta i radio/TV/avisintervju 124 Delta ved stands/åpne dager o.l. 125 Delta i arr. i lokalsamfunnet 126 Skrive artikler til dagspresse o.l. 127 Konsulentarbeid o.l. 129 Annet forebyggende arbeid</p> <p>13 LEDE / GI KOMPETANSE-BYGGENDE TILTAK 131 Gi individuell veiledning 132 Lede veiledningsgruppe 133 Gi veiledning i en avdeling 134 Gi undervisning/foredrag 135 Forberede veiledning 136 Forberede undervisning/foredrag 137 Skrive artikler/faglige bidrag 138 Gi egenbehandling til fagperson 139 Annen kompetansebygging</p> <p>14 MOTTA / DELTA I KOMPETANSEBYGGENDE TILTAK 141 Motta individuell veiledning 142 Delta i veiledningsgruppe 143 Delta i veiledning i en avdeling 144 Forberede å motta veiledning 145 Delta i kurs/seminar 146 Lese faglitteratur 147 Delta i kasediskusjon 148 Motta egenbehandling 149 Annen kompetansebygging</p> <p>15 PLANLEGGING/UTREDNING 151 Delta i kartlegging av behov 152 Gjøre andre undersøkelser 153 Delta i kommunalt planarbeid 154 Delta i fylkeskomm. planarbeid 155 Planarbeid i helseregionen 156 Statlig utrednings/planarbeid 159 Annet utrednings/planarbeid</p> <p>16 ADMINISTRATIVT ARBEID 161 Planlegging av eget arbeid 162 Administrative møter 163 Reisetid ved pasientarbeid 164 Reisetid v/forebyggende arbeid 165 Reisetid v/kompetansebygging 166 Reisetid v/administrativt arbeid 167 Personlig tid 169 Annet administrativt arbeid</p>	<p>FRA KLOKKA Starttid, f.eks. 13.20</p> <p>VARIGHET Timer + Min., f.eks. 1.15</p> <p>PASIENT Pasientens fornavn eller forbokstaver ut ifra egen liste over pasienter.</p> <p>STED 1 Eget kontor 2 Lånt kontor 3 Avdeling/institusjon 4 Hjemme hos pasienten 5 Offentlige steder/kontorer 6 Ute i samfunnet 7 Telefon 8 Billedtelefon 9 Kommunikasjonsmiddel</p> <p>AKTIVITET For <u>aktivitet som kan knyttes til konkret(e) pasient(er)</u>: Bruk koder i første kolonne til venstre. For <u>andre aktiviteter</u>, bruk kolonne nr. 2 til venstre, og fyll ikke ut pasient.</p> <p>Ø.H.J. Sett et kryss dersom aktiviteten måtte gjøres samme dag (innen 12 timer).</p> <p>ANTALL PASIENTER ANTALL PERSONALE Sett antall pasienter og antall personale som var tilstede/med, - brukes for utregning av rapporter. Skriv en linje for hver pasient som var med på aktiviteten. Alle i personalet som var med, skal skrive opp tilsvarene på sitt registrerings skjema.</p> <p>DELTAGERE/ ANNEN INFORMASJON Skriv ev. hvem som deltok (f.eks. stilling/rolle), forslag til annen kode for aktiviteten e.l.</p>

Vedlegg 6

Karakteristika ved dagbehandling i DPS, sykehus og klinikker/poliklinikker

Vidar Halsteinli og Trond Hatling

6 Innledning

Mange poliklinikker er en del av et distriktpsykiatrisk senter eller et sykehus hvor det også er etablert dagavdelinger eller dagposter. I mange tilfeller er det en glidende overgang mellom strukturerte dagtilbud og poliklinisk behandling, og i flere tilfeller er dagavdelinger godkjent som poliklinisk virksomhet. Mange pasienter gjennomgår ulike faser som starter med døgninnleggelse, fortsetter med en fase som dagpasient for deretter å gå over i en fase med regelmessig poliklinisk behandling utført av døgnavdelingens behandlere. Dette skjer både ved døgnavdelinger på sykehus og etter hvert også ved distriktpsykiatriske sentre. Sykehusenes døgnavdelinger har anledning til å kreve inn henvisningstakst/førstegangstakst, mens døgnavdelinger ved DPS ikke er gitt denne muligheten.

I dette notatet gir vi en beskrivelse av ulike former for dagtilbud eller dagbehandling som gis i psykisk helsevern for voksne (distriktpsykiatriske sentre, sykehus) og innen psykisk helsevern for barn og unge (klinikker, poliklinikker). Formål er å komme frem til en kategorisering av virksomheten som gjør det mulig å sette et hensiktsmessig skille mellom aktivitet som inkluderes i en poliklinisk refusjonsordning og aktivitet som bør holdes utenfor.

6.1 Metode

For å fremskaffe informasjon om dagbehandling og dagvirksomhet har vi intervjuet personer som har både faglig og administrativt ansvar for sykehus/sykehusavdelinger og distriktpsykiatriske sentra. Vi utarbeidet en kort intervjuguide som grunnlag for intervjuene, og intervjuguiden omfatter spørsmål knyttet til

- organisering
- karakteristika ved tilbudene (individualsamtaler, gruppebehandling, kurs)
- karakteristika ved pasientforløp
- rutiner for pasientgjennomstrømning
- innkreving av refusjoner
- egne vurderinger

Intervjuguiden er vedlagt som vedlegg til notatet.

Vi valgte å gjøre intervjuer per telefon. Utvelgelsen av institusjoner har skjedd ut fra et ønske om dekke

- sykehus (i by og i lavere befolket distrikt)
- distriktpspsykiatriske sentra (i by og i lavere befolket distrikt)
- distriktpspsykiatrisk senter som er med i dagavdelingsnettet og som ikke er det
- barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i sentrale og mer desentrale strøk

Vi har intervjuet personer ved følgende institusjoner:

Sykehus:

Sanderud sykehus, Sandviken sykehus, Telemark Sentralsykehus, Rogaland Psykiatriske sjukehus

DPS: Folloklinikken, Jessheimklinikken, DPS Gjøvik-Land-Valdres, Josefinegaten DPS, Psykiatrisk senter Midt-Trøms

BUP: Folloklinikken, Jessheimklinikken, dagavdeling Tønsberg, BUPA Trondheim, A-BUP Tromsø, BUP poliklinikk Tromsø

I det følgende er har vi valgt å gi beskrivelser av dagaktiviteten ved henholdsvis DPS, sykehus og BUP-klinikker/poliklinikker, men uten å beskrive den enkelte institusjon som sådan. Vi fokuserer på både variasjon og felles karakteristika for institusjonstypene.

6.2 Resultater for psykisk helsevern for voksne

6.3 Distriktpspsykiatriske sentra

DPS'er har polikliniske virksomhet bestående av ulike team. Teamene kan være rettet inn mot ulike pasientgrupper avhengig av diagnose (eks psykoseteam) eller av fase i sykdomsforløpet (eks akutteam, rehabiliteringsteam). I tillegg kan det for det første være dagbaserte tilbud knyttet til poliklinikken, enten organisert som en del av poliklinikken eller som mer selvstendig avdeling/post. For det andre kan det være dagbaserte tilbud knyttet til DPS'ets døgnavdelinger.

Dagbaserte tilbud knyttet til poliklinikken

Individuelle konsultasjoner regnes som en hovedregel som refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner enten de skjer som del av ordinære polikliniske konsultasjonsserier eller de skjer som utredning eller oppfølging knyttet til dagbasert gruppebehandling.

Dagbasert gruppebehandling kan enten skje som en formelt inkludert del av poliklinisk virksomhet (refusjonsberettiget) eller det kan skje gjennom en adskilt dagenhet innen DPS'et (ikke refusjonsberettiget). Som poliklinisk virksomhet regnes behandlerne som driver dagbehandling som poliklinisk personell, det kreves konsultasjonstakster og pasientene betaler egenandel. Som adskilt dagtilbud kreves det ikke refusjoner og pasientene har dagpasientstatus og betaler ikke egenandel.

Gruppebehandling kan skje i form av et strukturert tilbud med

- storgupper med alle pasienter (f eks 20-25) og behandlere (f eks 10-12) ved dagenheten tilstede, varighet omlag en time
- smågrupper med 8-10 pasienter og to behandlere tilstede, varighet en til en og en halv time.

Daglig kan det være storgruppe pluss en til to smågrupper med varierende innhold. For behandlere er det knyttet for- og etterarbeid i form av journalføring, ettermøter etter gruppebehandling og generelle teammøter.

Gruppebehandling kan gis i form av lukkede grupper hvor det på et tidspunkt tas inn et antall pasienter til behandling i f eks seks måneder og hvor det ikke kommer nye til i det tidsrommet. Alternativt har behandlingen ikke en fast start eller sluttdato (veiledende varighet), og det kan være åpent for nye deltagere i gruppene underveis (slow-open).

I tilknytning til gruppetimene er det gjerne anledning til å spise lunch/drikke kaffe.

Enheter knyttet til dagavdelingsnettverket er eksempler på tilbud om strukturert dagbehandling, men det finnes DPS'er som ikke er med i dette nettverket men som har et tilbud med mange likhetstrekk mht struktur. Ulikheten kan blant annet være hvilke pasientgrupper som gis tilbud.

Pasienter som deltar i gruppebehandling vil i de fleste tilfellene bo hjemme. Det kan imidlertid være at pasienter innlagt ved døgnavdeling deltar i gruppebehandling sammen med hjemmeboende.

Dagbaserte tilbud knyttet til døgnavdelinger

Dagbaserte tilbud kan gis fra døgnavdelinger i form av avtalte individuelle konsultasjoner i en periode etter en utskrivning. Konsultasjonene kan bl a bestå av samtale med psykiatrisk sykepleier (eller annen behandler) og oppfølging av medisinbruk i samråd med lege. Dette tilbudet er nært knyttet til at et pasientforløp i mange tilfeller har tre faser:

1. Innlagt som døgnpasient
2. Dagpasient men med tilgang til døgnavdelingens terapeutiske miljø på dagtid
3. Utskrevet men med behandlingsoppfølging i form av individuelle samtaler (poliklinisk fase).

I fase tre kan en pasient være overført til oppfølgende behandling i poliklinikken, men oppfølging kan også skje i regi av døgnavdelingen. Det kan i så fall være snakk om samtaler/konsultasjoner på om lag en time, en gang per uke som et gjennomsnitt. Hvor hyppig slike konsultasjoner forekommer kan imidlertid variere fra pasient til pasient.

Dagbaserte tilbud som gis fra døgnavdelinger kan også være i form av gruppebehandling organisert som poliklinisk aktivitet. En viss andel av de ansattes arbeidstid kan være definert som poliklinisk åpningstid, men faglig underlagt en godkjent poliklinikk. Det innebærer at på en døgnavdeling kan det være at både døgnpasienter, dagpasienter og pasienter i poliklinisk fase deltar i de samme gruppetilbudene. Et slikt dagtilbud imøtekommer behovet for det sosiale fellesskapet en del pasienter har behov for, i tillegg til det individual-/gruppebaserte tilbudet som gis.

Dagplasser

Enkelte steder er det eller det vurderes opprettet tilbud i form av dagplasser, noen ganger tilknyttet døgnavdelingene. Dette kan være tilbud hvor pasienten møter anslagsvis en gang per uke og er tilstede f eks fra kl 12-15.30, men her er det stor variasjon, helt opp til daglig oppmøte hver ukedag. I dette tidsrommet har pasienten samtale med behandler(e), får medikamentell oppfølging og får en sosial tilknytning. Tilbudet har karakter av å være et organisert sosialt treffsted som supplerer individuell behandling, og kan også bestå av hjemmebesøk. Når tilbudet er tilknyttet en døgnavdeling kan pasientene, etter individuell vurdering og preferanse, benytte seg av det øvrige tilbudet døgnpasientene mottar.

6.4 Sykehus

Også ved sykehus kan dagbehandling skje ved ordinære døgnavdelinger, eller det kan skje i regi av egne dagavdelinger eller dagposter. Noen sykehus har selvstendige poliklinikker og dagavdelinger som har klare fellestrekk med poliklinikker og dagenheter knyttet til DPS'er. Dette gjelder f.eks. dagtilbud knyttet til Dagavdelingsnettverket. I det siste tilfellet synes ikke virksomheten ved sykehus å skille seg fra virksomheten ved DPS på annen måte enn organisatorisk tilknytning. Vi har funnet tilsvarende strukturerte gruppetilbud også i forhold til spiseforstyrrelser og kronifiserte psykotiske pasienter. Enkelte sykehus har (eller har planer om oppretting av) ambulante team med akuttfunksjon. Dette er tilbud som også synes å ha klare likhetstrekk med tilsvarende team i DPS'er.

Dagbehandling ved ordinære døgnavdelinger er nært knyttet til tredelingen i pasientforløpet beskrevet ovenfor. Forskjellen mellom å være døgnpasient og å være dagpasient synes primært å være knyttet til at dagpasienten tar hånd om seg selv i egen bolig "etter arbeidstid" og frem til frokost dagen etter. På dagtid deltar pasienten i døgnavdelingens tilbud på lik linje med døgnpasientene. I neste fase (poliklinisk fase) har imidlertid pasientene en betydelig løsere tilknytning til døgnavdelingen ved at behandlingen gis i form av individualsamtaler til avtalt tid. Som et gjennomsnitt vil pasientene ha en samtale en gang per uke, men det kan være hyppigere og det kan være sjeldnere. Samtalene har klare likhetstrekk med tradisjonelle polikliniske konsultasjoner. Hvor stor andel pasienter med dagpasientstatus utgjør, kan variere fra veldig få til mer hyppig forekommende.

Et av døgnavdelingenes behandlingstilbud kan være gruppebehandling. Det kan skje at pasienter som bor hjemme og som er i poliklinikkfasen, deltar i gruppebehandling sammen med døgnpasienter og pasienter med dagpasientstatus.

Som det framgår av dette benytter dagtilbudet til dels omfattende deler av døgntilbudets tjenester. De færreste hadde beregnet kostnadsforskjellen mellom døgn- og dagtilbud. Et sykehus hadde gjort et overslag over dette, og mente at det omfattende tilbudet dagpasienter fikk tilsvarte $\frac{3}{4}$ av kostnadene ved et døgnopphold.

6.5 Resultater psykisk helsevern for barn og unge

Dagbehandling i BUP-poliklinikker eller klinikker er gjerne knyttet til familiebehandling. Flere steder er det opprette egne familienettverksteam. Tilbudet kan bestå i at

- hele familien møter opp en dag per uke
- familien er tilstede i fire til fem timer med ulike konsultasjoner/aktiviteter
- tilbudet varer i tre måneder
- alle behandlere deltar i alle saker men antall behandlere sammen med mor/far og barn i hver aktivitet kan variere
- behandlerteamet har kontakt med skole, helsesøster, barnevern utenom familiens oppmøtedag

Flere strukturerte behandlingsopplegg er nå under innføring innen psykisk helsevern for barn og unge (PST, MST og Webster Stratton). Dette er utvidede tilbud som defineres som poliklinisk, men som har klare likhetstrekk med annen dagbehandling.

Eksempelvis er Webster Stratton et tilbud for barn og foreldre hvor barnet har atferdsproblemer. Dette er et gruppebasert program, hvor man kjører foreldre og barn i samtidige grupper (6 barn). Foreldrene har et tilbud over 12-14 uker (det vurderes utvidet til 20) med 2 timer gruppesamtaler en gang i uken. To terapeuter til stede. Barna får et tilsvarende 2 timers ukentlig gruppetilbud over 18 uker, hvor det også er to terapeuter til stede. I tillegg til dette er det telefonisk kontakt med foreldre minst en gang per uke. Det er også enkeltmøter med skole/foreldre etter behov. Tilbudet er forankret i poliklinikken. Som en del

av "totalpakken" inngår også et lærerprogram forvaltet av PPT. Her tilbys lærerne et ½-års program med fem samlinger/workshops.

Innen psykisk helsevern for barn og unge finner vi også dagtilbud som i profil ligner på det generelle dagtilbudet en har i deler av voksenpsykiatrien. Tilbudet er i mange tilfeller lagt til en døgnavdeling, og er noen steder et tilbud for ungdom, mens noen også gir et slikt tilbud til yngre pasienter. Tilbudet utgjør en integrert del av døgntilbudet eller det kan være selvstendige dagtilbud. Dagpasientene kan være her fra en til flere dager i uken, og fra noen timer til hele dagen, hvor hovedaktiviteten er skole eller barnehage, tilknyttet klinikken. Tilbudet er individuelt tilrettelagt for den enkelte, det er derfor ikke utviklet standardiserte "pakker". I den grad det er gruppetilbud ved døgnavdelingen kan dagpasientene også inngå i disse, men dette er ikke noe krav. Det gis også tilbud om individualbehandling, hvor dette i så fall gis fra terapeuter ved døgnavdelingen. Et slikt dagbehandlingstilbud var definert som en del av kjeden fra døgn via dag til poliklinisk tilbud, og var både en buffer mot døgninnleggelse, og fungerte for en del også som et lavere omsorgsnivå enn døgn på vei mot et poliklinisk tilbud.

Ved en døgnavdeling hadde man skilt ut tre polikliniske stillinger som det ble krevd poliklinisk stillingsrefusjon for, men man krevde ikke refusjon for konsultasjonene gitt til enten døgn- eller dagpasientene.

Det er flere steder i landet under planlegging nye dagtilbud som innholdsmessig vil ligne på det vi har skissert her, men hvor dagtilbudet i større grad er skilt ut som et eget tilbud. Innen feltet diskuteres det om dette skal defineres som en egen behandlingsform (dagbehandling), eller om det bare bør benevnes dagtilbud.

6.6 Noen enkeltområder

6.6.1 Krav til pasientsammensetning.

I den strukturerte gruppebehandlingen har man som regel en screeningsfase, hvor det vurderes om den enkelte pasient faller inn under de kategorier den aktuelle gruppebehandlingen er innrettet mot (personlighetsforstyrrelser, psykoser, spiseforstyrrelser etc). I dagtilbud som del i et pasientforløp har man ikke en slik screeningsfase, her vurderes på individuell basis om den enkelte har et funksjonsnivå som tilsier at et dagtilbud vil være mest egnet (mindre behov enn døgntilbud, større behov enn poliklinisk tilbud). I de tilfellene hvor vedkommende henvises fra førstelinjetjenesten vurderes dette av som del av det ordinære inn-taket, og pasienten er ofte kjent fra før.

6.6.2 Profesjonsbakgrunn

Institusjonene ble også spurt om de hadde krav til spesiell profesjonsbakgrunn for (deler av) dagtilbudet. Det er ingen entydig praksis rundt dette, noe som heller ikke er forventet jfr. den tverrfaglige sammensetningen av det polikliniske tilbudet. Et gjennomgående trekk var at man la opp til at gruppetilbudet ble gitt av flere behandlere, gjerne med videreutdanning i gruppebehandling. Individualsamtalene ble noen steder primært gitt av lege og psykolog, andre steder av alle behandlerkategorier med klinisk videreutdanning. Noen steder ble sistnevnte tilbud gitt under veiledning fra lege eller psykolog. Når dagtilbudet inngår som en del av døgntilbudet ble dette som regel gitt av behandlere tilknyttet døgnavdelingene, selv om (deler av) stillingene var skilt ut som polikliniske stillinger.

6.7 Refusjonspraksis

Når det gjelder refusjonspraksis går det et viktig, men ikke absolutt, skille mellom den strukturerte dagbehandlingen og dagtilbud som del av et pasientforløp. For den første kategorien er det en god del plasser søkt om, og fått, godkjenning som poliklinikk. På denne måten får man både stillingsrefusjon, åpningstakst og takst for gruppekonsultasjon. Ennå varierer praksis en del rundt dette, og en vil finne mellomformer. Det mest ytterliggående vi fant var et gruppebasert opplegg hvor en definerte dette som et individuelt tilbud gitt i gruppe. Hver av behandlerne som deltok hadde spesifiserte oppgaver i forhold til hver enkelt, og de regnet derfor tilbudet som N (antall pasienter) \times 2 (antall behandlere) enkeltkonsultasjoner, og krevde takst for dette.

For den andre kategorien er det stor variasjon med hensyn til hvilken refusjonspraksis man har lagt seg på. Vi finner noen steder at man har skilt ut (deler av) noen stillinger ved døgnavdelingene, og lagt de under poliklinikken. For disse stillingene får man åpningstidstakst. For individualkonsultasjoner (og noen ganger gruppekonsultasjoner) gitt til dagpasienter av disse kreves noen steder refusjon på vanlig måte, andre steder ikke. Det er ikke mulig å spore noen skiller med hensyn til pasientpopulasjon mellom de som har en omfattende refusjonspraksis og de som ikke har noen refusjonskrav, det er kun et spørsmål om hvordan man har organisert stillingene, og hvor innovativ man har vært i forhold til å sikre inntekter.

6.8 Oppsummering

Det er det ikke mulig å beskrive dagbehandling eller dagtilbud som **en** distinkt størrelse, skarpt atskilt fra et poliklinisk tilbud. Noen hovedkategorier kan likevel identifiseres.

Det tilbudet som ligger nærmest et poliklinisk tilbud er det en kan benevne et strukturert, gruppebasert dagtilbud. Det mest kjente av disse er Dagbehandlingsnettverket. Tilbudet er karakterisert ved at man velger ut hvilke pasienter som skal inngå, etter problemkategori, at det er tidsbestemt, og at tilbudet hovedsakelig gis som gruppebehandling. Tilbudet er i stor grad standardisert, med et visst innslag av individualsamtaler. De fleste som gir dette tilbudet har skilt ut et eget personale for dette, og organisert det som en poliklinisk virksomhet slik at man også kan kreve konsultasjonstakst.

Den andre hovedgruppen ligger nærmere et døgnbehandlingstilbud, hvor det viktigste skillet er at pasientene ikke overnatter. Pasientene velges her ut etter en funksjonsvurdering; et dagtilbud vil være mer hensiktsmessig enn de to øvrige. Dagtilbudet kan også fungere som en buffer mot døgninnleggelse, selv om dette i svært korte perioder kan inngå. Store deler av tilbudet her gis også til døgnpasientene, hvor hovedvekten er på sosiale treningsopplegg. Tilbudet kan også inkludere individualsamtaler og gruppebehandling, hvis dette inngår som en del av døgnavdelingens tilbud. Selv om man enkelte steder har skilt ut egne stillingsbrøker som polikliniske årsverk, og dermed krever årsverkstakst, er det de færreste steder lagt opp til at man krever konsultasjonstakst for individual- og gruppebehandling for denne formen for dagtilbud.

Det framgår av dette at det er mulig, men neppe nødvendig, å lage et skille mellom de mer strukturerte dagtilbudene, bygget opp rundt utstrakt bruk av gruppekonsultasjoner, og de mer åpne dagtilbudene, med et større innslag av miljøterapeutisk tilbud. Et nytt takstsystem vil lett kunne omfatte de konsultasjonskategorier (individual- og gruppekonsultasjoner) som brukes innen begge disse formene, og vil i hovedsak styrke/befeste finansieringsgrunnlaget ved de strukturerte tilbudene. Samtidig vil dette i liten grad honorere det miljøterapeutiske tilbudet som særlig gis ved de mer åpne dagtilbudene. Slik pasientpopulasjonene ved disse to tilbudene er, vil et takstsystem som kun honorerer konsultasjonstilbudet virke vridende i den forstand at innen et og samme omsorgsnivå (dagtilbud) vil takstsystemet i større grad honorere behandling til de med et høyere funksjonsnivå. En kan derfor stå overfor den fare at en grunnet takstsystemet bygger ned dagtilbudet til de dårligste pasientene, eller mindre drastisk kun bygger opp et dagtilbud tilpasset de med høyest funksjonsnivå.

Så lenge det skal være et poliklinisk refusjonssystem, vil det være nødvendig å sette en grense og definere hva som regnes som refusjonsberettiget poliklinisk aktivitet og hva som faller utenfor. Når en slik grense skal trekkes, må det gjøre langs to dimensjoner:

1. Hvilke organisatoriske enheter skal ha rett til å sende refusjonskrav?
2. For hvilke pasienter er det anledning til å sende refusjonskrav?

Inndelt etter omsorgsnivå kan pasientene deles inn i tre kategorier:

1. Døgnpasienter
2. Dagpasienter – bor hjemme men full tilgang til det terapeutiske miljø på dag- og ettermiddagstid
3. Pasienter i poliklinisk fase.

For voksenpsykiatrien viser denne gjennomgangen av dagvirksomhet tydelig at både døgn- og dagavdelinger ved sykehus og ved distriktpsikiatriske sentra har pasienter i alle tre kategorier. Døgnavdelinger vil selvsagt ha en overvekt av døgnpasienter, men de vil også i noen grad ha pasienter i en poliklinisk fase. Poliklinikker vil på den annen side ha en overvekt av pasienter i en poliklinisk fase, men de vil samtidig kunne behandle pasienter som for en periode er innlagt enten som døgn- eller dagpasient ved en avdeling.

Tabell 6.1 Dette gir følgende matrise hvor kryss markerer hvilke typer pasienter den enkelte enhet kan ha. Tre kryss betyr mange i denne fasen, mens ett kryss betyr et begrenset antall pasienter.

	Døgnpasienter	Dagpasienter	Polikliniske pasienter
Poliklinikk	X	X	XXX
DPS – døgnavdeling	XXX	X	X
DPS – dagavdeling	X	XXX	X
Sykehus – døgnavdeling	XXX	X	X
Sykehus – dagavdeling	X	XXX	X

For barne- og ungdomspsykiatrien er situasjonen tilsvarende ved at klinikkavdelinger som har døgn- og/eller dagtilbud vil ha pasienter som er i en poliklinisk fase. På samme måte vil poliklinikkene i særskilte tilfeller kunne behandle pasienter som er innlagt som dag- eller døgnpasient.

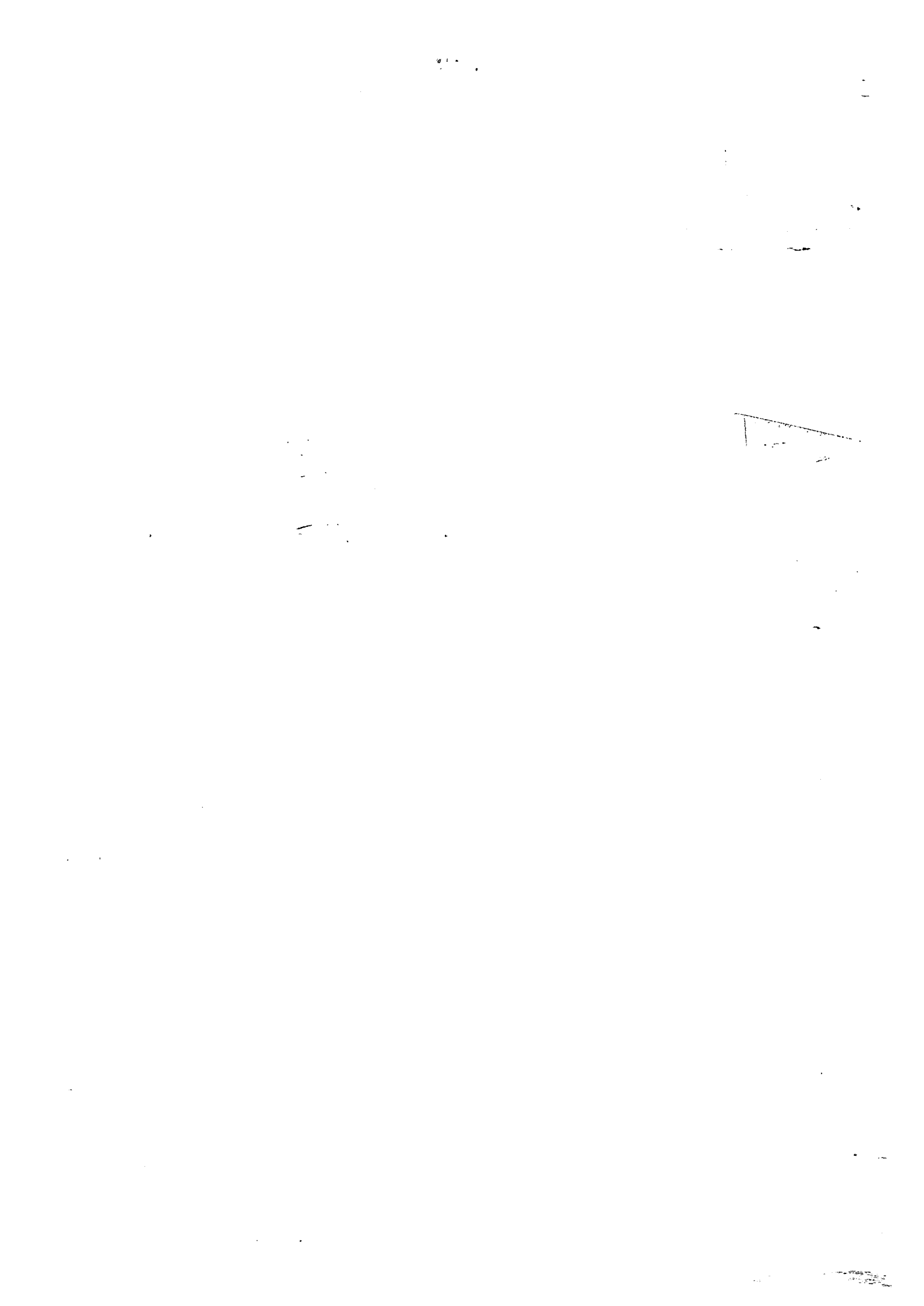
Det synes opplagt at kun aktivitet rettet mot pasienter som er i en poliklinisk fase skal omfattes av refusjonsordningen. I voksenpsykiatrien vil dette være pasienter som

- bor hjemme
- møter primært til avtalte tider og faste behandlingsopplegg
- betaler egenandel

For barne- og ungdomspsykiatrien vil polikliniske pasienter være karakterisert av at de

- bor hjemme
- har et ordinært barnehage- eller skoletilbud, dvs at de ikke er tatt ut av tilbudet på hjemstedet

Det neste spørsmålet blir om alle typer enheter skal kunne ha refusjonsrett eller om dette skal begrenses til godkjente poliklinikker. Det mest ytterliggående vil være å si at alle typer behandlingseenheter både innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge har anledning til å kreve refusjoner ved behandling av pasienter i poliklinisk fase (eventuelt etter en form for godkjenning). En mer avgrenset modell vil være å si at kun godkjente poliklinikker har refusjonsrett. Begge alternativer har sine fordeler og ulemper, noe som kommenteres nærmere i rapporten i forbindelse med beskrivelsen av forlagene til endringer i dagens refusjonssystem.



Vedlegg: Intervjuguide - dagbehandling

Organisering

- Hvilken ledelsesstruktur er det for dagaktiviteten? Er dagtilbudet organisert som en egen avdeling/post, eller gis dagbehandling som et av flere tilbud ved en avdeling?

Karakteristika ved tilbudet

Hva slags tilbud gis (konkret beskrivelse)?

- individuell samtale med behandler
- gruppebehandling
- kurs
- uformelt møtested (kafé, hobbyrom, gymsal)
- annet

Hvor stor andel av pasientpopulasjonen dere har får de enkelte tilbud?

Noen hevder at dagbehandling slik det delvis har vært praktisert innen spesialisthelsetjenesten i mindre grad har vært et behandlingstilbud, og mer "et sted å være". Hvordan vurderer du deres dagtilbud i forhold til dette – og hvorfor?

Kan du gi en beskrivelse av hvordan en vanlig uke på avdelingen/posten ser ut?

Er dagtilbudet rettet inn mot en definert pasientgruppe (eventuelt mer enn en)?

- Eller er det et tilbud til alle pasientgrupper?

Karakteristika - individualsamtaler

- hvor strukturert er de – og over hvor lang tid går de?
- gjennomsnitt – og vanlige avvik
- Får alle det?
- Hvis ikke, hvorfor ikke?
- Hvilke profesjoner driver det?
- Hva slags kompetanse har behandlere?
- på spesialistnivå?

Karakteristika – grupper

Kan du si litt om hvordan gruppeaktiviteten gjennomføres?

- Har gruppene en på forhånd bestemt varighet (eks tre måneder)
- Må pasientene forplikte seg på å delta i hele perioden?
- Blir fravær registrert og fulgt opp?
- Er det lagt opp til at nye pasienter kan komme til i behandlingsperioden, eller må nye pasienter vente på oppstart av nye grupper?
- Har gruppene faste møtetidspunkter?

- Hvor lang varighet har hver gruppeseanse?
- Er det flere gruppeseanser per dag (f eks med ulikt tema)?
- som en og samme pasient kan delta i?
- Hvor mange behandlere deltar?
- Hva slags kompetanse har behandlerne
- alle på spesialistnivå?
- har noen påbygging i gruppebehandling?

Karakteristika – kurs

Hvilke kurstilbud har dere – og hvordan er de lagt opp?

- Har kursene på forhånd bestemt varighet?
- Er det påmelding og oppmøteplikt?
- Er det lagt opp til at nye deltagere kan komme til i kursperioden, eller må nye pasienter vente på oppstart av nye kurs?
- Har kursene faste møtetidspunkter?
- Hvor lang varighet har hver kursseanse?
- Hva slags kompetanse har kurslederne
- på spesialistnivå innen psykiatrisk behandling?
- Innen kurstemaet?
- Hvor mange kursledere deltar?
- Er det flere kursseanser per dag (f eks med ulikt tema)?

Karakteristika – pasientforløp

Kan du gi en beskrivelse av et vanlig pasientforløp (eventuelt flere)?

Er dagbehandling vanligvis ledd nummer to i kjeden døgn-dag-poliklinkk?

Veksler pasientene mellom å være døgn- og dagpasienter (kan de overnatte avhengig av dagsform), eller er det mer vanlig med en veksling mellom dagtilbud og poliklinisk tilbud?

Rutiner for pasientgjennomstrømning

Hvilke inntaks-, utrednings-, behandlings- og avslutningsrutiner har dere?

- Faste rutiner
- Viktige avvik

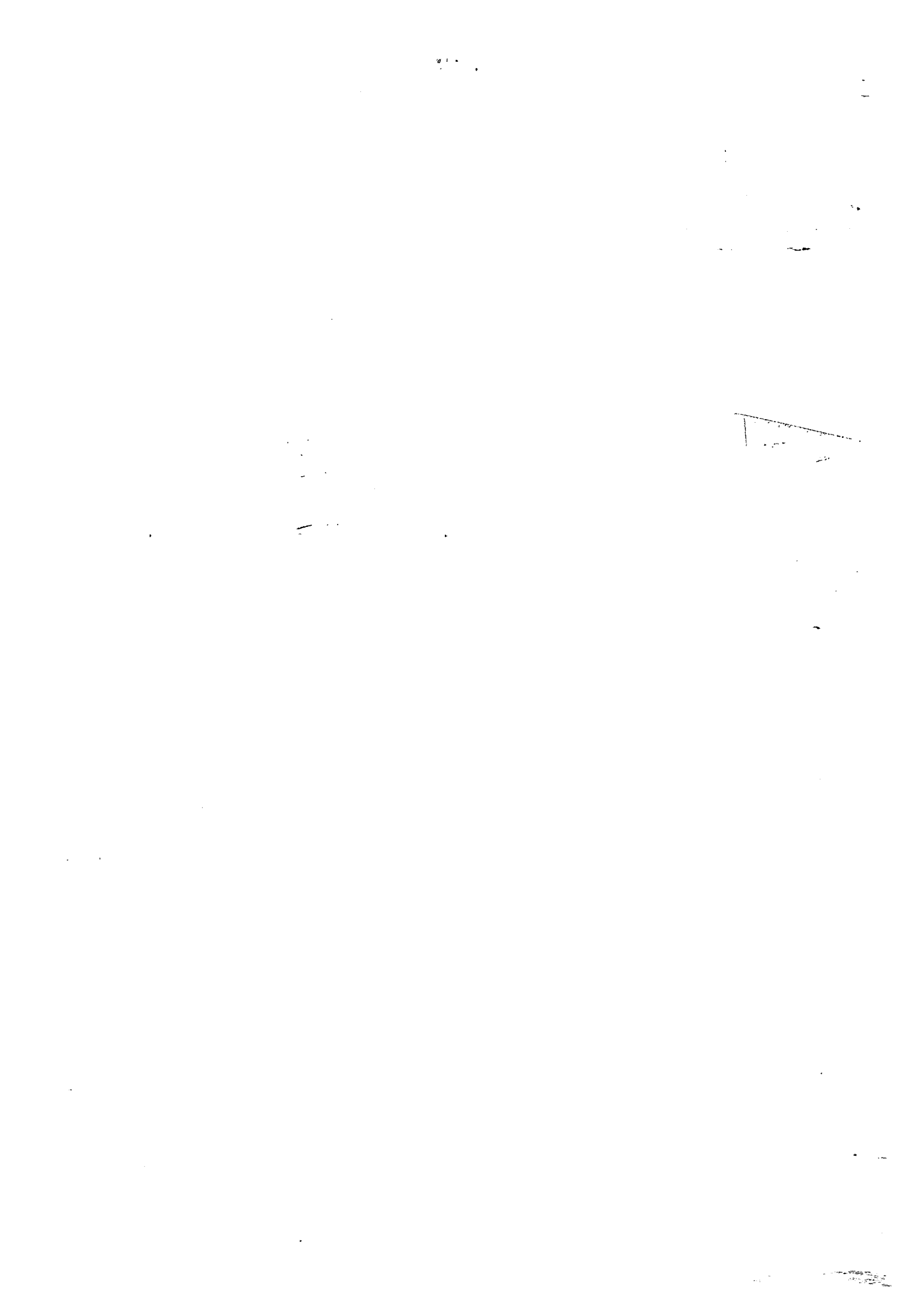
Refusjoner

Krever dere takster for noe av tilbudet?

- Åpningstidstakst?
- Starttakst?
- Konsultasjonstakst?
- Egenandeler fra pasientene?

Vurderinger

Kan du beskrive forskjellen mellom hvordan dere driver poliklinisk behandling og dagbehandling ved deres institusjon.



Litteraturliste

Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002. Avgitt til Helsedepartementet 17 desember 2002. (Hagen-utvalget)

Bjørngård, J H (red)

2002 SAMDATA psykisk helsevern Tabeller 2001, Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2001, SINTEF Unimed, rapport 1 /02, Trondheim

Boyer CA og Mechanic D

1994 Psychiatric Reimbursement Reform in New York State: Lessons in Implementing Change. The Milbank Quarterly Vol 72 Number 4.

Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres ved statlige helseinstitusjoner eller ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. Prislister 1. januar 2003. Rikstrygdeverket.

Hagen, Helge

2001 Pasienter i psykisk helsevern for voksne 1 november 1999, SINTEF Unimed helse-tjenesteforskning rapport 5/01, Trondheim.

Hagen TP og Iversen T

1996 Modeller for finansiering av sykehus-tjenester. Sosialøkonomen 10: 32-39.

Hagen TP, Iversen T og Magnussen J

2001 Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering? HERO skriftserie 2001:5, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.

Halsteinli V (red).

1998 Psykiatritjenesten på 90-tallet. SAMDATA psykiatri. NIS-rapport 5/98, Trondheim, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.

Hatling T, Bjørngård J H og Johansen K I

2002 Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Rapport STF78 A025003, Trondheim, SINTEF Unimed.

Helsedepartementet (2001): Styringsdokument for de regionale helseforetakene, november 2001, Oslo.

Innst. S. nr. 258 (1996/97): Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Åpenhet og helhet), Oslo.

Innst. S. nr. 222 (1997/98) Innstilling fra sosialkomiteen om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, Oslo.

Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999.

PsychPPS Project Work Plan. National Association of Reimbursement Officers. Naro News, july 2001. <http://www.us-naro.org>

Resident Assessment Instrument - Mental Health Project. Phase II Update - November/December 2001. [Http://www.jpcc.org/raimh/](http://www.jpcc.org/raimh/)

Rundskriv IK-15/2001 Statens helsetilsyn
Godkjenning av psykiatriske poliklinikker - retningslinjer for faglig skjønnsutøvelse.

Sosial- og helsedepartementet (2001): Forskrift om Individuell plan I-1028, Oslo.

Sosial- og helsedepartementet (2001): Veileder om individuell plan 2001, I-1026B, Oslo.

Sosial- og helsedepartementet (1999): Rundskriv I-24/99 Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999. m.m., Oslo.

Sosial- og helsedepartementet (2000): Rundskriv I-61/2000 Takstendringer for offentlige poliklinikker samt Styringsdokument for de regionale helseforetakene for 2002.

Statens helsetilsyn (2001) Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Statens helsetilsyns Utredningsserie nr 2-2001, Oslo.

Statens helsetilsyn (2001) Distriktpsikiatriske sentre - organisering og arbeidsområder. Statens helsetilsyns veileder 1-2001, Oslo.

St meld nr 25

1996-1997 Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

St prp nr 63
1996-1997

Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i stats-
budsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet

Ulleberg P, Hatling T, Løvdahl H

1998

Pasientklassifisering innen psykiatrien. En litteraturgjennomgang. Rapport
STF A98503, Trondheim, SINTEF Unimed.

