

A595

RAPPORT

Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP- kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen

Helle Wessel Andersson og Reidun Norvoll

SINTEF Helse

Desember 2006

SINTEF Helse

Postadresse:
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
7465 Trondheim
Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson og Reidun Norvoll

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A595	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Jon-Torgeir Lunke
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-04185-6 / 978-82-14-04185-9	PROSJEKTNR. 78i07130
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\ph\prosjekt\78i07130	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Marian Ådneses <i>Marian Ådneses</i>
ARKIVKODE E	DATO 14.12.2006	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>
SAMMENDRAG		

Henvisningen og epikrisen representerer former for samhandling mellom førstelinjetjenestene og spesialisthelsetjenesten, der innholdet i dokumentene er av vesentlig betydning for adekvat behandling og koordinerte oppfølgingstiltak. Kvalitet og gode rutiner i henvisninger og epikriser kan bidra til en åpnere og mer sammenhengende behandlingsskjede for barn og unge med psykiske problemer.

Denne undersøkelsen er en bred kartlegging av samhandlingen mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern for barn og unge (BUP), i forbindelse med henvisning og epikrise. Hovedmålet er å belyse de kommunale tjenestenes rutiner og praksis i forbindelse med henvisning, samt innhold og kvalitet i henvisningene og epikrisene.

Undersøkelsen er basert på kvantitative kartlegginger, samt intervju med ansatte ved sentrale kommunale instanser og ved BUP. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med fagmiljø i kommune og BUP, og med aktuelle profesjons- og brukerforeninger.

På grunnlag av resultatene, samt innspill fra fagmiljøene, presenteres forslag til forbedring av henvisningsrutiner og sjekklister for henvisende instans.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Barn og unge	Children and adolescents
GRUPPE 2	Psykisk helsetjenester	Mental health services
EGENVALGTE	Samhandling	Interface
	Henvisning	Referral

Forord

Denne undersøkelsen er gjennomført i løpet av høsten 2006, på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Vi har benyttet både kvantitative og kvalitative metoder for å besvare de mange problemstillingene som er reist.

Takk til pedagog Torleif Hugdahl ved BUP- klinikk Trondheim og dr. gradsstipendiat Ketil Hanssen- Bauer ved R-BUP Øst og Sør, for viktige innspill i utformingen av kartleggingsskjema for henvisningen og epikrisen. Fagmiljø i tre kommuner, samt inntaksteamene fra tre BUP poliklinikker har med stort engasjement deltatt i fokusgruppeintervju. Vi retter en takk til alle som har bidratt på denne måten, samt til de mange poliklinikkene og kommunale tjenestene som har brukt tid på å fylle ut våre kartleggingsskjema.

Prosjektet har hatt to referansegrupper. Den lokale referansegruppen har bestått av fagpersoner fra relevante fagmiljø i kommunen, samt fra BUP. I den sentrale referansegruppen har relevante profesjons- og brukerforeninger vært representert. Forfatterne har hatt stor nytte av kommentarer og innspill mottatt fra referansegruppens representanter.

Et rapportutkast ble sendt til høring i de to referansegruppene. Vi mottok høringssvar fra Norsk Psykologforening, Den Norske Lægeforening, Norsk sykepleieforbund og Rådet for psykisk helse. Uttalelser i høringssvarene er ikke innarbeidet i foreliggende rapport. Høringssvarene er i sin helhet overlevert til Sosial- og helsedirektoratet som et tilleggsdokument til denne rapporten.

Trondheim, 14. desember 2006.

Helle Wessel Andersson

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt.....	5
Figuroversikt.....	6
Sammendrag	7
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn.....	13
1.2 Mål og problemstillinger	14
2 Metode og gjennomføring.....	17
2.1 Fokusgruppeintervju med fagmiljø i kommunen.....	17
2.2 Fokusgruppeintervju med inntaksteam ved BUP	18
2.3 Kartleggingsundersøkelse ved et utvalg poliklinikker	18
2.4 Kommunale instansers rapportering på tid og prosedyrer ved henvisning, samt kvalitetsvurdering av epikrisen.....	19
2.5 Samarbeid med fagmiljø	19
2.6 Datatilfang kvantitativt materialet	20
3 Henvisningen	21
3.1 Resultater fra kartleggingsundersøkelser	21
3.1.1 Tidsbruk i utredningsfasen	21
3.1.2 Innhold og kvalitet i henvisningsdokumentet	24
3.1.2.1 Kjennetegn ved barn og unge som er henvist til BUP	24
3.1.2.2 Henvisende instans	25

3.1.2.3	Hvilke instanser er involvert i tiltak for barnet/ ungdommen?	27
3.1.2.4	Innholdet i henvisningsdokumentet	27
3.1.2.5	Samlescore for innhold i henvisningsskjemaet.	28
3.1.2.6	Kvaliteten på de beskrivelser og vurderinger gjort av henviser.....	30
3.2	Resultater fra intervjuundersøkelsene	31
3.2.1	Generelle rutiner og henvisningsprosesser i kommunene.....	32
3.2.2	De ulike tjenestenes rolle og praksis i forbindelse med henvisningsprosessen	33
3.2.3	Rutiner og arbeidsformer ved BUP i forbindelse med henvisning.....	39
3.2.4	Innhold og kvalitet i henvisningene fra kommunale instanser	40
3.3	Oppsummering og vurdering	47
4	Hvordan henvisningsrutiner kan forbedres	53
4.1	Forbedringsmuligheter ved henvisningsprosessen	53
4.1.1	Det interne samarbeidet i kommunen	53
4.1.2	Bedre rutiner for samordning av opplysningene fra de kommunale deltjenestene	54
4.1.3	Betydningen av samarbeidet mellom BUP og kommunene	55
4.1.4	Om henvisningsretten.....	56
4.2	Henvisningsskjemaet.....	57
4.2.1	Bruk av henvisningsskjemaet	57
4.2.2	Forslag til forbedring av henvisningsskjemaet.....	59
4.2.3	Bedre kunnskap om hvilke opplysninger BUP ønsker.....	60
4.2.4	Sjekkliste for henvisende instans	60
4.3	Oppsummering og vurdering	62
5	Innhold og kvalitet i epikrisene	63
5.1	Resultater fra kartleggingsundersøkelsen i kommunen	63
5.1.1	Utvalget.....	63
5.1.2	Adressat for epikrisen	63
5.1.3	Vurdering av innhold og kvalitet i epikrisen	64
5.2	Resultater fra BUP sin kartlegging av epikrisen.....	65
5.2.1	Om utvalget	66

5.2.2	Adressat for epikrisen	67
5.2.3	BUP sin rapportering på innhold i epikrisen.....	68
5.2.4	Sammenstilling av kommunal aktør og BUP sin rapportering på innhold i epikrisen.....	69
5.2.5	Epikrisetid	70
5.3	Resultater fra intervjuundersøkelsen.....	71
5.3.1	Hvem epikrisen sendes til og når.....	71
5.3.2	Innhold og kvalitet i epikrisen.....	72
5.3.3	Årsaker til lite bruk av epikrise.....	73
5.3.4	Bruk av annen informasjonsutveksling.....	74
5.4	Oppsummering og vurdering	74
6	Referanser	77

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Oversikt datagrunnlag fra kvantitativ delstudier.....	20
Tabell 3.1	Instanser som har medvirket i utredningen (n=105).	23
Tabell 3.2	Faktorer relatert til henvisningen.....	25
Tabell 3.3	Fordeling av verdier på samlescore for innhold.	29
Tabell 3.4	Gjennomsnittsverdi på samlemål for innhold i henvisningen for ulike grupper.	29
Tabell 3.5	Fordeling av svar på spørsmål vedrørende kvalitet på henvisers beskrivelser og vurderinger.....	30
Tabell 3.6	Gjennomsnittsverdi på samlemål for kvalitet i henvisningen for ulike grupper.	31
Tabell 4.1	Forslag til sjekkliste for henvisende instans.....	61
Tabell 5.1	Henviser for saker der kvalitet og innhold i epikrisen er kartlagt.	63
Tabell 5.2	Henvisers vurdering av innholdet i epikrisen. Prosentandel.....	64
Tabell 5.3	Henviser i saker der BUP har kartlagt innholdet i epikrisen.	66

Tabell 5.4	Viktigste henvisningsgrunn i saker der BUP har kartlagt innholdet i epikrisen.	67
Tabell 5.5	Instanser som ha mottatt epikrise fra BUP.....	67
Tabell 5.6	BUP sin rapportering av innholdet i epikrisen. Prosentandel.....	68

Figuroversikt

Figur 3.1	Henvisningen som et resultat av ulike forhold (n=105).....	21
Figur 3.2	Tid medgått i utredningen (n=105)	22
Figur 3.3	Antall involverte utredningsinstanser og tid om medgår i utredningen.....	23
Figur 3.4	Viktigste henvisningsgrunn (n=510).....	24
Figur 3.5	Instanser som er registrert som henvisere (n=478).....	26
Figur 3.6	Formelle henvisere - henvisende lege /barnevernleder (n=507).....	26
Figur 3.7	Ulike opplysninger ført i henvisningsskjemaet. Prosentandel saker.	28
Figur 3.8	Ulike henvisningsveier til BUP	32
Figur 5.1	Kommunal instans sin vurdering av innhold og kvalitet i epikrisen (n=68).	65
Figur 5.2	Opplysninger som i "stor grad" er gitt i epikrisen etter ulike problemområder hos pasienten.....	69
Figur 5.3	Rapportering på innholdt i epikrisen fra BUP og kommunal instans (henviser).....	70
Figur 5.4	En del saker etter epikrisetider.....	71

Sammendrag

BAKGRUNN

Det er erkjent et behov for økt kunnskap om forhold relatert til henvisning av barn og unge til det psykiske helsevernet, og om samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester i oppfølging av barn etter endt behandling. I forbindelse med gjennomføringen av Opptreppingsplanen for psykisk helse (St. meld. nr. 63, 1997- 1998) ønsker helsemyndighetene å kvalitetssikre dagens praksis i forbindelse med henvisning av barn og unge til psykisk helsevern (BUP).

MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Hovedmålene i dette prosjektet er å kartlegge de kommunale tjenestenes rutiner og praksis i forbindelse med henvisning av barn/ unge til BUP, samt innhold og kvalitet i henvisninger og epikriser. Følgende spørsmål er stilt:

- Hvor lang tid tar det å utforme henvisningen?
- Hvem er henvisende instans?
- Hvem deltar i utforming av henvisningen?
- Hvor mange henvisninger blir returnert på grunn av utilfredsstillende kvalitet/manglende opplysninger?
- Hvor stor andel av henvisningene blir akseptert for inntak, og hvor mange av disse har vært til første inntakssamtale?
- I hvilken grad er innholdet i henvisningene av tilfredsstillende kvalitet?
- Hvilken rolle har fastlegen i henvisningssammenheng?
- Er det kvalitative og kvantitative forskjeller på henvisninger som kommer fra barnevernet sammenlignet med de som kommer fra øvrige kommunale tjenester?

- Hvordan forbedre henvisningsrutinene?
- I hvilken grad fungerer det foreliggende henvisningsskjemaet som et godt verktøy?
- Hva er forbedringspotensialet i foreliggende standard henvisningsdokumentet?

- Hvem er adressat for epikrisen?
- Hva er innholdet i epikrisen?
- I hvilken grad er innholdet i epikrisen av tilfredsstillende kvalitet?

METODE OG MATERIALE

Prosjektet er basert på både kvalitativ og kvantitativ metode. Det er gjennomført fokusgruppeintervju med fagmiljø i tre kommuner, der følgende deltjenester har vært representert: fastlegetjenesten, barneverntjenesten, helsesøstertjenesten, PP- tjenesten, samt koordinerende instans/faglig ansvarlig person for det psykiske helsearbeidet. I tillegg er det gjennomført fokusgruppeintervju med inntaksteam ved tre poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Opplysninger om henvisningsrutiner, innhold og kvalitet i henvisninger og epikriser er i tillegg innhentet gjennom kartleggingsskjema besvart av

kommunale henvisere, og av ansatte i BUP. Det foreligger opplysninger om 105 henviste saker og 68 epikriser besvart av henvisere, samt kvalitet - og innholdsvurderinger, av 510 henvisninger og 500 epikriser, foretatt av BUP.

Prosjektet har hatt en lokal og en sentral referansegruppe. Den lokale referansegruppen har bestått av fagpersoner fra kommunale tjenester og fra BUP. I den sentrale referansegruppen har aktuelle profesjons- og brukerforeninger vært representert. Gruppene har deltatt i diskusjoner rundt funn, samt hatt anledning til å gi kommentarer og innspill til rapporten gjennom en høringsuttalelse.

TIDSBRUK I UTREDNINGSFASEN

Barn og unge kan ha langvarige og sammensatte psykiske problemer. Henvisning til BUP kan i slike tilfeller være et resultat av negativ utvikling over tid. Henvisningsprosessen og henvisningstiden vil variere fra sak til sak, avhengig av den enkelte problemstilling.

Kartleggingsundersøkelsen viser at for omlag 40 prosent av henvisningene har utredningstiden, fra barnet/ungdommen første gang var i kontakt med henviser til henvisningen ble signert, vært mindre enn seks dager. For om lag en av fem saker har utredningen pågått i mer enn ett år. Det er en statistisk signifikant sammenheng mellom antall instanser involvert i utredningen, og tid som medgår før henvisningen signeres ($p < 0,001$).

HENVISENDE INSTANS OG UTREDER

I det standardiserte henvisningsskjemaet som benyttes ved henvisning til BUP er det avsatt et eget felt for henvisende instans. I tillegg skal skjemaet signeres av henvisende lege/ barnevernleder. Resultatene tyder på at det er ulik registreringspraksis i forhold til hvordan disse feltene fylles ut. Noen ganger vil henvisende lege/ barnevernleder også signere feltet for henvisende instans. Det vil derfor ikke alltid fremgå av henvisningsdokumentene hvilken instans som "står bak" henvisningen, som den sentrale og ansvarlige utreder i saken. Andre ganger vil imidlertid den instans som har vært sentral i utredningsfasen, for eksempel PP-tjenesten, fylle ut feltet for henvisende instans, i tillegg til at skjemaet signeres av lege eller barnevernleder. Tilgjengelige data, både i denne undersøkelsen og også i nasjonale datasett (BUPdata), gir derfor bare begrensede muligheter til å si hvem som er henvisende instans og hvem som er utreder i saker som henvises til BUP.

Resultatene i foreliggende studie viser at fastlegen er den som vanligvis er registrert som henviser (58 prosent av sakene), fulgt av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barnevernet, som har henvist henholdsvis 14 og 12 prosent av sakene. PP-tjenesten er registrert som henviser for åtte prosent av henvisningene.

Statistikk over hvem som er involvert i saken på henvisningstidspunktet indikerer at det i mange tilfeller er andre instanser enn de som er oppgitt som formelle henvisere (lege / barnevernleder), som er de reelle henviserne. Resultater, både fra spørreskjemaundersøkelsen blant henviserne, samt kartleggingen i BUP viser at PP-tjenesten og skole/ barnehage er hyppig medvirkende instanser i utredningen og utformingen av henvisningen.

I en henvisningsprosess har vanligvis foreldre og barn /ungdom både formell og uformell kontakt ned ulike tjenester over tid. Både helsesøster, PP-tjeneste og barneverntjeneste forteller at de kan be foreldre henvende seg til fastlegen for direkte henvisning til BUP. I noen tilfeller får foreldrene med seg utredningsdokumenter som overleveres til fastlegen.

RETUR AV MANGELFULLE HENVISNINGER

I alt 88 prosent av sakene som henvises blir akseptert for inntak. Av disse har 34 prosent vært til inntakssamtale. Resultatene viser at åtte prosent av henvisningene BUP mottar blir returnert til henvisende instans på grunn av manglende opplysninger og kvalitet.

BUP har ulik praksis i forhold til om de sender henvisninger i retur. Ved en BUP hevder man at lovverket ikke tillater at henvisninger ble returnert, "...vi har skjønt lovverket sånn at vi ikke har anledning til å returnere. Men vi har en måned på oss til å innhente flere opplysninger som kan danne grunnlag for vår vurdering..". En annen BUP presenterer sin praksis slik: "Men da har vi en sånn regel at hvis de er så mangelfulle at de ikke kan betraktes som en henvisning, av avviser vi de, eller returnerer de og sier at det er for lite opplysninger".

INNHold OG KVALITET I HENVISNINGENE

En av fire henvisninger mangler tre av seks etterspurte opplysninger. Multivariate analyser viser at det er en økt sannsynlighet for at henvisningen inneholder de etterspurte opplysningene når mer enn en instans er involvert i saken på henvisningstidspunktet, og når barnet er yngre enn 13 år. Videre finner vi at saker som er henvist fra PP- tjenesten er mer utfyllende enn de som er henvist fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten (skolelege).

Fra intervjuene med inntaksteamene ved BUP fremkommer stor enighet i vurderingene av innholdet og kvaliteten i de henvisningene de mottar fra kommunale instanser. Kvaliteten beskrives som varierende, fra godt utfylt til sterkt mangelfullt. Det typiske er at henvisningsskjemaet er forholdsvis godt utfylt på side en, mens de etterspurte opplysningene på side to (beskrivelse av henvisningsgrunn/ symptombilde og hva BUP skal bidra med i saken, informasjon om hvem som arbeider med saken og barnevernets rolle) er mangelfulle. I en stor andel av henvisningene er det nødvendig med mye etterarbeid fra BUP sin side for å innhente de nødvendige opplysningene i saken. Mangelfulle opplysninger kan således bidra til økt ventetid for igangsetting av adekvat behandling. Informantene forteller ellers at kvaliteten på henvisningene varierer med hvem som henviste, og at henvisninger skrevet av helsesøster, barneverntjenesten eller PP- tjenesten vanligvis har bedre kvalitet, enn henvisninger fra leger

BUP har foretatt en kvantitativ vurdering av kvalitet på de beskrivelser og vurderinger henviser har gjort i forbindelse med henvisningen. Resultatene viser at om lag halvparten av henvisningene har god eller svært god kvalitet på vurderinger av hva BUP kan bidra med i saken. En av fire dokumenter anses å ha "dårlig" eller "svært dårlig" kvalitet i forhold til dette. Når det gjelder kvaliteten på henvisende instans sine beskrivelser av tidligere undersøkelser og tiltak, vurderes disse som "dårlig" eller "svært dårlig" for 40-49 prosent av henvisningene.

Multivariate analyser viser at sannsynligheten for at henvisningen inneholder vurderinger og beskrivelser som har god kvalitet er større når henvisningen kommer fra barnevernet eller fra PP- tjenesten, sammenlignet med henvisninger som kommer fra fastlegen. Det er også større sannsynlighet for god kvalitet i henvisningsdokumentet når flere instanser er involvert i saken på henvisningstidspunktet.

FASTLEGENS ROLLE I HENVISNINGSSAMMENHENG

Fastlegen medvirker i utredningen av, - og er registrert som den formelle henviser - for om lag halvparten av sakene som henvises til BUP. Henvisninger som kommer fra fastlegen vurderes som mindre gode, både med hensyn til innhold og kvalitet, enn henvisninger som kommer fra barnevernet og PP- tjenesten.

I mange tilfeller foretar fastlegen en direkte henvisning til BUP, uten at andre instanser er involvert i tverrfaglige drøftinger. Både BUP og det kommunale fagmiljøet forteller også at henvisninger fra fastleger i noen saker kan være en ren formalitet, hvor legen ikke har sett familien eller barnet før henvisning.

Det kommunale fagmiljøet mener imidlertid at et godt samarbeid med fastlegene kan heve kvaliteten på henvisningen. De øvrige tjenestene i kommunen savner derfor en mer aktiv deltakelse fra fastlegen som diskusjonspartner i vurderingene. Legene som deltok i intervjuene forteller også at deres engasjement i henvisningsprosessen kan ha sammenheng med en faglig skjønnsvurdering. Dersom andre tjenester er dypt involvert i saken, og den virket "klar", kan fastlegen definere sin rolle som i hovedsak den formelle henviser. I andre saker kan fastlegen være mer aktivt involvert. En kommunelege mener at legene ofte føler at de har lite kompetanse om barn og unges psykiske helse, og at dette gjør at de kan innta en perifer rolle i det tverrfaglige arbeidet rundt barn og unge i målgruppen

I diskusjoner om fastlegens, - versus helsestasjons- og skolelegens rolle i henvisningsprosessen, kommer det frem at de kommunale deltjenestene gjerne kontakter helsestasjonslegen eller skolelegen fordi vedkommende er mer tilgjengelige enn fastlegen. Representanter fra BUP og fastlegene mener imidlertid at det er viktig at henvisningen går via fastlegen for å sikre bedre oppfølging og kontinuitet i saken.

Et viktig argument for at legene skal ha henvisningsrett til BUP er den medisinske utredningen for å utelukke somatisk sykdom som årsak til problemene (Helsetilsynet, 2003). På spørsmål om rutinene for somatisk utredning, forteller informantene at behovet varierer med den enkelte sak og problemstilling. Det fremholdes at fastlegens undersøkelse og vurdering er spesielt viktig ved spiseforstyrrelser og depresjon, samt ved mistanke om syns- og hørselsproblemer eller utviklingsforstyrrelser.

HENVISNINGER FRA BARNEVERNET

Til tross for at barnevernleder har henvisningsrett er det en forholdsvis lav andel henvisninger som kommer fra barnevernet (12 prosent). Informanter fra barnevernet forteller også at de forholdsvis sjelden benyttet henvisningsretten. Barnevernets rutiner i forbindelse med henvisningsprosessen varierer imidlertid mellom kommunene. I flere kommuner er det vanlig praksis at barnevernet ber foreldrene kontakte fastlegen for å få en henvisning til BUP. Fra intervjuundersøkelsen fremkommer det videre at barnevernet ofte involveres etter at andre instanser hadde vært inne i saken. I tillegg kan BUP ta initiativ til samarbeid med barnevernet som resultat av en behandlingsprosess. Det er grunn til å tro at barnevernet er involvert i en større andel saker enn det som fremkommer fra henvisningsstatistikken.

Barnevernet i de tre kommunene som medvirker i undersøkelsen har noe ulikt samarbeid med de øvrige kommunale deltjenestene i forbindelse med henvisning til BUP. I to kommuner forteller man om liten kontakt med de andre tjenestene. Samarbeidet er gjerne tettere med PP- tjenesten enn med helsetjenesten.

Sammenlignet med henvisninger som kommer fra den kommunale helsetjenestene, er både kvaliteten og innholdet i henvisningen fra barnevernet vurdert som god.

HVORDAN HENVISNINGSRUTINER KAN FORBEDRES

Undersøkelsen viser at henvisningsprosessen har et forbedringspotensial. Utfordringer er særlig knyttet til å få ned henvisningstiden, unngå unødvendige henvisninger, samt tilstrebe mer grundig og samordnet utredning fra de kommunale deltjenestene. Informantene vektlegger behovet for bedre formelle og uformelle samarbeidsrutiner innen kommunen, og mellom kommunen og BUP i forbindelse med utredning og henvisning. Den kvalitative

undersøkelsen gir inntrykk av at disse utfordringene kan være større i de største, sammenlignet med i de mindre kommunene.

Informanter fra kommunene fremhever at det vil være mulig å korte ned utrednings- og henvisningstiden gjennom utvikling av bedre rutiner og intern kommunikasjon. De kommunale deltjenestene må bli flinkere til å innhente opplysninger fra alle aktører som er involvert i saken, og at en må søke å trekke fastlegen inn i utredningsarbeidet. PP- tjenesten og helsesøstertjenesten etterlyser tettere dialog mellom fastlege og et bedre samarbeid med barnevernet for utveksling av relevante opplysninger. Rutinemessig bruk av nettverkskart, der en nedtegner alle involverte tjenester og kontaktpersoner, kan sikre at det foreligger oversikter over aktuelle utredere. Informantene fremhever også betydningen av at BUP samarbeider med de kommunale tjenestene i forhold til kvaliteten på henvisningen, for eksempel gjennom deltagelse i kommunens tverrfaglige kontaktmøter eller i ansvarsgruppemøter. Studien tyder på at det er variasjoner mellom BUPene i forhold til hvor utadrettet de jobber mot kommunene.

Spørsmålet om henvisningsrett aktualiseres i diskusjonen om forbedring av henvisningsrutiner til BUP. Informanter i undersøkelsen fremlegger en oppfatning om at dagens lovebestemmelse, der lege eller barnevernleder må signere henvisningen, er tungvint og begrenser tilgjengeligheten til BUP, blant annet fordi en kan risikere å måtte vente lenge på legens underskrift. Blant de kommunale deltjenestene er det særlig PP- tjenesten (og psykologene) som fremmer et ønske om henvisningsrett. Det foreslås at kontakt og samarbeid med fastlegen, i forhold til utredning og oppfølging, sikres gjennom etablering av andre rutiner enn den formelle henvisningsretten.

Når barn og unge henvises til BUP benyttes vanligvis et standardisert henvisningsskjema. Eksisterende skjema er en del av sektorens elektroniske pasientjournal, og dekker opplysninger som kreves innrapportert til Norsk pasientregister. Skjemaet ble sist revidert 03.09. 2002. Intervjuundersøkelsen viser at den informasjonen som etterspørres i henvisningsskjemaet er nyttig for BUP. Samtidig foreslås en rekke forbedringsmuligheter.

Innføring av sjekklister for henvisende instans foreslås som et tiltak for å bedre henvisningsrutinene til BUP. En slik sjekklister vil tydeliggjøre hvilke opplysninger og vurderinger BUP etterspør. Sjekklister bør være en rettesnor for henviser, og ikke et pålegg. I vurdering av hvorvidt det vil være hensiktsmessig å innføre en sjekklister for henvisende instans må en ta hensyn til at grad av suksess ved bruk av en slik liste vil kunne variere med hvilken kompetanse som finnes i kommunen, og med hvordan de kommunale deltjenestene fungerer tverrfaglig. En må sikre at henvisningsrutiner ikke blir barrierer, men hjelpemiddel i tiltaksprosessen. I mange kommuner vil det blant aktuelle henvisere være behov for økt kompetanse om psykiske lidelser, for å tilfredsstille BUP sine ønsker og forventninger til kvalitet i henvisningsdokumentene, og for at barn og unge raskere skal få et riktig tilpasset behandlingstilbud.

ADRESSAT FOR EPIKRISER

I følge BUP sine rapporteringer blir 79 prosent av epikrisene sendt til henvisende instans, som vanligvis er fastlegen (58 prosent). Om lag en av fem epikriser sendes til annen instans enn fastlege og henviser. I om lag en av tre saker blir epikrisen sendt til pasient/pårørende. Resultater viser i tillegg at i 52 prosent av tilfellene har pasientene /påårørende fått mulighet til å opplyse om hvem epikrisen skal sendes til. Informanter i undersøkelsen, også fastleger og barneverntjenesten, forteller at det forekommer at de ikke mottar epikrise fra BUP. Intervjuundersøkelsen viser at det er noe ulik praksis på hvem BUP sender epikrisen til, og at det kan oppleves som en utfordring å sikre en tverrfaglig informasjonsflyt fra BUP til de aktuelle kommunale deltjenestene i forhold til oppfølgingsprosessen.

INNHOOLD OG KVALITET I EPIKRISENE

Det synes å være mindre bevissthet rundt den skriftlige informasjonen *fra* BUP, enn *til* BUP. Informanter fra det kommunale fagmiljøet mener at epikrisen er nyttig fordi den skal gi råd og veiledning i forhold til oppfølgingstiltak. Fra de kommunale tjenestene er det et ønske om å bedre den skriftlige tilbakemeldingen fra BUP for å øke kvaliteten på oppfølgingen fra kommunens side. Det kommunale fagmiljøet mener at epikrisens innhold og kvalitet varierer med hvem som var saksbehandler ved BUP. I intervjuene kommer det også frem at epikrisene kan variere fra å være svært gode til svært mangelfulle, men at de ofte er for tilfeldige og inneholder for få relevante opplysninger.

Det kvantitative materialet viser at median epikrisetid er 3 dager, og at 76 prosent av epikrisene blir sendt innen sju dager. Om lag en av ti epikriser blir sendt 15-30 dager etter avsluttet behandling.

Mottagere av epikrisen har vurdert i hvilken grad dokumentet inneholder presise og fullstendige opplysninger om en rekke forhold. I de fleste epikrisene (ca 70 prosent) gis det i stor grad god og utfyllende informasjon om kontaktårsak, og hva som er barnets hovedproblem/hoveddiagnose. Om lag halvparten av epikrisene har tilsvarende god sluttvurdering og anbefalinger for oppfølging. Opplysninger og beskrivelser av den primære vurderingen, viktige kliniske funn og undersøkelser, samt iverksatt behandling, vurderes som i stor grad presise og fullstendige i om lag 45 prosent av epikrisene. Det er høy overensstemmelse mellom kommunal instans sin vurdering av innholdet i epikrisen og BUP sin egen vurdering av dette.

AVSLUTNING

De mange aktørene som er inne i tiltak for barn og unge med psykiske problemer gir store utfordringer i forhold til samhandling og informasjonsflyt mellom ulike instanser og nivåer. De involverte tjenestene har kun i mindre grad utviklet tverrfaglige og tverretatlige informasjonsrutiner. Slike omfattende skriftlige og formelle informasjonssystemer, ikke minst om disse skal gjøres elektroniske, reiser også flere viktige prinsipielle spørsmål i forhold til tushetsplikt. Hvordan disse spørsmålene skal løses blir viktig i tiden fremover.

Studien gjenspeiler også et grunnleggende dilemma eller paradoks ved informasjonssystemet og samordningen av informasjonen. På den ene siden kan manglende samordning av informasjon før henvisning til BUP forsinke igangsetting av behandlingstilbud, på den andre side kan en formalisert samordning av uttalelser fra alle kommunens aktører, herunder PPT og fastlege mv bidra til å forsinke henvisningsprosessen fra kommunens side. Hvordan få til effektive henvisningsprosesser, samtidig som de er tilstrekkelig grundige, blir derigjennom et sentralt spørsmål.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Bedre samhandling mellom tjenestenivåene, og et mer helhetlig tjenestetilbud for brukerne er sentrale utfordringer for å nå et overordnet helsepolitisk mål om at alle skal ha rett til de riktige tjenestene når de har behov for det (St meld nr 25, 1996-1997; NOU, 2005).

Pasientrettighetsloven (SHD, 1999) skal sikre at befolkningen har lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet, ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester må henvises, og har da som en pasientrettighet krav på å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.

Henvisning av barn og unge til psykisk helsevern er formelt og praktisk en viktig del av samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Informasjonen og kvaliteten på henvisningsdokumentet er av stor betydning for at spesialisthelsetjenesten skal kunne gjøre de riktige prioriteringene mellom henviste barn og unge. Behovet for å forbedre kvaliteten på henvisninger, for å oppnå en mer sammenhengende helsetjeneste, er også understreket i nyere offentlig utredning av samhandling mellom tjenestenivåene (NOU, 2005). Det offentlige utvalget som står bak denne utredningen peker på fastlegen som naturlig koordinator for det helhetlige tilbudet til den enkelte pasient, samt at god samhandling mellom tjenester bygger på gjensidig respekt, tillit. I tillegg legges det vekt på at de ulike aktørene som deltar i samhandlingen må ha adekvat kompetanse, - og at denne blir erkjent som relevant.

Leger og leder av barneverntjenesten er de to aktørene i 1. linjetjenesten som har henvisningsrett. Flere nyere forskningsrapporter viser imidlertid at fastlegen har en perifer og uklar rolle i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer (Andersson & Tingvold, 2005), og at mange barn er henvist til spesialisthelsetjenesten uten at de har hatt kontakt med fastlegen (Helsetilsynet, 2003; Andersson & Tingvold, 2005). Andre instanser, som pedagogisk- psykologisk tjeneste (PP- tjenesten) og helsesøstertjenesten, er ofte mer sentrale instanser i forbindelse med utredningen og utformingen av henvisningen (Andersson, 2006). Resultater fra tidligere intervjuundersøkelser med fagpersoner fra kommune og BUP viser at utfordringer ved henvisning av barn og unge med psykiske problemer er samarbeid og tilstrekkelig informasjonsutveksling som gir grunnlag for en henvisning med god kvalitet, og der all nødvendig dokumentasjon er vedlagt (Andersson, Røhme, & Hatling, 2005).

Om lag 11 prosent av alle henvisninger til psykisk helsevern kommer fra barneverntjenesten (Pedersen, 2006). Tidligere resultater viser at barn i barneverntiltak er i økt risiko for å utvikle psykiske problemer, sammenlignet med den øvrige barne- og ungdomsbefolkningen (Meltzer, m. fl., 2003; Hjern, Vinnerljung, & Lindblad, 2004; Vinnerljung, 2006). Resultater fra norske undersøkelser tyder imidlertid på at barn og unge som henvises fra barneverntjenesten ikke har prioritert ved inntak til psykisk helsevern (Kristofersen, 2004; Andersson, Røhme, & Hatling, 2005). Det er på bakgrunn av dette behov for å undersøke nærmere forskjeller mellom henvisninger som kommer fra barnevernet og fra øvrig kommunal tjeneste.

Spesialisthelsetjenesten skal vurdere om helsehjelp er nødvendig, og gi informasjon om når behandlingen kan starte. Det fremgår ellers av pasientrettighetslovens §2-2 at det om nødvendig for vurderingen, skal innhentes supplerende opplysninger, eller evt. innkalles til undersøkelse av pasienten. Pasienten har rett til raskere vurdering ved alvorlig sykdom. I prioriteringsforskriften (HOD, 2000) er det formulert tre prioriteringskriterier som legger

føringer for retten til helsehjelp. Det foreligger også forslag til prioriteringskriterier utarbeidet av Norsk Barne- og ungdomspsykiatrisk og Norsk psykologforening, og veiledende retningslinjer for fastsettelse av frister for ulike diagnoser (se Agledal, et al., 2006).

En pilotundersøkelse blant åtte BUP, gjennomført av sekretariatet i Agledal-utvalget (2006) viser at det varierer mellom poliklinikkene hvilke prosedyrer som anvendes i vurderingsprosessen. Ved mange BUPer blir vurderingene gjort av et tverrfaglig inntaksteam, mens det andre steder er leder ved BUP som foretar vurdering og fastsetter behandlingsfristen, gjerne i samråd med sjefpsykolog/overlege. Kriterier som legges til grunn for vurdering av rett til helsehjelp og prioritet er først og fremst diagnose og symptombilde, men det legges også vekt på livskvalitet og sosial fungering. De fleste poliklinikkene tar utgangspunkt i den skriftlige henvisningen, gjerne supplert med innhenting av tilleggsinformasjon fra henviser pr telefon (Agledal et al., 2006). Agledal- utvalget har sett på mulige tiltak og ordninger for å redusere ventetiden i psykisk helsevern for barn og unge. En av tre hovedanbefalinger fra arbeidsgruppen er bedre samordning mellom 1. og 2. linjetjenesten, blant annet gjennom bedre henvisningsrutiner.

Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten er også av stor betydning for oppfølging av pasienter. I denne sammenheng blir epikrisen et viktig dokument, der innhold og kvalitet på opplysningene er vesentlige for den aktør som skal ha det videre ansvaret for at pasienten får dekket sine tjenestebehov. Epikrisen er en oppsummering av hva som er funnet ved undersøkelsen og hvilken behandling som er gjort. Epikrisen skal også beskrive eventuell medisiner og den videre oppfølgingen pasienten har behov for. I følge forskrift om pasientjournal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000) skal epikrisen sendes til helsepersonell som trenger denne sammenfatningen av journalopplysninger for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. I forskriften heter det videre at pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til.

Det finnes ikke standard skjema for epikrise som skrives av BUP, og heller krav om hvem epikrisen skal sendes til. Rutiner i forbindelse med utsending av epikrisen vil derfor kunne variere, både med hensyn til innhold og kvalitet, samt i forhold til hvem som mottar dokumentet. Statens helsetilsyn presenterte i 1994 følgende anbefalinger vedrørende innholdet i epikrisen (Statens helsetilsyn, 1994): kontaktårsak, primær vurdering, viktige kliniske funn og undersøkelser, viktige supplerende undersøkelser, sluttvurdering og beslutning, anbefalinger og oppfølging, medikamenter. Det er uvisst i hvilken grad disse anbefalingene følges av BUP. I sammenheng med behovet for informasjonsflyt mellom første, - og andrelinjetjenesten er det et sentralt poeng at henvisende instans får tilbakemelding. Kvalitet og gode rutiner i forhold til utsending av epikrisen kan bidra til en åpnere og mer sammenhengende behandlingsskjede, som indirekte vil øke tilgjengeligheten til tjenestene for brukerne.

1.2 Mål og problemstillinger

Henvisningen og epikrisen representerer former for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunetjenesten, der innholdet i dokumentene er av vesentlig betydning for adekvat behandling og koordinerte oppfølgingstiltak. I forbindelse med gjennomføringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63, 1997- 1998) ønsker helsemyndighetene å kvalitetssikre dagens praksis i forbindelse med henvisning av barn og unge til psykisk helsevern. Det er erkjent et behov for økt kunnskap om forhold relatert til henvisning av barn og unge til det psykiske helsevernet, og om samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene i oppfølging av barn etter endt behandling.

Hovedhensikten med dette prosjektet er å kartlegge de kommunale tjenestenes rutiner og praksis i forbindelse med henvisning av barn/ unge til BUP, samt innhold og kvalitet i henvisninger og epikriser.

Følgende problemstillinger reises:

i)

- Hvor lang tid tar det å utforme henvisningen?
- Hvem er henvisende instans?
- Hvem deltar i utforming av henvisningen?
- Hvor mange henvisninger blir returnert på grunn av utilfredsstillende kvalitet/manglende opplysninger?
- Hvor stor andel av henvisningene blir akseptert for inntak, og hvor mange av disse har vært til første inntakssamtale?
- I hvilken grad er innholdet i henvisningene av tilfredsstillende kvalitet?
- Hvilken rolle har fastlegen i henvisningssammenheng?
- Er det kvalitative og kvantitative forskjeller på henvisninger som kommer fra barnevernet sammenlignet med de som kommer fra øvrige kommunale tjenester?

ii)

- Hvordan forbedre henvisningsrutinene?
- I hvilken grad fungerer det foreliggende henvisningsskjemaet som et godt verktøy?
- Hva er forbedringspotensialet i foreliggende standard henvisningsdokumentet?

ii)

- Hvem er adressat for epikrisen?
- Hva er innholdet i epikrisen?
- I hvilken grad er innholdet i epikrisen av tilfredsstillende kvalitet?

2 Metode og gjennomføring

Prosjektet er basert på både kvalitativ og kvantitativ metode. Disse tilnærmingene er komplementære, og sikrer bred kunnskap i forhold til de spørsmål som reises. Der målsettingen for den kvantitative dataanalysen er en representativ oversikt over generelle forhold og bredde, er målet for den kvalitative analysen en mer helhetlig forståelse av spesifikke forhold.

2.1 Fokusgruppeintervju med fagmiljø i kommunen

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med representanter fra ulike fagmiljø i kommunen. Tema i intervjuet var todelt. Første del omhandlet de kommunale tjenestenes rutiner og praksis i forbindelse med henvisning til BUP, herunder hvilken rolle fastlegen har i denne sammenheng. Intervjuet fokuserte også på styrker og svakheter ved standard henvisningsdokument, og på hvilket forbedringspotensial dette har. I andre del av intervjuundersøkelsen rettet vi fokus mot innhold og kvaliteten i epikrisen.

UTVALG KOMMUNER – REKRUTTERING AV INFORMANTER

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført i tre kommuner. Kommunene ble valgt strategisk etter følgende prosedyre: I alt 26 kommuner mottok en skriftlig invitasjon til deltagelse i undersøkelsen. Dette opprinnelige kommuneutvalget representerte ulike geografiske områder, og ulikt befolkningsgrunnlag. Invitasjonsbrevet var adressert til rådmannen. Det var vedlagt et orienteringsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet, som presiserte viktigheten av undersøkelsen, og der en oppfordret kommunen til å delta. Det ble presisert at vi ønsket at representanter fra følgende tjenester medvirket i intervjuundersøkelsen (som et absolutt kriterium): barneverntjenesten, helsesøstertjenesten, fastlegetjenesten (fortrinnsvis skolelege), PP- tjenesten, samt koordinerende instans og/ eller faglig ansvarlig person for det psykiske helsearbeidet i kommunen (gjerne med klinisk erfaring fra området). Vi fulgte en særskilt prosedyre for å rekruttere fastleger til fokusgruppeintervjuet; I brev til rådmannen ble det vedlagt et brev til Lokalt samarbeidsutvalg/Allmennlegeutvalget i kommunen. Utvalget ble bedt om å tilbakemelde sin representant til rådmannen, som i sin tur skulle sende oss en samlet oversikt over representanter / fagpersoner som kunne delta i fokusgruppeintervjuet.

I henhold til den opprinnelige planen for utvelgelse av kommuner til intervjuundersøkelsen skulle vi trekke tilfeldig ut tre kommuner blant de som tilbakemeldte interesse for å delta, og som tilfredsstilte våre krav til sammensetning av faggrupper. Innen fristen for tilbakemelding var utløpt (en måned etter at brevet ble sendt fra SINTEF Helse), hadde vi mottatt positivt svar fra åtte kommuner. Imidlertid kunne bare fem av disse navngi representanter som ville delta i intervjuundersøkelsen. De tre kommunene som ble valgt til deltagelse var de kommunene der vi klarte å koordinere de aktuelle deltagerne, og gjøre avtale om en møtedato og et tidspunkt som passet alle.

De tre intervjuene ble gjennomført i egnede lokaler i kommunen. Intervjuet varte ca 2 timer, og ble spilt inn på bånd etter samtykke fra informantene. Intervjuene ble transkribert og deretter slettet.

2.2 Fokusgruppeintervju med inntaksteam ved BUP

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med inntaksteam ved et utvalg poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Hovedtema i intervjuet var henvisningsrutiner, samt innhold og kvalitet i henvisninger som mottas fra kommunale instanser, herunder bruk av standard henvisningsskjema. I tillegg fokusere vi på samhandlingen med kommunale instanser etter endt utredning/ behandling.

UTVALG POLIKLINIKKER - REKRUTTERING AV INFORMANTER

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført ved tre poliklinikker. I valg av poliklinikker ble følgende prosedyre fulgt: Det ble sendt en skriftlig henvendelse og invitasjon til deltagelse i undersøkelsen til 10 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, ved poliklinikkleder. Det ble presisert at deltagelse fra inntaksansvarlig ved poliklinikken var obligatorisk.

I henhold til den opprinnelige planen for rekruttering av poliklinikker til undersøkelsen skulle vi trekke tilfeldig ut tre poliklinikker blant som ønsket å delta. Kort tid etter at invitasjonsbrevet ble sendt ut mottok vi imidlertid positivt svar fra tre poliklinikker. Disse ble valgt til deltagelse av strategiske årsaker, - og spesielt for å spare tid. De øvrige sju poliklinikkene som hadde mottatt forespørsel fra oss, mottok da et brev der vi orienterte om at vi nå hadde lyktes med å rekruttere informanter til intervjuundersøkelsen.

De tre intervjuene ble gjennomført i egnede lokaler ved poliklinikken. Intervjuet varte ca 2 timer, og ble spilt inn på bånd etter samtykke fra informantene. De tre intervjuene ble transkribert og deretter slettet.

2.3 Kartleggingsundersøkelse ved et utvalg poliklinikker

Det ble gjennomført en kartleggingsundersøkelse ved et utvalg poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Undersøkelsen hadde et særskilt fokus på henvisningsrutiner, kvalitet og innhold i henvisninger og epikriser. Det ble utarbeidet to kartleggings-skjema, for henholdsvis henvisninger og epikriser.

UTVALG OG GJENNOMFØRING

Forespørsel om deltagelse i kartleggingsundersøkelsen ble sendt til et delvis strategisk utvalg poliklinikker. For å sikre geografisk spredning ble det trukket ut tre poliklinikker fra hvert fylke, slik at vi totalt hadde et utvalg på 57 poliklinikker.

Leder ved poliklinikkene fikk tidlig i prosjektgjennomføringsfasen tilsendt en orientering om undersøkelsen. I dette brevet informerte vi om bakgrunn for - og målet med undersøkelsen, samt at poliklinikken ville motta våre spørreskjema i løpet av en gitt uke i september. Hver av de 57 poliklinikkene fikk den angitte uken tilsendt skjema for kvalitetskartlegging av henvisninger og epikriser.

Poliklinikkene ble bedt om å fylle ut ett skjema for hver av de ti sist mottatte henvisningene fra en kommunal instans/lege. Det ble presisert at inntaksansvarlig ved poliklinikken skulle være ansvarlig for utfyllingen. De ble i tillegg bedt om å fylle ut ett skjema for hver av de ti sist sendte epikrisene. Vi presiserte at denne utfyllingen kunne gjennomføres av merkantilt personell ved poliklinikken, evt. av den som hadde vært behandlingsansvarlig for den aktuelle pasienten.

Kartleggingene ble gjennomført anonymisert, og uten at poliklinikken ble identifisert.

2.4 Kommunale instansers rapportering på tid og prosedyrer ved henvisning, samt kvalitetsvurdering av epikrisen.

Det ble gjennomført en egen kartleggingsundersøkelse blant kommunale henvisere. Målet med denne delundersøkelsen var å innhente opplysninger om hvor lang tid det tar å utforme henvisningen, samt å få adressatens vurdering av innhold og kvalitet i epikrisen som BUP utarbeider. Det ble laget to korte spørreskjema for å innhente disse opplysningene.

GJENNOMFØRING

Skjemaene ble sendt til henvisende instanser i kommunen via BUP på følgende måte; BUP poliklinikker som deltok i kartleggingsundersøkelsen (n=57), ble forespurt om å videresende brev fra SINTEF Helse til den som var påført som henvisende instanser (kommunal instans / lege) for de ti sist mottatte henvisningene. BUP mottok konvolutter med brev og spørreskjema ferdigpakket og ferdigfrankert, med en henstilling om å påføre navn/adresse til aktuelle henviser og postlegge så snart som mulig.

Henviser som mottok disse brevene, ble pr brev bedt om å fylle ut to vedlagte spørreskjema; skjema 1 vedrørende det barnet/eller den ungdommen som instansen sist henviste til BUP, og skjema 2 vedrørende den epikrisen instansen sist hadde mottatt fra BUP. I tilfeller der den aktuelle instansen ikke hadde mottatt epikrise fra BUP, ba vi om at dette ble markert med et kryss, og at skjemaet deretter ble returnert til SINTEF Helse ubesvart.

2.5 Samarbeid med fagmiljø

Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med fagmiljø, både fra kommunetjeneste og fra spesialisthelsetjenesten, ved at det ble opprettet både en lokal, - og en sentral referansegruppe. Et viktig mål med referansegruppene var å sikre at faglige innspill og synspunkter kom frem i prosjektet. Begge referansegruppene deltok på møter der foreløpige resultater fra prosjektet har blitt presentert. Innspill og kommentarer fra gruppene kom også via en elektronisk møteplass, som ble etablert i rapporteringsfasen av prosjektet, samt gjennom høringsuttalelser på rapportutkast.

REFERANSEGRUPPENES SAMMENSETNING

Den lokale referansegruppen var sammensatt av seks fagpersoner fra kommune og BUP. Deltagerne ble rekruttert blant informantene i intervjuundersøkelsene. I gruppen var følgende kommunale tjenester representert; fastlegetjenesten, helsesøstertjenesten, barneverntjenesten og PP- tjenesten. Fra BUP deltok inntaksansvarlig, samt en psykolog.

Den sentrale referansegruppen var sammensatt av representanter fra relevante profesjons- eller brukerforeninger; Den Norske Lægeforening, Norsk Psykologforening, Utdanningsforbundet, Norsk Sykepleieforbund, Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger sosionomer og vernepleiere, Kommunenes sentralforbund, Voksne for Barn og Rådet for psykisk helse.

Den sentrale referansegruppen medvirket i prosjektet ved å gi råd i forhold til hovedfunn og implikasjoner av resultater. Gruppen bidro på denne måten i utarbeidelsen av forslag til forbedringer av henvisningsrutiner, og sjekklister for henvisende instans. Innspill fra gruppen kom i tillegg kommet i form av høringsuttalelser til rapportutkast.

2.6 Datatilfang kvantitativt materialet

Vi mottok totalt 111 skjema vedrørende tid og prosedyrer ved henvisning til BUP (skjema 1). Seks av disse kom lenge etter at tidsfristen var utløpt, og er derfor ikke innarbeidet i datamaterialet.

Blant de 105 henviserne tilbakemeldte i alt 37 at de aldri hadde mottatt epikrise, og at det derfor ikke var relevant å fylle ut dette skjemaet (skjema 2). Vi mottok 68 utfylte skjema vedrørende innhold og kvalitet i epikrisen.

Dersom samtlige 57 poliklinikker videresendte våre brev, skal i alt 570 kommunale henvisere ha mottatt våre spørreskjema. Vi vet ikke hvor mange av poliklinikkene som har sendt ut våre brev. Fra en poliklinikk mottok vi beskjed om at de ikke hadde videresendt brevene pga hardt arbeidspress og forglemmelse. Det kan ha vært flere poliklinikker i samme situasjon. Andre sannsynlige årsaker til lav respons på undersøkelsen blant henvisere, er at de har mottatt brevene tett opptil svarfristen/ etter at svarfristen er utløpt, eller at de ikke har tatt seg tid/hatt tid til å fylle ut skjemaene. Fordi vi ikke vet hvor mange henvisere som faktisk har mottatt våre brev med spørreskjema, er det vanskelig å beregne svarprosent for denne delstudien.

Tabell 2.1 gir en oversikt over datatilfanget fra de kvantitative delstudiene.

Tabell 2.1 Oversikt datagrunnlag fra kvantitativ delstudier.

Type kartlegging	Utfyllt av	Antall observasjoner
Tid og prosedyrer ved henvisning	Henviser i kommunen	105
Kvalitetskartlegging av henvisningen	BUP	510
Kvalitet og innhold i epikrisen	Henviser i kommunen	68
Innhold i epikrisen	BUP	500

Ikke alle spørsmål er besvart av alle, - og antall observasjoner varierer derfor noe i de ulike analysene som er gjort.

3 Henvisningen

I dette kapitlet besvares problemstillinger relatert til tidsbruk, kvalitet og innhold i henvisningen. Vi benytter tre datakilder; kartlegging foretatt av henvisere i kommunen av prosedyrer og tidsbruk i forbindelse med utarbeidelse av henvisningen, kvalitet - og innholdskartlegging av henvisningsdokumentet foretatt av BUP, samt fokusgruppeintervju med fagpersoner i kommune og BUP.

3.1 Resultater fra kartleggingsundersøkelser

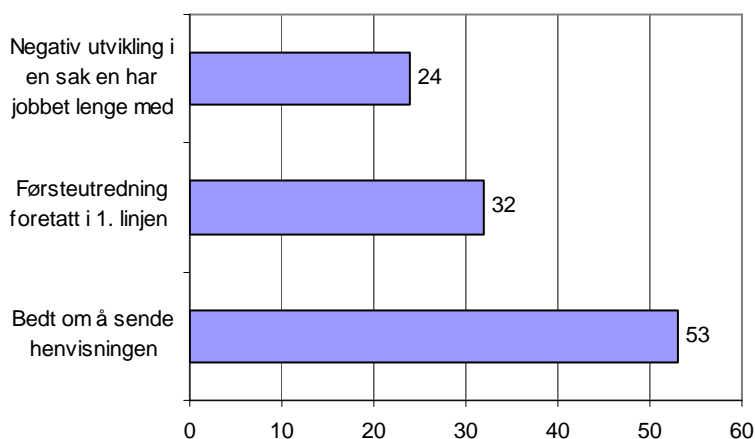
3.1.1 Tidsbruk i utredningsfasen

For å besvare problemstillinger relatert til hvor lang tid det tar å utforme henvisningen benytter vi data innhentet fra 105 kommunale instanser som nylig har henvist barn / ungdom til BUP.

I spørreskjemaet ble det innhentet opplysninger om a) hvor lang tid det har tatt fra henviser fikk første henvendelse vedrørende barnets vansker, - til henvisningen ble underskrevet, samt b) hvor lang tid det har tatt fra henviser hadde første kontakt med barnet, - til henvisningen ble underskrevet. I utarbeidelsen av spørreskjemaet var vi opptatt av at det skulle være kort og enkelt å fylle ut, for å øke sannsynligheten for at mottager ville svare. Det ble derfor ikke innhentet opplysninger, som type problem og alvorlighetsgrad ved den aktuelle saken. Fordi tid om medgår naturligvis vil variere med type problematikk og grad av kompleksitet i saken har vi derfor begrensede muligheter for å si noe om hvor lang tid det tar å utforme en henvisning i kommunen. Et annet forhold som gjør det vanskelig å måle tid i utredningen er at registrerte henvisere kan ha ulik befatning med de sakene de har henvist til BUP, og ulik grad av involvering i en sak før den henvises.

Figuren under viser hvordan henvisningen kan være et resultat av ulike forhold.

Figur 3.1 Henvisningen som et resultat av ulike forhold (n=105).

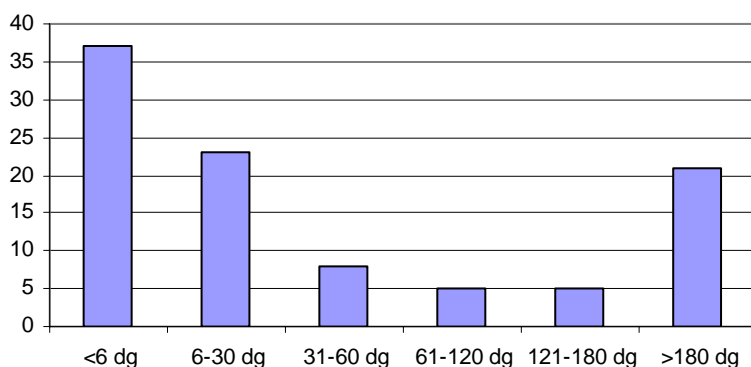


Det fremgår av figuren at over halvparten av henvisningene til BUP er et resultat av at henviser er blitt bedt om å sende henvisningen. Dette kan dreie seg om saker der barn/foresatte og ungdom har oppsøkt fastlege og blitt henvist direkte til BUP uten videre kontakt med, - eller utredninger ved andre kommunale instanser. For disse blir utredningstiden kort (< 6 dg.), slik den er målt i denne undersøkelsen. Selv om fastlegen også kan være henviser for saker der det er foretatt første - utredninger i kommunen, og der henvisningen er resultat av negativ utvikling i en sak, - er det størres sannsynlighet for at andre – og flere instanser er involvert i utredning disse sakene.

Hvor lang tid de kommunale tjenestene bruker på å skrive henvisningen vil være avhengig av om det foretas utredninger og kartlegginger i kommunen i forbindelse med henvisningen, og også med hvilke, - og hvor mange instanser som er involvert i dette, samt om det gjennomføres tverrfaglige drøftinger før henvisningen utformes og sendes.

I det følgende presenteres statistikk som dokumenterer at tid om medgår i utredningen nettopp varierer med slike forhold. Første figur under viser tid i antall dager medgått fra første hevning vedrørende barnets vansker, til henvisningen er signert.

Figur 3.2 Tid medgått i utredningen (n=105)



Datamaterialet viser en betydelig variasjon i forhold til hvor lang tid det tar fra barnet/ungdommen oppsøker hjelpeapparatet i kommunen til henvisningen blir sendt til BUP, med en variasjon fra 0 til 2920 dager.

Figuren viser at for om lag 40 prosent av henvisningene har det tatt mindre enn 6 dager fra barnet/ungdommen første gang var i kontakt med henviser, til henvisningen ble underskrevet. For om lag 20 prosent av sakene har utredningen pågått i mer enn 6 måneder. Rundt 13 prosent har en utredningstid på mer enn ett år.

Tabellen under viser hvilke instanser som har vært involvert i utredningen.

Tabell 3.1 Instanser som har medvirket i utredningen (n=105).

Instanser	Antall	Prosent
Fastlege/allmennlege	52	50
Helsesøster	36	34
Skole/barnehage	41	39
PP-tjenesten	34	32
Barnevern	29	28
Habiliteringstjeneste	3	3
Somatisk sykehus	5	5
Annen BUP- institusjon	6	6
Andre	18	17

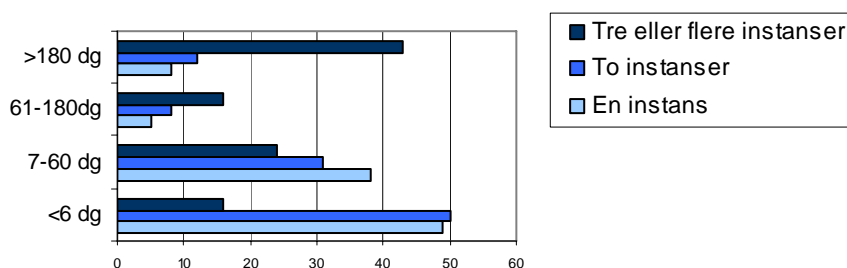
Note. I kategorien "andre" er følgende instanser nevnt: familiekontor, helsestasjonslege, jordmor, logoped, psykiatriteamet i kommunen, nevropsykologisk senter.

Fastlegen er den av aktørene som har medvirket i flest utredninger, mens helsesøster, skole, PP-tjenesten og barnevern er involvert i utredningen for 30-40 prosent av barna/ungdommene. Supplerende analyser av materialet viser at fastlegen er eneste involverte utreder i 14 prosent av sakene, mens tilsvarende tall for helsesøstre er sju prosent, og fem prosent for henholdsvis PP-tjenesten og barnevern. I 40 prosent av sakene har bare en utredningsinstans vært involvert, og for 35 prosent av sakene har tre eller flere instanser deltatt i utredningen. I tillegg blir det for 55 prosent av sakene rapportert at ikke er foretatt tverrfaglig drøfting i kommunen i forbindelse med henvisningen.

Korrelasjonsanalyse viser at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom antall involverte utredningsinstanser antall dager fra første henvendelse vedrørende saken til henvisningen er sendt ($r=0,27$, $p<0.001$).

I figuren under ser nærmere på sammenhengen mellom antall involverte utredere og tid som har medgått i utredningen.

Figur 3.3 Antall involverte utredningsinstanser og tid om medgår i utredningen



I gruppen henvisninger der utredningen har tatt mindre enn 6 dager er det en overvekt av saker som har involvert 2 eller færre instanser. Figuren viser for øvrig at i utredninger som pågår i mer enn ett år er det i de aller fleste tilfeller mer enn tre involverte instanser.

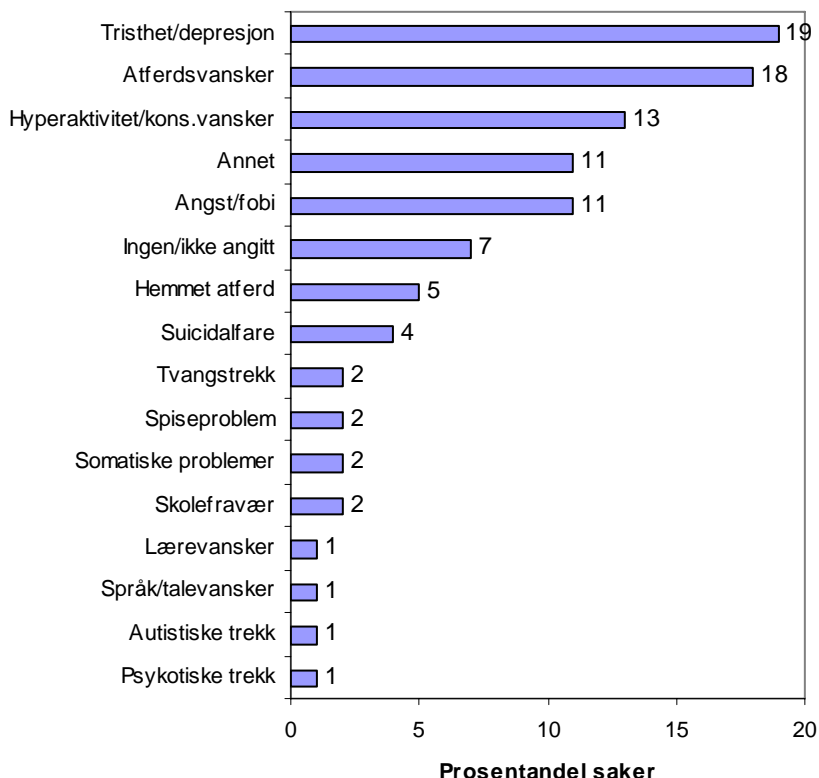
3.1.2 Innhold og kvalitet i henvisningsdokumentet

For å besvare problemstillinger relatert til innholdet i henvisningen benytter vi data som er innhentet gjennom spørreskjemaundersøkelsen i BUP. Analysene er basert på utfylte kartleggingsskjema vedrørende i alt 510 henvisninger som BUP har mottatt fra en kommunal instans høsten 2006.

3.1.2.1 Kjennetegn ved barn og unge som er henvist til BUP

Analysen av data vedrørende kjennetegn ved barn og unge som er henvist til BUP viser at gjennomsnittsalderen er 11,6 år, og at 53 prosent er gutter. Figuren under viser hvordan utvalget fordeler seg i forhold til viktigste henvisningsgrunn.

Figur 3.4 Viktigste henvisningsgrunn (n=510).



Tristhet/depresjon og atferdsvansker er hyppigst angitt som viktigste henvisningsgrunner. Andel barn og unge henvist for tristhet/depresjon er litt høyere, - mens andel henvist for atferdsproblemer er litt lavere enn det man ser på nasjonalt nivå for henvisningsgrunner til BUP i 2005 (Pedersen et al., 2006). Det foreliggende utvalget har også en høyere andel barn og unge med angst/fobi, og en lavere andel med hyperkinetiske forstyrrelser, sammenlignet med den nasjonale statistikken. Dette kan gjenspeile en skjevhet i utvalget i denne undersøkelsen, med en underrepresentasjon av henvisninger som gjelder barn / unge med eksterne problematikker, og en overrepresentasjon av de med internaliserte problemer.

Fordi den nasjonal statistikken presenterer tall fra 2005 kan vi imidlertid ikke konkludere med en slik utvalgsskjevhet.

Tabellen under viser andre kjennetegn ved sakene.

Tabell 3.2 Faktorer relatert til henvisningen.

Karakteristika ved henvisningen	Antall	Prosent
Ø- hjelp (n=504)	31	6
Re- inntak (n=503)	101	20
Vært til inntakssamtale (n=498)	152	31
Barnevernet har en rolle i saken (n=497)	81	16
Akseptert for inntak (n=482)	423	88
Returnert pga manglende kvalitet/opplysninger (n=496)	40	8

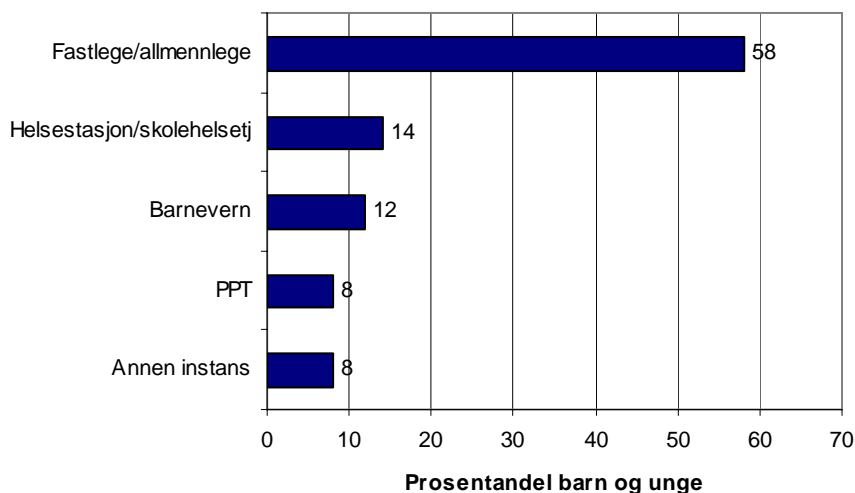
Seks prosent av henvisningene gjelder øyeblikkelig hjelp, og en av fem er et re- inntak. Av de 423 sakene som er akseptert for inntak har 34 prosent vært til inntakssamtale. For 16 prosent av henvisningene er BUP kjent med at barnevernet er involvert. For i alt 207 av henvisningene (42 prosent) har imidlertid BUP svart "vet ikke" på spørsmålet om barnevernet har en rolle i saken.

Ikke alle henvisninger mottas av BUP. Vi finner at åtte prosent returneres til henvisende instans fordi den mangler vesentlige opplysninger. De fleste henvisningene som returneres er sendt fra fastlege (64 prosent).

3.1.2.2 Henvisende instans

I henvisningsskjemaet er det et eget felt merket *Henvisende instans*, der en ber om følgende opplysninger: Navn/Instans/Stempel, Adresse/tlf., Dato og Underskrift. I tillegg har skjemaet et eget felt merket *Henvisende Lege/Barnevernleder*. Figuren under viser hvilke instanser som er registrert som henvisende instans.

Figur 3.5 Instanser som er registrert som henvisere (n=478).

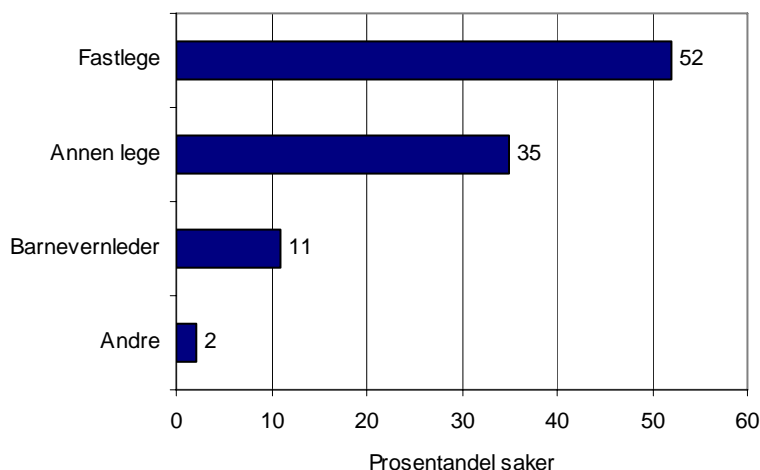


Opplysninger om henvisende instans mangler for 5 prosent av de henviste sakene. Fastlege er den som hyppigst er registrert som henviser til BUP. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er oppført som henviser for 14 prosent av sakene, mens barnevernet står bak 12 prosent av henvisningene. PP- tjenesten står bak åtte prosent av henvisningene i følge henvisningsskjemaet. Kategorien "annen instans" omfatter pasienten selv (to prosent), skole/barnehage (tre henvisninger), sosialtjeneste, eller "andre". I fem prosent av henvisningene er feltet for henvisende instans ikke fylt ut.

Andel saker der henholdsvis fastlege og barneverntjenesten er registrert som henvisere er tilnærmet lik de tallene man har registrert på nasjonalt nivå over henvisere til BUP. Andel henvisninger fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten er noe høyere, - mens andel henvisninger fra PP- tjenesten er noe lavere sammenlignet med den nasjonale statistikken fra 2005, der henholdsvis sju prosent og 14 prosent er henvist fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten (Pedersen et al., 2006).

I kartleggingsskjemaet ble det også stilt spørsmål om hvem som er den formelle henviser av barnet/ ungdommen. Figuren under viser hvordan sakene fordeler blant de aktuelle aktørene.

Figur 3.6 Formelle henvisere - henvisende lege /barnevernleder. (n=507)

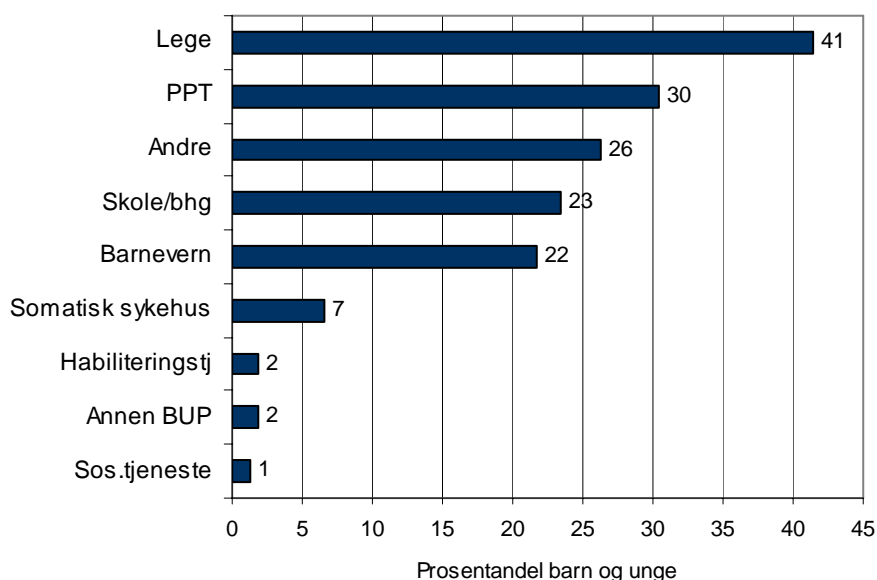


Som figuren viser er fastlege den formelle henviser for litt over halvparten av sakene som henvises til BUP. "Annen lege", som sannsynligvis er helsestasjonslege eller skolelege, er registrert som henviser for om lag en av tre saker, mens barnevernleder står som henviser for 11 prosent av henvisningene. I kategorien "andre" er følgende henvisere nevnt: PP-tjenesten, psykolog, rektor, klinisk sosionom, barnevernkonsulent, barnvernkurator, helsesøster, sosionom. Dette indikerer at man ikke alltid forholder seg strengt til at henvisningsretten er forbeholdt lege eller barnevernleder.

3.1.2.3 Hvilke instanser er involvert i tiltak for barnet/ ungdommen?

Når et barn eller en ungdom henvises til BUP er ofte flere kommunale instanser involvert i tiltak. I henvisningsskjemaet er det da også satt av et eget felt hvor henviser skal påføre hvem som arbeider med saken på henvisningstidspunktet. Figuren under viser hvilke instanser som er registrert om medvirkende i tiltak. Denne opplysningen er gitt for 381 (75 prosent) av de aktuelle henvisningene.

Figur 3.6 Instanser som arbeider med saken på henvisningstidspunktet (n=381).

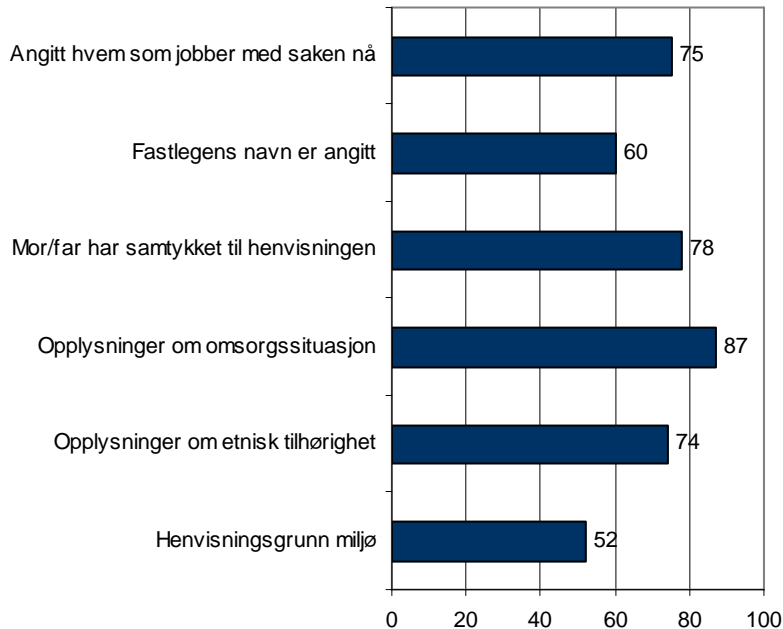


Som det fremgår av figuren er det lege og PP-tjenesten som er involvert i flest av sakene som henvises til BUP (30-40 prosent). Skole/ barnehage, barneverntjenesten og "andre instanser" rapporteres å være involvert i om lag en av fire saker.

3.1.2.4 Innholdet i henvisningsdokumentet

For å måle i hvilken grad henvisningsdokumentet inneholder informasjon som BUP etterspørres, har vi gjennom spørreskjemaundersøkelsen kartlagt hvorvidt vesentlige opplysninger foreligger. Figuren under viser andel saker som har de ulike opplysningene ført inn i henvisningsskjemaet.

Figur 3.7 Ulike opplysninger ført i henvisningsskjemaet. Prosentandel saker.



Henvisningsgrunner relatert til barnets miljø omfatter følgende kategorier for avkrysning; 1. Belastninger i familien, 2 Belastninger i nærmiljø/ samfunn, 3. Belastninger i skole/barnehage, 4. Akutte livshendelser, 5. Belastende hendelser som resultat av barnets egen forstyrrelse/funksjonshemming, og 6. Ingen. Opplysninger om dette foreligger for litt over halvparten av sakene som er henvist.

Tre av fire henvisninger inneholder opplysninger om barnets etniske tilhørighet, og hvilke instanser som er involvert i tiltak på henvisningstidspunktet. I 78 prosent av tilfellene har mor og far samtykket til henvisningen, og opplysninger om omsorgssituasjonen foreligger i om lag ni av 10 henvisninger. I førti prosent av henvisningene er ikke fastlegens navn angitt.

3.1.2.5 Samlescore for innhold i henvisningsskjemaet.

Basert på de ovennevnte variablene vedrørende opplysninger som er ført i henvisningsskjemaet (Figur 3.7), har vi laget en samlescore for innholdet i henvisningen. Denne indikatoren er sum score på de seks variablene, der hver variabel har fått verdi 1 eller 0, avhengig av om opplysningen foreligger (1) eller ikke (0). Maksimumsscore på samlemålet blir da 6, mens minimumsscore blir 0. Tabellen under viser fordelingen av verdier på denne samlescoren. Samlescoren har et gjennomsnitt på 4,3 (SD=1,4).

Tabell 3.3 Fordeling av verdier på samlescore for innhold.

Samlescore for innhold i henvisningen	Antall saker	Prosentandel saker
0	6	1
1	18	4
2	27	6
3	67	14
4	104	22
5	169	36
6	78	17
Totalt	469	100
Missing	41	

Minst tre av de aktuelle opplysningene foreligger i nær 90 prosent av henvisningene til BUP. Omtrent halvparten av henvisningene inneholder informasjon om mer enn fire av de seks etterspurte opplysningene.

Videre bruker vi samlemålet for å undersøke om innhold i henvisningsskjemaet varierer med pasientrelaterte faktorer og tjenesterelaterte faktorer. Tabell 3.4 viser gjennomsnittsscore og standardavvik på samlemålet for ulike grupper.

Tabell 3.4 Gjennomsnittsverdi på samlemål for innhold i henvisningen for ulike grupper.

Uavhengige variabler	Samlescore for innhold i henvisningen		
	n	Mean	SD
Gutt	255	4,2	1,4
Jente	209	4,3	1,3
Pasient alder 0-12 år	240	4,4	1,2
Pasient alder >12 år	219	4,1	1,5
Eksternaliserende problem	147	4,5	1,2
Internaliserte problem	210	4,5	1,3
Andre problemområder	83	3,8	1,5
Færre enn to instanser er involvert i saken	329	4,1	1,5
To eller flere instanser er involvert i saken	140	4,6	1,0
Henviser fastlege	264	4,3	1,5
Henviser barnevern	53	4,5	0,8
Henviser helsestasjon/ skolehelsetjeneste	60	4,2	1,2
Henviser PP-tjenesten	32	4,8	1,0
Henviser andre**	32	3,8	1,6

For å undersøke om noen av de uavhengige variablene presentert i tabell 3.4 predikerer grad av opplysninger gitt i henvisningen, har vi utført en binær logistisk regresjonsanalyse. I denne analysen er den avhengige variabelen, samlescore for innhold, dikotomisert (gitt verdien 1 eller 0), avhengig av om samlescoren henholdsvis har en verdi over eller under gjennomsnittet (4,3). I kategorien internaliserte problemer inngår pasienter med følgende problemområder (viktigste henvisningsgrunn); hemmet atferd, angst/fobi, tvangstrekk, tristhet/depresjon, autistiske trekk, psykotiske trekk, suicidalfare. Kategorien eksternaliserte problemer omfatter pasienter med atferdsvansker, hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker, rusmiddelmisbruk og asosialitet /kriminalitet mens kategorien "andre problemer" er pasienter med skolefravær, lærevansker, språk/talevansker, syn/hørselsproblemer, spiseproblemer, andre somatiske symptomer, annet og ingen henvisningsgrunn.

Resultatet viser at det er en 70 prosent økt sannsynlighet for at henvisningen inneholder mange av de etterspurte opplysningene (>4) når mer enn en instans er involvert i saken på henvisningstidspunktet ($p=0,03$), og når henvisningen gjelder for barn under 13 år, sammenlignet med henvisninger som gjelder ungdommer ($p=0,01$). Videre finner vi at innholdet i henvisningene fra PP- tjenesten er statistisk signifikant mer utfyllende enn henvisninger som kommer fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten ($p=0,04$), og fra andre instanser ($p=0,02$). Resultatet viser i tillegg at henvisningen inneholder flere aktuelle opplysninger for barn som henvises for eksternaliserte og internaliserte problemer, sammenlignet med de som henvises for annen problematikk ($p=0,013$).

3.1.2.6 Kvaliteten på de beskrivelser og vurderinger gjort av henviser

I spørreskjemaet har vi stilt tre spørsmål vedrørende kvalitet på opplysninger og informasjon som følger henvisningen. Disse spørsmålene er besvart på en liket skala fra 5-1, der 5 =svært god kvalitet og 1=svært dårlig kvalitet. Tabellen under viser fordelingen av skårer på de tre spørsmålene.

Tabell 3.5 Fordeling av svar på spørsmål vedrørende kvalitet på henvisers beskrivelser og vurderinger.

<i>Hvordan er kvaliteten på henvises vurdering av hva BUP kan bidra med i saken? (n=496)</i>				
Svært god	God	Sånn passe	Dårlig	Svært dårlig
10	38	26	17	10
<i>Hvordan er kvaliteten på beskrivelser av tidligere undersøkelser? (n=493)</i>				
Svært god	God	Sånn passe	Dårlig	Svært dårlig
8	30	22	21	19
<i>Hvordan er kvaliteten på beskrivelser av tiltak som er iverksatt? (n=477)</i>				
Svært god	God	Sånn passe	Dårlig	Svært dårlig
5	23	22	27	22

Vi har laget en indikator for kvalitet ved å summere scorer på disse tre spørsmålene, der svaret "svært god" gir skåre 5 og "svært dårlig" gir score 1. Maks score på denne indeksen er 15, og lavets mulige skåre er 3. Gjennomsnittsscoren er 8,7 ($n=461$, $SD=3,1$).

Som i det foregående bruker vi dette samlemålet å undersøke om kvalitet i henvisningsdokumentet varierer med pasientrelaterte faktorer og tjenesterelaterte faktorer. Tabell 3.6 viser gjennomsnittsscore og standardavvik for samlemålet for kvalitet for ulike grupper.

Tabell 3.6 Gjennomsnittsverdi på samlemål for kvalitet i henvisningen for ulike grupper.

Uavhengige variabler	Kvalitet opplysninger		
	n	Mean	SD
Gutt	238	8,7	3,1
Jente	218	8,6	3,0
Pasient alder 0-12 år	237	8,6	3,1
Pasient alder 13-18 år	221	8,8	2,9
Eksternaliserte problem	144	9,1	3,1
Internaliserende problem	200	8,7	2,8
Andre problemområder	86	8,7	3,2
Færre enn to instanser er involvert i saken	326	8,1	3,0
To eller flere instanser er involvert i saken	135	10,0	2,7
Henviser fastlege	255	8,0	3,1
Henviser helsestasjon/ skolehelsetjeneste	61	8,5	2,6
Henviser PP-tjenesten	31	11,1	2,6
Henviser barnevern	54	10,1	2,9
Henviser andre	36	9,7	2,7

Ved bruk av binær logistisk regresjonsanalyse har vi undersøkt om de uavhengige variablene som er presentert i tabellen predikerer kvalitet på de vurderinger og beskrivelser henviser har gjort i forbindelse med henvisningen. Den avhengige variablene i denne analysen er samlescore for kvalitet i beskrivelser og vurderinger dikotomisert (0/1), under og over gjennomsnittet (8,7).

Resultatet viser at sannsynligheten for at henvisningen inneholder vurderinger og beskrivelser som har god kvalitet er statistisk signifikant øket når henvisningen kommer fra barnevernet ($p < 0,001$), og fra PP- tjenesten ($p = 0,004$), sammenlignet med henvisninger som kommer fra fastlegen. Det er også større sannsynlighet for god kvalitet i henvisningsdokumentet når flere instanser er involvert i saken på henvisningstidspunktet ($p < 0.001$).

3.2 Resultater fra intervjuundersøkelsene

I dette delkapitlet utdypes problemstillingene om henvisning fra kommune til BUP ut fra fokusgruppeintervjuene med inntaksteam ved tre BUPer og fagmiljø i tre kommuner. Et viktig aspekt i dette kapitlet er at den skriftlige informasjonen mellom de to nivåene må forstås ut fra et videre samhandlingsperspektiv, hvor samhandlingsprosessene internt i kommunen og mellom de to nivåene formelt og uformelt, påvirker innholdet og kvaliteten på den skriftlige informasjonen.

I første del av kapitlet ser vi på rutineene ved BUP og i kommunen ved henvisningen, for deretter å belyse informantenes synspunkter på innhold og kvalitet i henvisningene, samt mulige forbedringsområder.

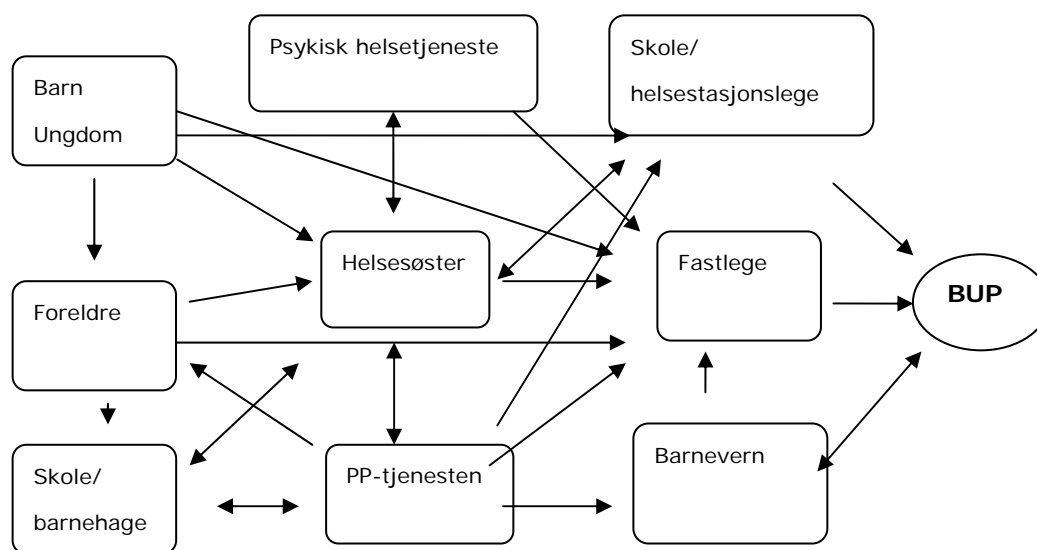
3.2.1 Generelle rutiner og henvisningsprosesser i kommunene

I intervjuene fortalte informanter fra både BUP og kommunene at det ikke var utviklet spesielle formaliserte rutiner for henvisning til BUP utover bruk av henvisningsskjema. I to kommuner var det imidlertid utviklet spesielle rutiner for samordnet henvisning til BUP ved spørsmål om ADHD. Man vurderte nå å overføre disse rutineene til å gjelde også for øvrige henvisninger til BUP. Mangel på formaliserte rutiner gjorde at henvisningsprosessene ble påvirket av det interne tverrfaglige samarbeidet i kommunen generelt, samt av utformingen av samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og BUP.

Henvisningsprosessen og henvisningstiden varierte fra sak til sak avhengig av den enkelte problemstilling. Ved saker som var nyoppstått, klart relatert til psykiatriske problemstillinger, og/eller av akutt karakter, kunne henvisningstiden være forholdsvis kort. Mange saker var imidlertid langvarige og sammensatte, og gjerne godt kjent i kommunen før henvisningen. I flere tilfeller, særlig ved alvorlige og sammensatte problemstillinger, var henvisningen et resultat av lengre tids arbeid med saken i kommunen. Det kunne da gå lang tid fra saken oppsto, til den ble sendt til BUP. I denne fasen pågikk vanligvis tiltak i regi av de kommunale tjenestene. Informantene fortalte også at de kunne arbeide med saken i tiden hvor barnet og familien gikk til behandling ved BUP. Tilbudet i kommunen og ved BUP var dermed ikke alltid atskilte prosesser, men kunne foreløpe parallelt i tid.

Informantene fortalte om flere ulike henvisningsprosesser internt i kommunen, avhengig av kommunen størrelse og grad av interne samarbeid. De ulike henvisningsprosessene er noe forenklet presentert i figur 3.8.

Figur 3.8 Ulike henvisningsveier til BUP



De rette pilene viser direkte henvisningsveier. De mest vanlige samarbeidsrelasjonene er markert ved doble piler.

Figuren viser aktører som er involvert i henvisningsprosessen, og at det kan være ulikt samarbeid mellom disse før fastlegen eller barnevernleder henviser til BUP. Dette mønsteret fører til flytende overganger mellom den uformelle henviser eller "bakmann", og den formelle henviser.

Prosessene før den formelle henvisningen fra lege eller barnevern kunne være noe forskjellige. Barnet eller ungdommen kunne selv oppsøke helsesøster, skolelege eller fastlege. Det kunne også forekomme at foreldrene tok direkte kontakt med fastlege. I slike

tilfeller kunne problemene være ukjente for de øvrige tjenestene. Det mest vanlige var imidlertid at foreldrene og barna hadde både formell og uformell kontakt med de ulike tjenestene over tid, før henvisning blir vurdert. Både helsesøster, PP- tjenesten og barnevernet fortalte at de kunne be foreldrene henvende seg direkte til fastlegen for henvisning til BUP. De kunne eventuelt bistå i henvisningsprosessen ved å fylle ut skriv som foreldrene tok med til fastlegen. I slike situasjoner kom henvisningen i stand mellom foreldre og fastlegen, selv om de øvrige tjenestene hadde vært involvert i saken på forhånd. I mange situasjoner forsøkte de kommunale deltjenestene å få til et tverrfaglig samarbeid før henvisning av en sammensatt sak. Dette samarbeidet var også ofte ønsket av foreldrene. Flere kommuner fortalte samtidig at det kunne være situasjoner hvor foreldrene ikke ønsket å trekke andre tjenester, særlig barnevern, inn i saken. Hensynet til foreldrenes ønsker kunne dermed være en årsak til at andre tjenester i kommunen ikke ble involvert i henvisningsprosessen.

Henvisningsprosessene, og antall involverte tjenester, varierte mellom de ulike sakene. I noen saker tok henvisningen form som en rettlinjet lineær prosess (som for eksempel når ungdom henvender seg til helsesøster eller direkte til fastlege). I andre saker var flere ulike aktører involvert før barnet ble henvist. Beslutningen om å henvise til BUP kunne også fattes i tverrfaglige ansvarsgrupper (hvor evt. barnevern og BUP deltok), for deretter å følge formelle henvisningsveier.

Henvisningsprosessene varierte også med barnets alder. Informanter fra BUP og kommuner fortalte at små barn under ti år relativt sjelden ble henvist til BUP. De antok at dette hadde sammenheng med at de kommunale tjenestene hadde en mindre utviklet praksis for å fange opp de yngste barna. Det ble i denne sammenheng påpekt at det er vanskeligere å identifisere psykiske lidelser hos små barn enn hos ungdommer. Når det angikk små barn var også gjerne flere aktører involvert, og henvisningsprosessen mer kompleks og langvarig enn for ungdom. Fra BUP sin side ble det ikke stilt like mange krav om at ulike tester skulle være gjennomført på forhånd når det gjaldt ungdom. Dessuten trengte foreldre i mindre grad å være involvert. Henvisningstiden for ungdommer kunne derfor være kortere enn for små barn. I tillegg var det ved noen videregående skoler etablert samarbeidsformer og avtaler mellom PP-tjenesten, helsesøster og skolelege i forhold til håndtering av ungdommer med psykiske problemer. Disse rutineene bidro til å forenkle og fremskynde henvisningen for denne aldersgruppen.

3.2.2 De ulike tjenestenes rolle og praksis i forbindelse med henvisningsprosessen

FASTLEGENE

Figur 3.8 viser noen ulike former for henvisningsveier i kommunene. Informanter fra alle BUPer og kommuner oppga at legene var de viktigste formelle henviserne. I flere tidligere undersøkelser er det oppgitt at fastlegenes engasjement i forhold til barn og unge varierer sterkt, og at de i mange tilfelle kan være forholdsvis lite aktive (Norvoll et al., 2006, Andersson, 2006; Andersson & Tingvold, 2005). På samme vis fortalte både BUP og fagpersoner fra kommunene at fastlegenes engasjement i forhold til barn og unge varierte.

Informantene mente at henvisningen fra fastlegene kunne være en ren formalitet. Noen ganger hadde ikke fastlegen sett familien eller barnet før henvisning. Det ble imidlertid i flere kommuner oppgitt at fastlegen ofte ønsket en samtale med foreldrene og barnet, blant annet for å innhente opplysninger om barnets helse og for å høre familiens synspunkter. Fastlegene opplevde, i likhet med BUP, at foreldrene kunne ha andre eller supplerende synspunkter i saken.

Et viktig argument for at legene skal ha henvisningsrett til BUP er den medisinske undersøkelsen for å utelukke at somatisk sykdom som årsak til problemene (Helsetilsynet,

2003). På spørsmål om rutine for medisinsk utredning, fortalte alle at behovet for dette varierende med den enkelte sak og problemstilling. Det ble fremholdt at fastlegens undersøkelse og vurdering var spesielt viktig ved spiseforstyrrelser og depresjon, samt ved mistanke om syns- og hørselsproblemer eller utviklingsforstyrrelser. Det var vanlig at barn oppga "magesmerter". I slike situasjoner kunne det være ønskelig med en medisinsk vurdering av lege. Når det gjaldt små barn med sammensatte problemer, kunne det i tillegg være nødvendig med utredning fra barneklubben.

Legene i intervjuene fortalte at det ikke var vanlig med en omfattende somatisk utredning i forbindelse med henvisningen, dersom det ikke var forhold i saken som tilsa dette. Fastlegene ville vanligvis gjøre en "vanlig sjekk" gjennom blodprøver og evt. CT, samt henvise til en spesialist, som for eksempel øyelege. En fastlege mente også at det var vanskelig å finne noe spesielt gjennom blodprøver: "Du finner veldig sjelden noe på dem." Hun viste samtidig til en episode hvor angsten hadde skyldtes en uoppgitt nyresvikt. Det viktigste formålet med den medisinske undersøkelsen var å "utelukke". Både fastlegen og de øvrige informantene fremholdt at betydningen av den somatiske utredningen ikke nødvendigvis var tilstanden per i dag, men opplysningene om somatiske forhold og helserelaterte problemstillinger fra barnets fødsel. Fastlegen har ofte kontakt med familien over lengre tid. Dette gjør at de har opplysninger om tidligere hendelser og sykdom i familien. De kunne dermed gi viktig og nyttig informasjon i saken. I tillegg kunne de bidra i vurderingen av medisinerings.

I intervjuene tok informantene opp spørsmålet om hvilken legetjeneste som bør ivareta den medisinske funksjonen ved henvisningsprosessene. I noen kommuner benyttet man som tidligere nevnt ofte skolelegen eller helsestasjonslegen. Disse arbeidet ofte nærmere helsesøster og de andre aktørene i skolen. Det kunne lette henvisningsprosessene dersom man kunne "holde henvisningen innenfor det samarbeidet som er etablert rundt ungen". På grunn av dette hadde man i to kommuner i økende grad valgt å benytte skolelegene i stedet for fastlegene. Informanter ved BUP, og en fastlege som også arbeidet som skolelege, mente imidlertid at henvisningen burde gå via fastlegene, for å sikre en bedre oppfølging, og bedre kontinuitet. Fastlegen burde sitte på alle helseopplysningene. Hun mente også at det var vanskeligere for en skolelege å etablere tilstrekkelig kontakt med barnet. Mange saker som ble sendt til skolelegen burde derfor heller blitt henvist til fastlegen. Fastlegen hadde mer langvarige opplysninger om barnet og familien, og om forhold som kan ha betydning for barnets psykiske helse og atferd. Fastlegen mente derfor at det heller var viktigere å "trekke fastlegen mer inn og kanskje ansvarliggjøre dem", enn å benytte skolelegen.

I intervjuene med det kommunale fagmiljøet ble det oppgitt at fastlegene kunne ha en viktig støttefunksjon. De mente også at et godt samarbeid med fastlegene hevet kvaliteten på henvisningen. De øvrige tjenestene i kommunen savnet derfor en mer aktiv deltakelse fra fastlegen, som en diskusjonspartner i vurderingene.

Ved alle steder mente man imidlertid at fastlegen kun "unntaksvis" hadde en mer omfattende og aktiv rolle i utredningen av barnet. De ble også opplevd som mindre sentrale i henvisningsprosessene utenom de formelle underskriftene. "Legedelen er kun en del av det andre". De kommunale deltjenestene oppga noe ulike svar på spørsmålet om hvorfor fastlegene gjerne hadde en perifer og uformell rolle i henvisningsprosessen. For det første mente flere at dette var et naturlig resultat av at fastlegene ikke er fysisk tilstede der barn og unge befinner seg: "Barn og unge er i barnehage og skole, hvor andre tjenester, som for eksempel helsesøster og PP-tjenesten, oftere er fysisk tilstede".

En annen årsak som ble fremholdt av legene var at barn og unge i forholdsvis liten grad oppsøkte legekantoret, og at de kun utgjorde en liten andel av fastlegenes totale virksomhet.

Barn og unge er de som tross alt ligger litt på utsiden. Som fastlege har du ofte liten kontakt med dem, ofte blir de henvist fra helt andre plasser. Der jeg får henvisningene fra er fra PP-

tjenesten eller fra skolen. Det er veldig få foreldre som kommer og henviser ungene sine på egen grunn.

Mange barn og unge som ikke hadde somatiske problemer ble ofte ivaretatt av andre tjenester. Det var også forholdsvis sjelden at barn og unge oppsøkte fastlegen på egen hånd for psykiske plager. Selv om foreldre kunne oppsøke fastlegen, hadde de oftere kontakt med helsesøster, barnevern eller PP- tjenesten på forhånd.

Legene som deltok i intervjuene fortalte at deres engasjement i henvisningsprosessen kunne ha en sammenheng med en faglig skjønnsvurdering. Dersom andre tjenester var dypt involvert i saken, og den virket "klar", definerte fastlegen sin rolle i hovedsak som formell henviser. I andre saker ville fastlegen være mer aktivt involvert. De øvrige tjenestene mente at fastlegenes vanlige arbeidsform også kunne være en barriere for et mer aktivt engasjement eller informasjonsarbeid. Det kan for eksempel være vanskelig for ungdom å snakke om sine problemer på 15 minutter inne på et legekantor. Fastlegenes arbeidsmåte, med kortvarige konsultasjoner og ofte dårlig tid, førte også til at de i mindre grad satte seg inn sakene og undersøkte om andre tiltak var iverksatt.

En annen årsak som ble oppgitt fra de andre tjenestene var at legene ofte ikke hadde kunnskap om "BUP-systemet". En kommunelege mente også at legene ofte føler at de har spesielt lite kompetanse om barn og unge psykisk helse. Dette gjør at de er mer avhengig av initiativ fra BUP enn fra spesialisthelsetjenesten og voksenpsykiatrien forøvrig.

De øvrige tjenestene mente at legene i for liten grad var opplært til tverrfaglig samarbeid. De deltok sjeldnere i det tverrfaglige samarbeidet, og unnlot ofte å hente inn de andre aktørenes vurderinger før henvisningen. Flere informanter fortalte at de hadde "gitt opp" å spørre fastlegene om å delta i samarbeidet. Fastlegen i en kommune mente på sin side at de sjeldent ble forespurt om å delta i det tverrfaglige arbeidet i forhold til barn og unge med psykiske vansker. En kommunelege fortalte også at retur av henvisninger fra BUP, og forespørsler om innhenting av ytterligere opplysninger, hadde ført til at fastlegene nå oftere sendte saker til andre tjenester i kommunen før henvisning. Fastlegene hadde derigjennom blitt noe flinkere til å inkludere det tverrfaglige samarbeidet rundt saken.

SKOLELEGEN

Siden barnet og ungdommens problemer ofte ble fanget opp i hverdagslige sammenhenger, var tjenester i relasjon til helsestasjon, skole og skolehelsetjenesten sentrale for henvisningsprosessen. Dette førte til at tjenestene kunne velge å benytte skolelegene eller legene ved helsestasjonene som henvisende instans. Som beskrevet i et intervju:

Person 1: BUP ber oss jo henvise barn via fastlegen, fastlegesystemet. *Person 2:* Og fastlegen bruker jo skjemaet som er fastsatt. Hos oss tror jeg også skolelegene tar en del henvisninger. Det er nok det som er litt spesielt hos oss, at av og til avlaster skolelegen hvis han/hun kjenner barnet bedre enn fastlegen, og tar seg av henvisningen. *Person 3:* Det gjelder for så vidt helsestasjonstjenesten også. Og det gjelder vel fortrinnsvis de familier hvor vi i helsestasjon/skolehelsetjenesten tenker at dette er en oppgave som blir for stor for familien. (...) Men så sant familien er i stand til det, så henvises de til fastlege, også går det videre den veien.

De kommunale instansene kunne dermed skifte mellom å benytte fastlege, skolelege og helsestasjonslege som den formelle henviser.

BARNEVERNET

I intervjuene fortalte barnevernet at de ofte ble involvert etter at andre instanser hadde vært inne i saken. De ble også ofte involvert av BUP, som kunne ta initiativ til samarbeid med barnevernet som resultat av en behandlingsprosess. Barnevernet var dermed ofte mer involvert i sakene enn det som fremkom i antall henvisninger fra barnevernet. I to kommuner hvor det var tett samarbeid mellom barnevern og de øvrige tjenestene, ble barnevernet hyppigere benyttet som henvisende instans.

Barnevernet i de tre kommunene fortalte at de forholdsvis sjelden benyttet henvisningsretten. I den ene kommunen fortalte leder for barnevernet at de kun hadde henvist en gang hittil dette året. I en annen mellomstor kommune anslo man antall henvisninger til BUP til 15 – 30 henvisninger per år.

Det var vanskelig for barnevernet å anslå henvisningstiden, fordi den ofte inngikk i et lengre arbeid med saken.

Intervjuer: Skulle du si noe videre om hvor lang tid det tar? *Person fra barnevernet:* Det synes jeg er et vanskelig spørsmål. Fra vår side så kan jo det være at det rett og slett er en del av konklusjonen i en undersøkelsessak, og den konklusjonen skal jo være klar etter 3 måneder. Hvor vi henviser til BUP kanskje allerede mens undersøkelsen pågår, og vi konkluderer med andre tiltak i tillegg til det. Hvis vi bare konkluderte med henvisning til BUP så ville vi jo be om at det skjedde gjennom fastlegen, og i det hele tatt så gjør vi jo det også. Vi ønsker ikke å umyndiggjøre foreldrene. Så hvis vi vet at fastlegen kjenner barnet, og kjenner litt til problematikken, så oppfordrer vi jo til det. Men så har vi jo omsorgen for unger da, så det kan jo være unger vi har hatt omsorgen for i 10 år, som vi finner ut at vi må henvise. Så den tidsbruken går det ikke an å gi noe generelt svar på tror jeg.

Henvisningen fra barnevernet varierte dermed også med det enkelte barn og med problemstillingene.

Barnevernets rutiner og praksis i tilknytning til henvisningsprosessene varierte mellom kommunene. Som det fremgår av sitatet over var det i flere kommuner vanlig praksis at barnevernet ba foreldrene om å gå til fastlegen for å få henvisning til BUP. En barnevernsleder fremholdt at de "aldri henviser alene, men alltid ber legen om å henvise for å få tatt helsesjekken". Denne praksis ble også begrunnet med ønsket om å ikke å umyndiggjøre foreldrene.

Barnevernet i de ulike kommunene hadde noe ulike samarbeid med de andre tjenestene i kommunene. I to av de tre kommunene, hadde barnevernet liten kontakt med de øvrige tjenestene når de henviste saker til BUP. Som det fremgår av Figur 3.8, hadde barnevernet mest samarbeid med BUP og PP-tjenesten, og minst samarbeid med helsetjenesten. I de kommuner hvor barnevernet var samorganisert og samlokalisert med PP- tjenesten i en felles enhet var samarbeidet tettest.

Til tross for variasjon var det forholdsvis sjeldent at barnevernet innhentet opplysninger fra andre instanser i kommunen før henvisningen. Dette har sannsynlig sammenheng med de tradisjonelle institusjonsstrukturene. Barnevernet fortalte at opplysninger fra andre tjenester som var involvert i saken gjerne ble innhentet i forbindelse med tverrfaglige "nettverksmøter" eller ansvarsgruppemøter.

Det kan jo være situasjoner hvor samarbeidspartnere kommer med råd eller føringer frem mot en BUP henvisning, og sier "vi har ikke henvisningsrett, men dere har." Da ligger det jo et tverrfaglig samarbeid bak. Vi jobber jo mye i ansvarsgrupper og sånn, så det kan være konklusjoner som er fattet på et bredere grunnlag enn bare hos oss ja. Jeg tror jeg må si det.

Det kunne derfor ligge bredere tverrfaglig samarbeid bak henvisningene. Dersom barnevernet hadde uttalelser fra andre tjenester ble dette sendt med henvisningen som vedlegg.

HELSESØSTER

Helsesøster på helsestasjoner og på skolene var ofte viktige aktører i henvisningsprosessen. I forbindelse med henvisning til BUP kunne helsesøstrene veksle mellom å gå via fastlege, skole - eller helsestasjonslege eller PP-tjenesten, ettersom hva som virket mest formålstjenelig i den enkelte sak.

Årsakene til at helsesøster var sentral i henvisningsprosessen skyldtes for det første at de ofte samarbeidet nært med skole- og helsestasjonslegen. Helsesøster hadde også ofte kontakt med barnet eller ungdommen over lang tid, og kunne være mer ufarlig å oppsøke enn andre tjenester. Kontinuiteten i helsestasjonsvirksomheten førte også til at helsesøstre hadde opplysninger om barnets utvikling fra spedbarnstadiet. De hadde også viktige opplysninger forhold i barnets familie og omgivelser, som for eksempel samlivsproblemer, rusproblemer eller psykisk sykdom i familien. Helsesøsters opplysninger, som var nedfelt på helsekortet, var derfor viktige for BUP. Disse opplysningene kunne bidra til å gi utfyllende opplysninger i den helhetlige faglige vurderingen av barnets problemer. Helsesøstre deltok også ofte i det tverrfaglige arbeidet med andre tjenester.

På grunn av helsesøstrenes sentrale betydning i forbindelse med henvisningen fremholdt mange av informantene at hun burde bli mer utnyttet enn de var i dag. Det ble samtidig oppgitt at helsesøsters arbeid i forhold til psykiske lidelser varierte fra kommune til kommune. I likhet med hva man finner i øvrige studier av helsesøstre (Andersson, & Ose, 2006; Andersson & Tingvold, 2005; Andersson, Røhme & Hatling, 2005) kunne helsesøstrenes rolle i henvisningsprosessen variere med organisering, samt med helsesøstres kompetanse og engasjement i forhold til psykiske lidelser. I likehet med fastlegene, kunne Helsesøstrenes generalistfunksjon og brede ansvarsområde gi manglende kapasitet til å delta mer aktivt i henvisning av barn og unge til BUP.

I kommune A fortalte informantene at helsesøster ofte var delaktig i henvisninger dersom skolelegen eller helsestasjonslegen var henvisende lege, og at hun samarbeidet tett med legen i saken. Dersom familien selv gikk til fastlegen, var imidlertid helsesøstrene lite involverte. Dersom helsesøster deltok ville hun ofte lage et notat med relevante opplysninger fra barnets helsekort. Det kunne også bli sendt med et eget notat fra helsesøster ved henvisningen fra skolelegen, eller evt. sendt med foreldrene til fastlegen dersom man opplevde at familien trengte hjelp i henvisningsprosessen. Helsesøster kunne i tillegg være involvert i henvisningen gjennom samarbeidet med skolen, PP-tjenesten og deltakelse i ansvarsgruppene. Helsesøster var da "behjelpelig med å få legeunderskrift om de barna de samarbeider om." Helsesøstrene fortalte imidlertid at de ikke alltid var informert om henvisninger som ble sendt fra PP-tjenesten.

PP-TJENESTEN

Gjennom intervjuene fremsto PP- tjenesten som en av de viktigste og mest sentrale (uformelle) henvisere til BUP. PP- tjenestens sentrale rolle skyldes at de ofte var inne i saken i forhold til skolen. PP-tjenesten hadde dermed ofte et stort "eie-forhold" til henvisningsprosessen.

Ventetiden til PP-tjenesten var noe forskjellig mellom kommunene. Den kunne imidlertid ofte være flere måneder. I en kommune var det etablert rutine for at saken skulle innom PP-tjenesten før henvisning. Ulempen ved en slik praksis var nettopp den lange ventetiden ved PP-tjenesten, som bidro til å forlenge den totale ventetiden for adekvat behandling. Det

samme momentet ble fremholdt av barnevernet. PP- tjenesten kunne slik utgjøre en flaskehals i henvisningsprosessen.

PP-tjenesten gjorde selvstendige utredninger av barnet, og kunne gi viktige bidrag i forhold til å vurdere nødvendige tiltak i skole og hverdag. Dersom andelen ansatte psykologer ved PP-tjenesten var høy, ble også vurderingene gjerne overlappende i forhold til BUP. I intervjuene ble det fremholdt at BUP i økende grad brukte vurderingene fra PP-tjenesten. Noen fremhevet også at PP- tjenesten ofte kunne gjøre utredningsarbeidet lettere for BUP - " Vi kan gjøre mye av den rutinebiten som BUP ellers ville tatt (,,,) Vi blir også viktig etterpå fordi vi kan jo skole og barnehage, Vi er der fast."

Noen mente derfor at PP-tjenesten i for liten grad ble involvert av BUP, og at man hvilte for mye på at BUP skulle iverksette tiltakene. De mente også at PP-tjenesten i mange tilfeller kunne bidra med å avlaste BUP i gjennomføring av enkelte vurderinger. Et eksempel som ble nevnt i denne sammenheng var press overfor BUP, fra barnehage eller skole, om at barn skal få diagnosen AD/HD. I slike saker kunne PP- tjenesten bistå med grundige utredninger, samt evt. iverksetting av nødvendige lokale tiltak.

Gjennom intervjuene ble gråsonene mellom BUP og PP- tjenesten tydelige. Informantene fremholdt også at det er et paradoks at PP- tjenesten, som er så sentral for BUP sin virkemåte, er såpass usynlig hos helsemyndighetene, for eksempel i dokumentene om opptrappingsplanen.

Flere informanter fra PP- tjenesten fortalte også at dagens henvisningsrutiner kunne føre til at de "mistet saken" når den var henvist videre til fastlege og BUP, som en beskriver:

Person fra PP-tjenesten: Jeg opplever at når jeg har utredet en sak ferdig, og hatt tilbakemeldingsmøte med skolen og sagt til foreldrene at de bør henvises til BUP, så mister jeg saken litt. Jeg vet ikke om de gjør det. Kanskje de ønsker å vente litt, eller kanskje de ikke synes det er så nødvendig eller kanskje det er opp til fastlegen å vurdere. Så da blir det litt uklart for meg hva som skjer videre i den prosessen. *Intervjuer:* Så det er ikke sånn at du kan ta uformell kontakt med fastlegen altså? *Person fra PP-tjenesten:* Vi har vel gjort det for å.. Jeg har hvertfall en eller to ganger, så har jeg spurt foreldrene om det er greit at jeg gjør det. Jeg har tenkt at de kanskje trenger litt hjelp. (...) Så når jeg har følt at de trenger litt hjelp på veien, så har jeg ringt til fastlegen og sagt at disse kommer antageligvis til å ta kontakt for det og det. Men likevel så vet ikke jeg om de blir henvist.

Henvisningsrutinene kunne føre til at PP-tjenesten mistet kontinuiteten med saken, til den eventuelt kom tilbake til PP- tjenesten på BUP sitt initiativ.

Ved helsestasjon og i skolen kunne barnet, i samråd med foreldre, ofte bli henvist til både BUP og til PP- tjenesten, dersom dette fremsto som relevant. Gjennom denne kontakten ble PP-tjenesten ofte involvert for å gjøre en vurdering, og var ofte den instans som konkluderte i forhold til om det var grunnlag for en henvisning til BUP. PP-tjenesten ble også sentral fordi barnehagepersonell og lærere i skolen var viktige initiativtakere til henvisning. Dersom barnet eller ungdommen hadde problemer, kunne dette bli oppdaget av lærerne, som vanligvis først henvendte seg til PP-tjenesten. Lærerne kunne på en slik måte være sentrale "bakmenn" for henvisning, gjennom PP- tjenesten.

Det var noe variasjon i PP- tjenestens bruk av formelle henvisningsinstanser. Som tidligere nevnt fortalte noen informanter at PP-tjenesten ba foreldre kontakte fastlegen for å få en henvisning. Det ble samtidig oppgitt at BUP i slike tilfeller kunne returnere saken fordi de ønsket en nærmere utredning fra PP- tjeneste. Dette har gjort at forespørsler om henvisning til BUP nå vanligvis gikk via PP- tjenesten.

En slik praksis fra BUP var forståelig, men representerte også et dilemma for de kommunale tjenestene fordi PP- tjenesten gjerne hadde lang ventetid. I andre kommuner var det

etablert rutiner på skolene som førte til at PP- tjenesten benyttet skolelegen fremfor fastlegen, fordi skolelegen var nærmere de øvrige tjenestene, og mer tilgjengelig enn fastlegen. I Kommune -C benyttet PP-tjenesten (og andre tjenester) også barnevernet i større grad enn fastlegene i henvisningsprosessene.

PSYKISK HELSETJENESTE

I intervjuene deltok en kommune som hadde opprettet en egen "psykiatrisk helsetjeneste". Tjenesten hadde primært ansvar for voksne. Informanten mente imidlertid at tjenesten representerte en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge. I likhet med PP- tjenesten mente representanten fra tjenesten at helsemyndighetene ofte underkjente tjenestens viktige behandlingsmessige betydning, også i samarbeid med BUP. Tjenesten var ofte viktig som første kontakt for ungdom, spesielt de med sammensatte problemer.

LAVTERSKELTILBUD: UNGDOMSKONTAKTEN

I tråd med det som fremkom i en tidligere studie av lavterskeltilbud til barn og unge med psykiske vansker (Norvoll et al., 2006), fremholdt også den ansvarlige for samordningstiltak og lavterskeltilbud i en kommune at man i større grad enn vanlig burde involvere ungdomskontakten i utredningsarbeidet ved henvisning. Ungdomskontakten er ofte den som ser ungdommen i mange ulike sosiale situasjoner, og kan derfor ha mye informasjon som kan være relevant for BUP.

3.2.3 Rutiner og arbeidsformer ved BUP i forbindelse med henvisning

Inntaksteamene ved de tre BUPene som ble intervjuet hadde i stor grad samme arbeidsformer, selv om stillingsbetegnelsene og rutinene kunne være litt forskjellige. Den vanligste henvisningsformen til BUP var den skriftlige henvisningen. Øyeblikkelig- hjelp henvendelser kunne komme per telefon. Ved alle tre BUPer, og i de tre kommunene, var det etablert rutiner som skulle veilede foreldre og de kommunale tjenestene i forbindelse med henvisningsprosessen. Det var for eksempel etablert egne telefontider hvor samarbeidende instanser og foreldre kunne henvende seg for spørsmål. Som vi skal komme tilbake til, var også konsultasjonsmøtene med BUP, og ansvarsgruppene i kommunen hvor BUP deltok, viktige fora som påvirket henvisningsprosessene.

En sentral arbeidsform i tilknytning til henvisningspraksis var det ukentlige inntaksmøte. Før saken ble behandlet i inntaksmøtet hadde inntakskonsulent (alternativt inntakssekretær eller inntaksleder) en viktig funksjon. Inntakskonsulent mottok henvisningen fra kommunen. Saken ble stemplet med dagens dato og hastegrad vurdert, blant annet i forhold til selvmordsfare. Inntakskonsulenten hadde også ansvar for å forberede saken så godt som mulig før inntaksmøtet, ved å innhente supplerende opplysninger, evt. mangelfulle opplysninger. På inntaksmøtet vurderte BUP om vedkommende skulle tas inn ved BUP, eller hvilket annet tilbud som eventuelt ville passe best. I tillegg ble grad av hast og saksbehandlingstid vurdert. Det ble så gitt tilbakemelding til henviser om forventet saksbehandlingstid.

Ved alle BUPene oppga man at ventetiden kunne variere avhengig av problemstillingene. Saken kunne bli behandlet raskt. Det var samtidig også saker hvor ventetiden var opp til et halvt år. Ved to BUPer hadde man utarbeidet egne prioriteringskriterier som var basert på de nasjonale prioriteringskriteriene. Disse skulle kvalitetssikre prioriteringene og vurderingen av ventetiden. I tillegg baserte BUP vurderingen om inntak og ventetid på lokal kompetanse om familien, samt foreliggende opplysningene som fulgte henvisningsskjema med tilhørende vedlegg.

3.2.4 Innhold og kvalitet i henvisningene fra kommunale instanser

I intervjuene med BUP fremkom store likheter i vurderingene av kvaliteten på henvisningene, samt enighet om innenfor hvilke områder det vanligvis forelå mangelfulle opplysninger.

Informantene, både fra BUP og kommunene, mente at innhold og kvalitet på henvisningsdokumentene, samt utfyllingen av henvisningsskjemaet, varierte fra godt utfyllt til sterkt mangelfulle. Det vanligste var at første side på henvisningsskjema var forholdsvis godt utfyllt, men at man manglet tilstrekkelige opplysninger på side to. Inntaksteamene ved de tre BUPene fortalte at det var et problem med mangelfulle opplysninger ved henvisninger som kom fra de kommunale instansene:

Jeg vil nesten si at det er fåtallet av sakene hvor det er sånn greit. Det er ofte et vedtak om at denne skal vi undersøke mer på, fordi vi får noen opplysninger som gjør at vi regner med at dette er en sak for oss, men vi har ikke fått nok opplysninger fra førstelinjen. Så det er mye arbeid i ettertid på mange henvisningene for å få inn det som vi trenger.

Fagmiljøene i kommunen fortalte også at de kunne få henvendelser fra BUP om å fremskaffe flere opplysninger i saken. Dette syntes å være en utbredt praksis ved de seks stedene som ble intervjuet.

BUP fortalte at den mangelfulle utfyllingen av henvisningsskjema kunne dreie seg om helt basale opplysninger, som foreldrenes eller barnets navn, adresse og telefonnummer. Det kunne også være et problem at man ikke hadde påført hvilke instanser som var inne i saken fra før. I tillegg kunne det være manglende avkrysning av behovet for tolk.

Det var også et vanlig problem at de kommunale tjenestene ikke husket å innhente begge foreldrenes samtykke i saken. Det forelå også ofte mangelfulle opplysninger om hvorvidt familien var informert, hvem som hadde foreldreansvar, og pasientens eller foreldrenes synspunkter og motivasjon for behandlingen. Som beskrevet ved BUP-B:

Og så er vi interessert i foreldre og pasientens motivasjon, hva de ønsker. Noen ganger så kan det jo være en annen instans som synes dette er veldig viktig, og så synes ikke familien det. Det opplever vi en del av, og det er jo en veldig dårlig start for oss. Det er jo på en måte uriktig å henvise noen som ikke ønsker det.

De mangelfulle opplysningene kunne skyldes at familien ikke var inneforstått med henvisningen i tilstrekkelig grad. Dette kunne gi samarbeidsproblemer, særlig i forhold til svakt fungerende familier. I tillegg fikk familien for lite "eie-forhold" til henvisningen:

Men et annet viktig poeng som vi opplever alt for ofte er at familien ikke eier henvisningen selv. Det har gått alt for fort for de. De har ikke helt.. Og særlig hvis det er sammensatt problematikk, at henvisende instans ikke har fortalt familien hva og hvorfor, og så sitter de her som spørsmålstejn.

MANGELFULLE OPPLYSNINGER FORSINKER IGANGSETTING AV ADEKVAT BEHANDLING

De mangelfulle opplysningene førte til at BUP ofte måtte gå aktivt ut for å innhente opplysninger i saken. BUP kunne også bruke mye tid på å innhente samtykke fra de ulike instansene og foreldrene. Som inntaksleder fortalte: "Og hvis vi bare skriver tilbake så tar

det ofte lenger tid, så vi må aktivt innhente opplysninger når vi ser at dette er en unge som trenger hjelp." De mangelfulle opplysningene førte dermed til at det gikk med mye tid til å innhente flere opplysninger fra de ulike tjenestene i kommunen, slik at de kunne gjøre en vurdering.

Mangelfulle opplysninger kunne også bidra til økt ventetid for behandling: "Og skriver du et brev til en lege så kan det jo ta tid. Da kan det ta ganske lang tid fra du oppdager at dette er for dårlig dokumentert, til de nødvendige opplysningene foreligger". I tillegg kunne ventetiden bli forlenget dersom de kommunale deltjenestene ikke hadde samordnet opplysningene tilstrekkelig seg imellom.

Person 1: Hvis vi vil unngå en flaskehals, i forhold til effektivitet, det er hvis henvisende lege eller henvisende instans gjør en skikkelig jobb med å kartlegge hvilke instanser som er inne i saken, og hva de har gjort. Så får vi en henvisning. PP-tjenesten, barnevernet og lignende, hvis de samarbeider godt i en kommune, og vi får det, så går det mye raskere. Ellers så må vi sitte og ringe på kryss og tvers, og be om tillatelse og alt dette her. *Person 2:* Vi driver jo nærmest med puslespill, det er det vi gjør, med bakgrunn i en papirhenvisning. Og sånn som det er nå, så ser vi at vi må bruke enda mer ressurser for å få mer opplysninger. Så det som vi jobber kontinuerlig med nå det er å få sekretærhjelp til teamene (...) For det er en erfaring, at det er ikke der. Og de begynner å lete, og da må de behandlerne sitte og ringe. *Person 3:* Som teamleder ringer jeg ganske mye rundt for å undersøke hvor papirene er, og om de har kommet. Etterspør.

KVALITET VARIERER MED HVEM SOM ER HENVISER

Kvaliteten på fastlegens utfylling av henvisningsskjemaet varierte sterkt. Legehenviisningene kunne ofte være ganske korte, med få opplysninger om familien. Noen fastleger utmerket seg imidlertid ved å ha gode utfyllende opplysninger ved henvisningene. Fastlegene benyttet som vanligvis det standardiserte henvisningsskjemaet. Det forekom imidlertid stadig at dette ikke ble brukt. Noen opplevde også at det kunne være vanskelig å få fastlegen til å bruke skjemaet, som en informant ved BUP forteller: "Vi synes at skjemaet er godt og vi ønsker det brukt, og vi har måttet kjempe med leger for at de skal bruke det."

De fleste mente at kvaliteten på henvisningene fra helsesøstre kunne være gode, fordi de inneholdt bredere opplysninger enn det fastlegen skrev, og fordi de ofte hadde mer kunnskap om barnet og det som skjedde rundt barnet. Helsesøster hadde også gjerne gjort et godt grunnarbeid, noe som gjerne gjenspeilte seg i vedleggene til henvisningen. "De gjør en veldig god jobb rundt omkring synes jeg. Jeg er veldig glad når en helsesøster har vært inne liksom, i tillegg til en legehenviisning, for da får vi noen opplysninger. "

Barnevernets henvisninger ble ikke oppgitt som mer mangelfulle enn fastlegens, og de kunne også bli beskrevet av BUP som bedre og fyldigere enn de BUP mottok fra fastlegene. Dette skyldtes at barnevernet gjerne hadde mer omfattende opplysninger og vurderinger om barnet og familiens problemer og situasjon. I mange saker var disse opplysningene viktigere enn medisinske opplysninger. I noen kommuner var barnevernet også organisert sammen med PP-tjenesten og skolehelsetjenesten. Dette bidro til mer samordnede og brede opplysninger. I de tilfeller hvor PP-tjenesten var involvert i saken, ble henvisningsskrivene oppgitt som gode og fyldige.

I intervjuene ble kvaliteten på henvisningene ofte relatert til tre aspekter som vil bli utdypet i de neste punktene: 1) Om henvisningen var nødvendig og sendt til rette instans, 2) Om henvisningen inneholdt tilstrekkelige og relevante opplysninger og 3) For lite helhetlige og koordinerte opplysninger fra de kommunale tjenestene.

UNØDVENDIGE HENVISNINGER

Et viktig aspekt ved kvaliteten på henvisningene som ble fremholdt av informantene, var om henvisningen var nødvendig og falt innunder BUP sitt arbeidsområde. Dette gjenspeilte seg også i inntaksteamets arbeid (jfr. pkt.). Unødvendige henvisninger kunne gi økte kapasitetsproblemer for BUP. Det at rett hjelpeinstans ikke kom inn i saken fra første stund kunne også redusere kvaliteten på oppfølgingen av barnet og familien.

BUP mente at en årsak til den unødvendige henvisningen kunne være at de kommunale tjenestene hadde gjort for dårlig utredningsarbeid før de henviste til BUP. En annen viktig årsak som fremkom indirekte i diskusjonen om unødvendige henvisninger, var de ulike gråsonene mellom første - og andrelinjetjenesten, og mellom de ulike tjenestene i kommunen. Instansenes utydelige roller kunne gi uklarhet om hvilke problemstillinger som skulle henvises til BUP.

GRÅSONER OG ROLLEFORDELING

En årsak til unødvendige henvisninger var gråsonene mellom barnevernet og BUP. Disse gråsonene viste seg særlig i forhold til spørsmålet om barnets omsorgssituasjon, og i forhold til om problemene var av "sosial" eller "psykiatrisk" karakter. BUP mente at henvisningene til BUP fra barnevernet kunne skyldes at barnevernet kviet seg for å ta stilling til om foreldrene skulle miste omsorgsansvaret for barnet. Usikre saksbehandlere ved barnevernet kunne da trekke BUP inn i saken som indirekte støtte til å vedta at barnet skulle fratras foreldrene. Ved vanskelige saker kunne henvisningen til BUP også skyldes de kommunale instansenes oppraddhet i en vanskelig sak, enn at saken falt innenfor psykiatri. Et slikt grunnlag for saken vanskeliggjorde ofte behandlingssituasjonen. Det var dermed bedre kun å gi indirekte råd og støtte til barnevernet, enn direkte konsultasjoner.

BUP mente også at barnets problemer i tilknytning til en sviktende omsorgssituasjon ikke alltid falt innenfor deres ansvarsområde, som i følgende utsagnet i tilknytning til henvisninger fra barnevernet: "Så jeg bruker tid på saker som egentlig ikke gjelder psykiatri".

Barnevernet hevdet på sin side at BUP ofte kviet seg for å ta stilling til å omsorgssituasjonen, og dermed unnlot å trekke barnevernet inn i arbeidet. I saker hvor det forelå omsorgssvikt ble dermed gråsonen mellom BUP og barnevern særlig aktualisert.

Det forekom også flere gråsoner mellom BUP og PP- tjenesten. Flere informanter ved BUP mente for eksempel at saker av pedagogisk karakter, som lærevansker og atferdsproblemer i skolen, for ofte ble henvist til BUP. De unødvendige henvisningene hadde sammenheng med at PP- tjenesten ofte har lang ventetid. Dette kunne føre til at fastlegen henviste til BUP på grunn av påtrykk fra foreldrene, selv om saken egentlig skulle vært behandlet hos PP- tjenesten.

Usikkerheten om henvisninger skulle sendes til BUP, kunne også ha sammenheng med at tjenestene i kommunene noen ganger hadde ulike vurderinger og oppfatninger:

I forholdet mellom oss og førstelinjetjenesten så tenker jeg at det er veldig mye sånn.. Det er ganske mange sånne gråsoner. Jeg tror det er ganske mye jobb å gjøre før vi får samme forståelse av hva som skal henvises hit, og hva som skal løses der. Det er veldig utydelig for både oss og dem kanskje. Vi har hvert fall ikke snakket nok sammen til å ha en felles forståelse av hvem som skal henvises til BUP.

De unødvendige henvisningene kunne dermed skyldes både uklar forståelse og manglende samordning mellom BUP og de involverte kommunale instanser, samt mellom de ulike tjenestene internt i kommunen. Informantene fremhevet et behov for å skape et felles forståelsesgrunnlag for henvisningspraksis mellom nivåene og internt i kommunene.

RETUR AV HENVISNINGER MED MANGELFULLE OPPLYSNINGER

I intervjuene var det vanskelig å få frem nøyaktige tall for hvor ofte BUP returnerte henvisningene på grunn av mangelfulle opplysninger. I alle seks intervjuer ble det fortalt at BUP sendte saker i retur. Det synes imidlertid som BUP hadde noe ulike vurderinger og praksis på dette området. Ved BUP-A og B ble sakene sjeldent sendt i retur. Ved BUP- B hadde dette vært vanlig praksis tidligere. De mente nå at lovverket ikke tillot en slik praksis:

Men du sa noe om hvor mange av de henvisningene vi får som vi sender tilbake, fordi de er ufullstendig, og det gjør vi faktisk ikke. Vi gjorde det en periode, men vi har skjønt lovverket sånn at vi ikke har anledning til å returnere. Men vi har en måned på oss til å innhente flere opplysninger som kan danne et grunnlag for vår vurdering da. Eller 30 dager fra mottatt henvisning.

Flere mente også at retur av ufullstendige henvisningsskjema ville forsinke henvisningsprosessen for mye. Ved BUP-C var praksis noe annerledes ved at flere saker ble avvist og returnert på grunn av mangelfulle opplysninger:

Men da har vi en sånn regel på at hvis de er så mangelfulle at de ikke kan betraktes som en henvisning, da avviser vi de. Eller returnerer de og sier at det er for lite opplysninger. Vi innhenter også opplysninger. Jeg får jo sakene først og jeg innhenter da det som er veldig mangelfullt, og jeg ser at det er ting det går an å innhente, så gjør vi det. Det er rent skjønnsmessig på hva som går an å innhente på veldig kort tid, før de går videre til vurderingsteamet. Så vi gjør litt begge deler; både kontakter førstelinjetjenesten eller henvisende instanser allerede i den første boksen der, og returnerer noen.

Den ulike praksisen fra BUP i forhold til å håndtere henvisninger med mangelfulle opplysninger, gjenspeilte seg også i kommunenes fortellinger. Som det fremgår av sitatet over behandlet samtidig også BUP-C saker med mangelfulle opplysninger for å unngå lang saksbehandlingstid.

FOR LITE HELHETLIGE OG KOORDINERTE OPPLYSNINGER FRA DE KOMMUNALE TJENESTENE

- *"Men vi ønsker veldig at førstelinjen skulle jobbet sammen, det er det de ikke gjør."*

En bedre samordning internt i kommunen kunne avlaste arbeidet for BUP i forhold til å innhente opplysninger fra de ulike tjenestene i kommunen. Arbeidet med å innhente opplysninger ble oppgitt som et irriterende merarbeid for BUP, fordi det forsinket behandlingsarbeidet. Som beskrevet i et intervju:

Intervjuer: Det er helt sånne banale opplysninger som mangler ja. *Person 1:* Ja, det er helt nøkkelopplysninger. Og det er klart at vi sitter og bruker tid på det, men det er ikke riktig at behandlerne også må sitte og kontrollere det her, for de skal rett på saken og begynne med ungen og familien. Og ikke bruke tid på at det her ligger på bordet. Men sånn som det er i dag så er det mye planlegging (...) for å ta den her kontrolljobben for å se at det vi har bedt om er på plass når vi starter. Før vi kommer til første konsultasjon.

Et annet forhold som reduserte kvaliteten på henvisningen var i følge informantene ved BUP mangel på utdypende opplysninger i saken. BUP ønsket gjennomgående en "mye grundigere kartlegging" av barnet og familien.

Alle BUPer mente at spesielt ofte forelå mangelfulle medisinske opplysninger ved henvisningen om hvordan problemene hadde utartet seg. Det manglet ofte en god symptombeskrivelse av barnet. I tillegg ønsket alle en bedre anamnese som beskrev barnets utviklingsforløp og evnenivå på en grundigere måte. Flere ønsket kopi av barnets helsekort som vedlegg i saken. Det var også ønske om mer opplysninger om barnets faglige fungering eller skolefungering, og en bedre beskrivelse fra de kommunale instansene om barnets familieforhold og omsorgssituasjon.

De mangelfulle opplysningene kunne skyldes at henvisningsskjemaets var for kort og generelt utformet, at henviser ikke hadde fylt ut skjema tilstrekkelig, eller at vedleggende var ufullstendige.

Person 1: Men det skjemaet som fastlegene bruker, der står det ingenting om familie og søsken og såne ting som vi må ha her da. *Person 2:* Så der kan du se at det har blitt annerledes gjennom årene. Det kan være to forskjellige kulturer som møtes. Man tenker annerledes på et legekontor, men vi trenger alle disse opplysningene for å kunne gjøre en god jobb. *Person 3:* Det som er problemet når du får et skjema med mangelfulle opplysninger så er det gjort en henvisning uten å sjekke ut hva andre førstelinje tjenester har gjort eller funnet ut i forhold til denne ungen. *Person 2:* Hvilke andre instanser er inne i denne saken? Hva er gjort i vår kommune? Ikke sant. *Person 3:* Ja, så det er koordineringer av det kommunale tilbudet som mangler, og opplysninger om det.

Innholdet i henvisningsskjema kunne gjenspeile at de kommunale utrederne la ulik vekt på ulike type opplysninger. Dette viste seg i ovennevnte sitat der fastlegen og BUP representerte to ulike kulturer som vektla betydningen av familieforhold og søsken i ulik grad.

Et annet viktig forhold som ble påpekt av BUP var mangel på helhetlig og koordinert informasjon fra de kommunale tjenestene om hvilke instanser som hadde vært inne, og hva som var gjort før henvisning. BUP ønsket også langt bedre vurderinger av effektene av de tiltakene som var gjort, som beskrevet ved dette utsagnet:

Det er jo veldig greit for oss å vite hva kommunen har prøvd, og hva de har vurdert. Vurdering, hva de har gjort og hvem som har gjort hva. Henvisningene er for usystematiske synes jeg. Det er for lite vurderinger.

Problemene med lite koordinert informasjon økte jo mer sammensatte og langvarige problemstillingene til barnet og familien var. Det å sikre god kvalitet på den tverrfaglige og tverretatlige informasjonsflyten var en gjennomgående utfordring, og et problem som opptok informantene.

Behovet for å få tilgang til tverrfaglig og tverretatlig informasjon representerer dermed en stor utfordring ved samhandlingen mellom BUP og kommunene. BUP skiller seg fra voksenpsykiatrien ved at de trenger flere aktørers uttalelser og vurderinger. Dette kompliserer innhenting av opplysningene, og gjør den til en mer møysommelig prosess:

Det blir en del forskjeller i forhold til voksenpsykiatrien, hvor du forholder deg til voksne. Her forholder du deg til barn med en psykisk lidelse, eller spørsmål om det, som går på en

skole/barnehage, som er på en helsestasjon ikke sant. Så det blir en helt annen situasjon. Du skal forankre tilbudet i det lokale hjelpeapparatet, og dette blir forskjellen på voksne og barn. Så vi er nødt til å vite hvordan barnet fungerer på skolen og sånn.

Dette tverrfaglige arbeidets natur, både innen BUP og mellom de kommunale tjenestene, står i et spenningsforhold til de informasjonssystemene som er utarbeidet i forhold til første- og andre linjetjenesten forøvrig. Denne utfordringen var tosidig. På den ene siden representerte det å få nok tverrfaglige opplysninger fra de kommunale tjenestene en utfordring for BUP. Som vi skal komme tilbake til i spørsmålet om epikriser, var det også problemer med å gi tilstrekkelig tilbakemelding og informasjon til det kommunale tverrfaglige nettverket rundt barnet.

BUP sitt behov for tverrfaglig og tverretattlig informasjon ga to hovedutfordringer i forhold til innhold og kvalitet på henvisningene. For det første kunne henvisningen mangle informasjon fra alle relevante instanser i kommunen. Den vanligste mangelen ved henvisningen var at opplysningene var for utilstrekkelige til at BUP klarte å gjøre en helhetlig vurdering av barnets omsorgssituasjon. I likhet med PP-tjenesten i kommunene, mente for eksempel BUP at henvisninger i forbindelse med spørsmål om ADHD kunne inneholde mangelfulle opplysninger eller overfladiske vurderinger fra de kommunale tjenestene, om barnets sosiale omsorgssituasjon som mulige årsaker til urolig atferd og konsentrasjonsproblemer.

Den andre typiske mangelen ved henvisningen i saker som krevde tverrfaglig samarbeid, var for lite koordinerte og samordnede opplysninger fra de kommunale deltjenestenes side. BUP mente også at det ofte var en manglende helhetlig vurdering og konklusjon fra henviser, om hva problemet omhandlet og hva de ønsket av BUP i saken.

I mange saker skyldtes de mangelfulle opplysningene at saken faktisk ikke var tilstrekkelig koordinert og systematisert fra de kommunale tjenestenes side. De ulike instansene i kommunene kunne da gi en uttalelse fra sin egen etat, men manglet den helhetlige beskrivelsen av barnet og familien. Fastlegen var ofte ikke klar over, eller innhentet ikke opplysninger fra andre kommunale instanser som for eksempel PP-tjenesten, før de henviste til BUP. BUP kunne også savne mer utdypende helseopplysninger når barnevernet eller PP-tjenesten var henvisende instans. Som beskrevet om barnevernet:

Person 1: De glemmer jo av og til at ungene skal til en helseundersøkelse. Det synes jeg er gjennomgående. *Intervjuer:* Så helseundersøkelse mangler, er det det du sier? *Person 1:* De har ikke med det aspektet, barnevernet, når de henviser hit. *Person 2:* Og det avspeiler jo litt noe av problemet med kommunikasjonen mellom barnevernet og legetjenesten. Man glemmer liksom de perspektivene i løpet av en dag, for det er så tungvint. Det fungerer ikke. Det kan jo kommunene fortelle litt om selv, men..

Opplysningene var ofte for snevre og for preget av den enkelte tjenestenes fokus, som en informant fra BUP beskriver:

Person 1: Sånn oppsummeringsvis kan vi vel si at de har bare sitt eget fokus. Altså, på en måte et område, og ikke tenker bredere, og i en videre sammenheng. Altså, det er en familie med en historie, og det er i barnehage/skole sammenheng, det er en omsorgsdel, som veldig ofte må beskrives. *Person 2:* Det er litt mangel på helhetstenkning. *Person 1:* Det er for smalt. For mange PP-tjenester kan jo gi gode opplysninger om familieforhold og utvikling. Mens mange PP-tjenester er veldig pedagogiske, og du har ingen formening om hva slags unge dette er.

De snevre opplysningene vanskeliggjorde en helhetlig vurdering i saken for BUP.

DET KOMMUNALE FAGMILJØETS SYNSPUNKTER PÅ BUP SINE FORVENTNINGER OM INFORMASJON

De kommunale tjenestene hadde tildels forståelse for BUP sitt behov for samordnede og helhetlige opplysninger. Dette var først og fremst viktig når det gjaldt kompliserte og sammensatte saker, der koordineringen og systematiseringen av opplysninger var vesentlig. Behovet for internt samarbeid om henvisningene var dermed avhengig av problemenes art.

I de tre kommunene som deltok i intervjuene var det noe også ulike synspunkter på BUP sine forventninger til informasjonen fra kommunene. Det ble for det første fremhevet at BUP tradisjonelt hadde vært for byråkratisk når det gjaldt henvisningsprosessen, og for opptatt av formaliteter rundt henvisningsskjemaet:

Jeg skjønner jo at den instruksen med hensyn til begge foreldre er lynende klar fra lovgivere, men vi opplever jo det som veldig problematisk noen ganger. Når det gjaldt det med leder og stedfortreder, så synes jeg det var en paragrafrytter til fulle.

De mente imidlertid at fokuset på formaliteter hadde endret seg til det bedre den siste tiden. Dette synspunktet samsvarer også noe med intervjuene med informantene fra BUP. Representanter fra BUP fortalte at en kunne legge mindre vekt på skriftlige formaliteter i forbindelse med henvisningsskjema, for å unngå at det gikk for langt tid før familien fikk hjelp

De tidligere beskrivelsene viser at BUP ofte hadde klare forventninger om å få en samlet og koordinert informasjon fra de kommunale deltjenestene i henvisningsprosessen. I den største kommunen, som også syntes å ha færrest rutiner for internt tverrfaglig samarbeid, var det informanter som mente at disse forventningene var urealistiske. Som en informant sier:

Det er mange som har irritert seg over at BUP skal være så fine på det. De skal få alt ferdig utredet, også skal de gi behandling. Det er vanskelig å tenke seg at de noen gang kommer til å få oppfylt det ønsket.

Enkelte motsatte seg også kravet om koordinerte opplysninger. De oppfattet dette som "sekretær- oppgaver" for BUP, som ville føre til stort merarbeid for de kommunale deltjenestene. Kommunelegen i en kommune mente også at fastlegen ikke skulle påta seg en slik koordinerende ansvar:

Det er en oppgave som fastlegen ikke vil ta. Fastlegen sier at det viktigste som skjedde i fastlegereformen 2001, det var at spesialisthelsetjenesten trodde fastlegen var blitt kontordamer for dem. Det er klart at fastlegen tar jo kopi av det man har, og sender med henvisningen, men man driver ikke og ringer og samler inn for spesialisthelsetjenesten. Det har noe med hva som er relevant å gjøre. Fastlegen kan ikke jobbe på den måten. Når skulle de da få se pasienter?

I en annen mindre kommune stilte kommunelegen seg mer positiv til rutinen om å sende saken til andre involverte instanser i kommunen før henvisning til BUP. Også andre informanter i kommunen mente at det å samle opplysninger fra ulike instanser i kommunen

ikke var førstelinjetjenestens arbeid, men inngikk i det faglige og spesialiserte arbeidet som BUP selv skulle gjøre på samme vis som barnevernet:

Jeg synes det handler veldig mye om pasientrettigheter også jeg. Det er en familie og et barn det gjelder her, og det er først og fremst de som skal ha kontroll på hvilke opplysninger som svever rundt i systemet. Det blir jo en parallell til det vi har til barnevernet innad i kommunen: det må jo være barnevernets oppgave å innhente de opplysningene de trenger for å kunne utrede en sak. Når de sitter med saken, så må det også være på BUP, tenker jeg. Det er de som må diskutere hva de trenger av opplysninger, og det diskuterer de med foreldrene/familien, også henter de det inn. Jeg tenker både med hensyn av de det gjelder, og det rent organisatoriske.

Oppgaven med å samle inn opplysninger fra de kommunale tjenestene skulle dermed prinsipielt ivaretas av BUP selv. Flere nyere rapporter viser at helsesøster har en sentral rolle i arbeidet med barn og unge med psykiske problemer (Andersson, Ose & Norvoll, 2006; Andersson, 2006). I kommune A ønsket imidlertid ikke helsesøster å ha en koordinerende rolle for denne målgruppen, fordi dette ble opplevd som en sekretærfunksjon som ville gå utover hennes øvrige arbeidsoppgaver:

Jeg tenker at hvis vi skal være sekretærer for andrelinjetjenesten, så vil det gå på bekostning av det vi egentlig skal gjøre. Det er ikke rom for å skulle sitte der og samle inn materiale. Jeg tenker at de som har ansvaret for å jobbe med saken, de må hente inn de opplysningene de trenger. Vi som er helsesøstere jobber som generalister der ute og skal fange opp det som skal følges videre

Det store omfanget av andre oppgaver reduserte dermed helsesøstrenes muligheter for å gå inn i dette arbeidet.

I diskusjonen under intervjuet ble informasjonsarbeidet ved henvisningsprosessen ofte relatert til hvem som skulle ha det uønskede merarbeidet med å samle inn opplysningene. Når verken BUP eller noen av de kommunale instansene ønsker å ta arbeidet med å innsamle opplysninger, kan henvisningsprosessen få preg av "skyving" mellom BUP og førstelinjetjenesten om hvem som skal ha det uønskede sekretærarbeidet.

Selv om de kommunale deltjenestene motsatte seg ønsket om mer koordinering av opplysningene, mente man at det var mulig å bedre koordineringen av opplysningene ved å utvikle bedre rutiner internt i kommunen. I de to andre kommuner aksepterte man i langt større grad BUP sine forventninger om utfyllende og koordinerte opplysninger fra kommunens side. De anså også dette som et område hvor de kommunale tjenestene hadde et forbedringspotensial i tilknytning til henvisningsprosessene: " Vi er veldig enige i at vi må bli bedre i dette". De mente også at de ulike instansene i kommunen måtte arbeide bedre sammen. "Vi har bare ikke kommet så langt at vi har laget rutiner på det enda". De ønsker imidlertid klare forventninger fra BUP om hva kommunen skulle gjøre før henvisning, samt mer oppsøkende og utadrettet virksomhet fra BUP.

3.3 Oppsummering og vurdering

I dette kapitlet har vi presentert resultater fra kartlegging av forhold relatert til tid i utredningsfasen, samt innhold og kvalitet i henvisningsdokumentet. Vi har benyttet flere datakilder; spørreskjema besvart av henvisere i kommunen, kvalitetskartlegginger foretatt av BUP, samt intervjumateriale fra fokusgruppeintervju med fagmiljø i kommunen og i BUP.

OM UTVALGENE OG REPRESENTATIVITET I KARTLEGGINGSUNDERSØKELSENE

Utvalget kommunale henvisende instanser som har besvart spørreskjema vedrørende tid i utredningsfasen er relativt lite (n=105). Fordi vi ikke vet hvor mange som har fått tilsendt våre brev er det ikke mulig å beregne svarprosent for dette utvalget. Da spørreskjemaet vi anvendte er svært enkelt, er det heller ikke mulig å gjøre gode beregninger av om undersøkelsen er besvart av et representativt utvalg henvisere. Materialet viser imidlertid at fordelingen av type aktører og instanser som har vært involvert i utredningen (Tabell 3.1), er forholdsvis lik den vi finner i det store utvalget som inngår i kartleggingsundersøkelsen ved BUP (Tabell 3.6). Vi anser derfor opplysningene som informative i forhold til å belyse tid som medgår i kommunen i forbindelse med utredning og henvisning av barn og unge til BUP.

Kvalitetskartleggingen i BUP oppnådde høy svarprosent. Vi mottok utfylte skjema fra 51 av 57 aktuelle poliklinikker, og det foreligger data vedrørende innhold og kvalitet i 510 henvisninger som BUP har mottatt fra en kommunal instans. Representativiteten i utvalget kan vurderes ved å sammenligne fordelingen av henholdsvis kjønn, henvisningsgrunner, og henvisende instans, med tilsvarende fordelinger i nasjonal statistikk over barn og unge som mottok behandling i BUP i 2005 (Pedersen et al., 2006).

I foreliggende materiale omfatter henvisningene 53 prosent gutter. Andel gutter som ble henvist til BUP i 2005 var 55 prosent. Det foreliggende utvalget har en noe høyere andel henvisninger som gjelder et internalisert problem (tristhet/depresjon, angst/fobi), og en relativt lavere andel henvisninger av eksternalisert problematikk (atferdsvansker, hyperkinetiske forstyrrelser/ konsentrasjonsproblemer), sammenlignet med den nasjonale statistikken. Andel saker henvist fra henholdsvis fastlege og barnevernleder er tilnærmet lik den man ser på nasjonalt nivå. Andel henvisninger fra helsestasjons - og skolehelsetjenesten er imidlertid noe høyere, - og andel henvisninger fra PP- tjenesten noe lavere, - enn i statistikken på landsbasis (Pedersen et al., 2006). Vi kan ikke utelukke at undersøkelsen har en svak utvalgsskjevhet med hensyn til kjennetegn ved barn og unge som henvises til BUP, og deres henvisere. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at dette skyldes annet enn tilfeldigheter. Utvalget omfatter et stort antall henvisninger, og fordi mange poliklinikker har deltatt i undersøkelsen har vi sikret en geografisk spredning blant de kommunale tjenestene som står bak utformingen av henvisningene. På bakgrunn av de ovennevnte forholdene konkluderer vi med at undersøkelsen har god statistisk validitet.

TIDSBRUK I UTREDNINGSFASEN

Tid som medgår i utredningsfasen vil variere med type problematikk og grad av kompleksitet i saken. I denne undersøkelsen har det ikke vært mulig å innhente opplysninger som gjør at vi kan ta hensyn til kjennetegn ved saken i analyser av tidsbruk i utredningen.

Et annet forhold som gir en målemessig utfordring i forhold til tidsbruk i utredningen, er at den som henviser saken (respondenten i denne undersøkelsen) kan ha ulik befatning med sakens historie. I flere tilfeller vil det dreie seg om henvisninger der pasient/familie oppsøker fastlege for henvisning. I mange av disse sakene henvises barnet direkte uten at det foretas utredninger eller tverrfaglige drøftinger.

Resultater som fremkommer fra intervjuundersøkelsen utdyper dette. Informantene viser til at mange saker er langvarige og sammensatte, og at henvisningen i slike tilfeller kan være et resultat av negativ utvikling over tid. Henvisningsprosessen og henvisningstiden vil variere fra sak til sak, avhengig av den enkelte problemstilling.

Kartleggingsundersøkelsen viser at for omlag 40 prosent av henvisningene har utredningstiden, fra barnet/ungdommen første gang var i kontakt med henviser til henvisningen ble signert, vært mindre enn seks dager. For om lag en av fem saker har utredningen pågått i mer enn ett år. Vi finner en statistisk signifikant sammenheng mellom antall instanser involvert i utredningen og tid som medgår før henvisningen signeres ($p < 0,001$).

HENVISENDE INSTANS OG UTREDER

For litt over halvparten av sakene er fastlegen den som formelt sett henviser barnet/ungdommen. "Annen lege", som vanligvis vil være helsestasjons- eller skolelege, er registrert som formell henviser for omlag en av tre saker, mens barnevernleder står som henviser for 11 prosent av henvisningene.

I det standardiserte henvisningsskjemaet som benyttes ved henvisning til BUP er det avsatt et eget felt der navn og adresse til henvisende instans kan påføres. Skjemaet har i tillegg et felt der henvisende lege/ barnevernleder skal signere. Resultatene tyder på at det er ulik praksis i forhold til hvordan disse to feltene fylles ut. I noen tilfeller vil henvisende lege/ barnevernleder også signere feltet for henvisende instans. Man kan da risikere at det ikke fremgår av henvisningsdokumentet hvilken instans som "står bak", og som gjerne er den sentrale og ansvarlige utreder i saken. Andre ganger vil den instans som har vært sentral i utredningsfasen, for eksempel PP- tjenesten, faktisk fylle ut feltet for henvisende instans, i tillegg til at henvisende lege eller barnevernleder signerer. Tilgjengelige data, både i denne undersøkelsen og også i nasjonale datasett (BUPDATA/ Samdata psykisk helse), gir derfor bare begrensede muligheter til å si hvem som er henvisende instans og hvem som er utreder i saker som henvises til BUP.

Resultatene i foreliggende studie viser at fastlegen er den som vanligvis er registrert som henviser (58 prosent av sakene), fulgt av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barnevernet, som har henvist henholdsvis 14 og 12 prosent av sakene. PP- tjenesten er registrert som henviser for åtte prosent av henvisningene. Statistikk over hvem som er involvert i saken på henvisningstidspunktet indikerer at det i mange tilfeller er andre instanser enn de som er oppgitt som formelle henvisere (lege / barnevernleder), som er de reelle henviserne. Resultater, både fra spørreskjemaundersøkelsen blant henviserne, samt kartleggingen i BUP viser at PP- tjenesten og skole/ barnehage er hyppig medvirkende instanser i utredningen og utformingen av henvisningen.

I en henvisningsprosess har vanligvis foreldre og barn /ungdom både formell og uformell kontakt ned ulike tjenester over tid. Både helsesøster, PP- tjeneste og barneverntjeneste forteller at de kan be foreldre henvende seg direkte til fastlegen for direkte henvisning til BUP. I noen tilfeller får de med seg utredningsdokumenter til fastlegen.

HENVISNINGER SOM AKSEPTERES FOR INNTAK OG HENVISNINGER SOM RETURNERES

I alt 88 prosent av sakene som henvises til BUP blir akseptert for inntak. Av disse har 34 prosent vært til inntakssamtale. Resultatene viser at åtte prosent av henvisningene som BUP mottar fra kommunale tjenester blir returnert til henvisende instans på grunn av manglende opplysninger og kvalitet.

BUP har ulike praksis i forhold til om de sender henvisninger i retur. Ved en BUP hevdet man at lovverket ikke tillot at henvisninger ble returnert, "...vi har skjønt lovverket sånn at vi ikke ha anledning til å returnere. Men vi har en måned på oss til å innhente flere opplysninger som kan danne grunnlag for vår vurdering..". En annen BUP presenterer sin praksis slik: "Men da har vi en sånn regel at hvis de er så mangelfulle at de ikke kan betraktes som en henvisning, avviser vi de, eller returnerer de og sier at det er for lite opplysninger".

INNHold OG KVALITET I HENVISNINGENE

En av fire henvisninger mangler tre av seks etterspurte opplysninger. Det er større sannsynlighet for at henvisningen inneholder de etterspurte opplysningene når mer enn en instans er involvert i saken på henvisningstidspunktet, og når barnet er yngre enn 13 år. Videre finner vi at saker som er henvist fra PP- tjenesten er mer utfyllende enn de som er

henvist fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten (skolelege). Det er også mer sannsynlig at dokumentet inneholder flere opplysninger når barnet henvises for internaliserende eller eksternaliserende problematikk, sammenlignet med andre problemer (skolefravær, lærevansker, språk/talevansker, syn/hørselsproblemer, spiseproblemer, andre somatiske problemer, annet eller ingen henvisningsgrunn).

I intervjuene med inntaksteamene ved BUP fremkommer stor likhet i vurderingene av innholdet og kvaliteten i de henvisningene de mottar fra kommunale instanser. Kvaliteten på dokumentet blir beskrevet som varierende, fra godt utfylt til sterkt mangelfullt. Det typiske er at henvisningsskjemaet er forholdsvis godt utfylt på side en, mens de etterspurte opplysningene på side to (beskrivelse av henvisningsgrunn/ symptombilde og hva BUP skal bidra med i saken, informasjon om hvem som arbeider med saken og barnevernets rolle) er mangelfulle. For en stor andel av henvisningene er det nødvendig med mye etterarbeid fra BUP sin side for å innhente de nødvendige opplysningene i saken. Mangelfulle opplysninger kan således bidra til økt ventetid for igangsetting av adekvat behandling. Informantene forteller ellers at kvaliteten på henvisningene varierer med hvem som henviser, og at henvisninger skrevet av helesøster, barneverntjenesten eller PP- tjenesten vanligvis har bedre kvalitet, enn henvisninger som kommer fra leger

BUP har foretatt en kvantitativ vurdering av kvalitet på de beskrivelser og vurderinger henviser har gjort i forbindelse med henvisningen. Resultatene viser at om lag halvparten av henvisningene har "god" eller "svært god" kvalitet på vurderinger av hva BUP kan bidra med i saken. En av fire dokumenter anses å ha "dårlig" eller "svært dårlig" kvalitet i forhold til dette. Når det gjelder kvaliteten på henvisende instans sine beskrivelser av tidligere undersøkelser og tiltak, vurderes disse som "dårlig" eller "svært dårlig" for 40-49 prosent av henvisningene.

Multivariate analyser viser at sannsynligheten for at henvisningen inneholder vurderinger og beskrivelser som har god kvalitet er større når henvisningen kommer fra barnevernet eller fra PP- tjenesten, sammenlignet med henvisninger som kommer fra fastlegen. Det er også større sannsynlighet for god kvalitet i henvisningsdokumentet når flere instanser er involvert i saken på henvisningstidspunktet.

FASTLEGENS ROLLE I HENVISNINGSSAMMENHENG

Fastlegen medvirker i utredningen av, - og er registrert som den formelle henviser, - for om lag halvparten av sakene som henvises til BUP. Henvisninger som kommer fra fastlegen vurderes som mindre gode, både med hensyn til innhold og kvalitet, sammenlignet med henvisninger som kommer fra barnevernet og PP- tjenesten.

I mange tilfeller foretar fastlegen en direkte henvisning til BUP, uten at andre instanser er involvert i tverrfaglige drøftinger. Både BUP og det kommunale fagmiljøet forteller at henvisninger fra fastleger kan være en ren formalitet, der legen ikke har sett familien eller barnet før henvisning.

Det kommunale fagmiljøet mener imidlertid at et godt samarbeid med fastlegene kan heve kvaliteten på henvisningen. De øvrige tjenestene i kommunen savner derfor en mer aktiv deltakelse fra fastlegen som diskusjonspartner i vurderingene. Legene som deltok i intervjuene forteller at deres engasjement i henvisningsprosessen kan ha sammenheng med en faglig skjønnsvurdering. Dersom andre tjenester er dypt involvert i saken, og den virker "klar", kan fastlegen definerte sin rolle som i hovedsak formell henviser. I andre saker kan fastlegen være mer aktivt involvert. En kommunelege mener også at legene føler at de har lite kompetanse om barn og unges psykiske helse, og at dette kan medvirke til deres perifere rolle i det tverrfaglige arbeidet rundt barn og unge i målgruppen.

I diskusjoner om fastlegens rolle versus helsestasjons- og skolelegens rolle i henvisningsprosessen kommer det frem at de kommunale deltjenestene gjerne kontakter helsestasjonslegen eller skolelegen, fordi vedkommende er mer tilgjengelige enn fastlegen.

Representanter fra BUP og fastlegene mener imidlertid at det er viktig at henvisningen går via fastlegen for å sikre bedre oppfølging og kontinuitet i saken

Et viktig argument for at legene skal ha henvisningsrett til BUP er en somatisk utredning for å utelukke somatiske lidelser som årsak til problemene (Helsetilsynet, 2003). På spørsmål om rutineene for somatisk utredning, forteller alle at behovet for somatisk utredning varierer med den enkelte sak og problemstilling. Det fremholdes at fastlegens undersøkelse og vurdering er spesielt viktig ved spiseforstyrrelser og depresjon, samt ved mistanke om syns- og hørselsproblemer eller utviklingsforstyrrelser.

HENVISNINGER FRA BARNEVERNET

Til tross for at barnevernleder har henvisningsrett kommer en relativt lav andel henvisninger fra barnevernet (12 prosent). Informanter fra barnevernet forteller også at de forholdsvis sjelden benytter henvisningsretten. Barnevernets rutiner i forbindelse med henvisningsprosessen varierer imidlertid mellom kommunene. I flere kommuner er det vanlig praksis at barnevernet ber foreldrene kontakte fastlegen for å få en henvisning til BUP. Fra intervjuundersøkelsen fremkommer det videre at barnevernet ofte blir involvert etter at andre instanser har vært inne i saken. BUP kan også selv ta initiativ til samarbeid med barnevernet som resultat av en behandlingsprosess. Det er derfor grunn til å tro at barnevernet er involvert i en større andel saker enn det som fremkommer fra henvisningsstatistikken.

Barnevernet i de tre kommunene i undersøkelsen har noe ulikt samarbeid med de øvrige kommunale deltjenestene i forbindelse med henvisning til BUP. I to kommuner forteller man om liten kontakt med de andre tjenestene. Samarbeidet er gjerne tettere med PP- tjenesten enn med helsetjenesten.

Sammenlignet med henvisninger som kommer fra den kommunale helsetjenesten, er både kvaliteten og innholdet i henvisningen fra barnevernet vurdert som god.

4 Hvordan henvisningsrutiner kan forbedres

Resultater fra kartlegginger og intervjuundersøkelser dokumenterer at mange av de henvisningene BUP mottar fra kommunale instanser gir for få opplysninger til at BUP kan vurdere om barnet/ungdommen har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Ved BUP opplever man også ofte å ikke motta tilstrekkelig informasjon til å kunne avgjøre prioritet og hastegrad. Dersom 1. linjen foretar en tilstrekkelig utredning av barnets/ungdommens vansker før barnet henvises, vil BUP kunne utnytte sine ressurser bedre. I dette kapitlet presenteres forslag til hvordan en kan forbedre henvisningsrutinene, og slik bidra til bedre tilgjengelighet til tjenester og som er til det beste for barn og unges psykiske helse og velvære.

4.1 Forbedringsmuligheter ved henvisningsprosessen

Både BUP og det kommunale fagmiljøet mente at henvisningsprosessen har et forbedringspotensial. Noen punkter er allerede berørt: henvisningstiden bør ned, man bør unngå unødvendige henvisninger, og det er behov for mer grundige og samordnede opplysninger fra de kommunale tjenestenes side. For å oppnå bedre innhold og kvalitet på henvisningene fremhevet informantene nødvendigheten av å utvikle bedre formelle og uformelle rutiner, og samarbeid mellom tjenestene internt i kommunen og mellom BUP og kommunene. De diskuterte også betydningen av henvisningsretten. Disse momentene vil utdypes til slutt i dette i kapitlet, før vi går i dybden på behovet for å endre selve henvisningsskjemaet.

4.1.1 Det interne samarbeidet i kommunen

Innhold og kvalitet på henvisningen har i vid forstand, og i forhold til henvisningsskjemaet, nær sammenheng med de formelle og uformelle samhandlingsprosessene mellom tjenester innen kommunen, og mellom disse tjenestene og BUP. En god koordinert henvisning fra førstelinjen gjenspeiler derfor ofte kommunens interne samarbeid og samarbeid med BUP utover den formelle henvisningen. Dette momentet ble også fremholdt av BUP, som i dette utsagnet:

Person 1: Da tenker jeg på disse små kommunene, som har klart å koordinere førstelinjetjenesten sin. Der de kommuniserer omkring saker, og blir bedre kjent med hverandres tjenestetilbud. Når vi da har faste møter med dem, så blir det jo en sånn dialog da, omkring hva som bør henvises og hva de kan gjøre mer av selv. (..) Så de har oversikt over det som skjer.

Den interne samordningen i kommunen kunne dermed påvirke kvaliteten på henvisningene. Det var også vanlig at de tjenester eller fagpersoner som ga gode henvisninger også fulgte opp barnet eller ungdommen på en tettere måte etterpå.

I likhet med det som fremkommer i sitatet over, tydet intervjuene på at de større kommunene hadde størst utfordringer i forhold til å samordne tjenestene internt for å koordinere opplysningene. Den største kommunen, med minst uformelt og formelt samarbeid, hadde også mindre vekt på samordning av tjenestene. Dette gjenspeilte seg i synet på henvisning til BUP. En av de minste kommunene hadde på sin side omfattende tverrfaglig samarbeid. Dette førte også til at de i større grad samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer og i forhold til BUP.

4.1.2 Bedre rutiner for samordning av opplysningene fra de kommunale deltjenestene

I diskusjonen om hvordan man kan forbedre de kommunale tjenestenes praksis i forbindelse med henvisningen til BUP ble noen ulike momenter fremholdt. Informanter fra samtlige av kommunene mente at de kunne bli flinkere til å innhente opplysninger fra andre samarbeidspartnere i saken. Dette kunne også være nyttig for deres eget arbeide med saken. PP-tjenesten mente for eksempel at de burde lage bedre rutiner for samordning av opplysninger med helsesøster og skolelegen før henvisning. Flere informanter påpekte også at de burde bli flinkere til å trekke inn fastlegene i arbeidet med saken. De mente også at fastlegen i større grad burde gi beskjed til de øvrige tjenestene når det var behov for spesiell oppfølging av barnet, for eksempel ved svangerskapsdepresjon hos mor.

Fra de kommunale tjenestene ble det påpekt et spesielt behov for å styrke samarbeidet med, - og samordningen av opplysninger med barnevernet. Barnevernet burde ha tettere dialog med de andre tjenestene i kommunen. Dette ville kunne bidra til at det fremkom flere relevante opplysninger om saken. Barnevernet burde dessuten i større grad etterspørre helseopplysninger i forbindelse med henvisning av barn og unge. De øvrige tjenestene mente at de burde etablere bedre rutiner for å undersøke om barnevernet var inne i saken.

Barnevernet på sin side, mente at de kunne forbedre inkluderingen av helseopplysninger ved å bli mer spesifikk på de opplysninger de trenger i samarbeidsmøtene med de øvrige tjenestene. De mente også at koordineringen av opplysningene ved henvisning kunne bedres ved å styrke samarbeidet i ansvarsgruppene rundt barnet og familien, og gjennom individuell plan.

Behovet for å samordne opplysningene i et tverrfaglig samarbeid, ga imidlertid en viss spenning i forhold til å ivareta taushetsplikten og ikke spre sensitiv informasjon i for stor grad. Selv om foreldrene ofte ga samtykke til tverrfaglig informasjonsutvikling, kunne det også være situasjoner hvor foreldrene ikke ønsket alle instanser involvert ved henvisningen. Spørsmålet om taushetsplikt var særlig til stede i forhold til barnevernet. Foreldre kunne kvie seg for å inngå i samarbeid med barnevernet i frykt for stigmatisering og kontroll. Taushetsplikten kunne derfor være et hinder for samarbeid.

Kommunene fremhevet også at det burde være mulig å korte ventetiden for henvisningen gjennom bedre rutiner for intern kommunikasjon, samt ved å utarbeide en felles forståelse blant de kommunale tjenestene for henvisning til BUP. Dette samarbeidet kunne for eksempel styrkes ved å etablere ulike møtepunkter og treffpunkter med de ulike aktørene, samt ved å bruke telefonsamtaler mer flittig.

Noen informanter foreslo at man kunne utvikle mer systematiske rutiner for informasjon om hvem som er inne i samtale med barnet. Dette kunne for eksempel gjøres gjennom bruk av nettverkskart i utredningsarbeidet. I nettverkskartene skulle alle tjenester og kontaktpersoner som var involvert bli nedtegnet. Informanter fra de kommunale deltjenestene mente også, i likhet med BUP, at man i større grad burde trekke foreldrene inn i henvisningsprosessen. Dette kunne gjøres ved å arrangere flere tverrfaglige samarbeidsmøter der foreldrene deltok, og hvor man utarbeidet faste avtaler om hvem som skulle følge opp henvisningen og saken videre fremover. De mente også at felles fagdager kunne bidra til å styrke en felles forståelse i forbindelse med henvisning til BUP. Slike

fagdager, kombinert med spesifikke informasjonsmøter, kunne også stimulere fastlegene til å delta i større grad enn i dag.

4.1.3 Betydningen av samarbeidet mellom BUP og kommunene

I intervjuene ble det også fremhevet at det formelle og uformelle samarbeidet mellom kommunen og BUP påvirket kvaliteten på henvisningen og på epikrisen. Ved flere BUP og i flere kommuner ble det fortalt at samarbeidet mellom kommunene og BUP er styrket de siste årene. Det var også en økt erkjennelse av viktigheten av samarbeid, som beskrevet av en informant ved BUP:

Det som skjer her i ... er jo at BUP har erkjent at de ikke har godt nok samarbeid med førstelinjen i de mest vanskelige sakene. Det betyr at det nå vil bli igangsatt et prosjekt hvor barnevernet, PP-tjenesten og BUP skal være med. (...) Det som er litt interessant er jo at det er det kommunale systemet som har sagt at de ønsker et bedre samarbeid med BUP, og BUP har sagt at det har vi lyst til å være med på. Jeg tror det blir veldig spennende for oss. Så det er en selverkjennelse som pågår her. Det er ikke helt svart.

I noen kommuner synes det også som at BUP og førstelinjetjenesten utviklet seg mer i retning av å bli likeverdige samarbeidende tjenester, enn det tradisjonelle hierarkiet mellom første - og andrelinjetjenesten:

Det har gått fra å ha vært en sånn enten kommune eller spesialisthelsetjenesten, eller kommune tilbake igjen, så er det er en både og tjeneste hele veien. Det krever at man har flere samhandlingsmøter underveis og samhandler, og det har vel utviklet seg. Det er ikke lenger slik at man kan henvende seg vekk fra et problem, men at man må følge med.

Både BUP og kommunene mente at det var en større erkjennelse og respekt fra BUP for kommunenes særskilte kompetanse. Dette hadde ført til at kompetansen i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i større grad ble betraktet som likeverdig og gjensidig utfyllende.

I en kommune med godt internt samarbeid mente man at det nye samarbeidet hadde endret samarbeidsformene med BUP.

Det har skjedd noe med BUP, nå er det slik at vi står på samme nivå og er ute etter hverandres fagferdigheter. Vi har mistet det tunge hierarkiet, det sykehussystemet, at enten fikk du ikke hjelp eller ikke, så ble det ikke noe dialog. Nå sitter vi med den samme fortvilelsen eller gleden (...) så bruker vi hverandre. De kan også ringe og spørre og si at nå kommer vi ikke lenger, hva tror dere, så drøfter vi.

Intervjuene viste likevel at det var variasjoner mellom BUPene i forhold til hvor utadrettet de arbeidet mot kommunene. Samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og BUP var også forskjellig mellom kommunene. Igjen synes det som om det var vanskeligere å etablere formelt og uformelt samarbeid mellom BUP og førstelinjetjenestene i store kommuner eller bydeler, sammenlignet med i mindre kommuner.

Samarbeidet mellom BUP og de kommunale tjenestene i ulike samarbeidsfora påvirket innhold og kvalitet på henvisningen på ulike måter. Dersom BUP deltok på de tverrfaglige kontaktmøtene i kommunene eller i ansvarsgruppene, kunne de kommunale tjenestene ta

opp spørsmål om barnet burde henvises. Dette førte til at andel unødvendige henvisninger ble redusert. De etablerte samarbeidsmøtene førte også til at det var lettere for de kommunale tjenestene å ta uformell kontakt med BUP for å diskutere om saken burde henvises, samt hvilke opplysninger som var viktige i en slik vurdering. De brukte også BUP i større grad for å få råd og veiledning.

BUP fortalte også at de ulike samarbeidsformene gjorde det enklere å gi tilbakemelding til kommunen underveis, og etter at saken var ferdig utredet. Det var også lettere å iverksette adekvate tiltak i kommunal regi når samarbeidet mellom nivåene var bra.

4.1.4 Om henvisningsretten

Informantene hadde ulike oppfatninger om hvilke tjenester i kommunen som skal ha formell henvisningsrett til BUP. Ved en BUP mente man at dagens henvisningsordning bidro til begrenset tilgjengelighet til BUP, og gjorde henvisningen tungvint. Henvisningen kunne bli forlenget fordi man måtte vente på legens underskrift. I tillegg var underskriften på henvisningsskjema fra legen gjerne en ren formalitet.

I intervjuene med de kommunale tjenestene ønsket både PP-tjenesten (særlig psykologene) og den psykiske helsetjenesten å få endret dagens henvisningsordning, slik at de fikk selvstendig mulighet for å henvise til BUP. Dette ville i følge informantene lettet arbeidet i tilknytning til henvisningen. Som en informant fra PP-tjenesten uttrykte det:

Jeg har jo et veldig sterkt ønske om at PP-tjenesten skal kunne henvise direkte til BUP. Det blir en omvei å gå om fastlegen både fordi vi mister litt kontroll, og fordi jeg synes fastlegen ikke kjenner barnet så godt og føler selv at jeg kan gjøre en ordentlig vurdering selv. Det er skoler og foreldre som oftest henviser til oss, og at vi da hadde kunnet henvise direkte til BUP, det trodde og håpet jeg at lå litt i tiden at vi skulle få.

En informant ved BUP mente også at helsesøster burde få henvisningsrett fordi hun ofte var sentral i arbeidet med barn og unge i kommunen og kjente disse godt.

Informantene mente at ulempen ved at fastlegen hadde såpass enerådende henvisningsrett var at BUP kunne miste verdifull informasjon fordi fastlegen egentlig ikke kjente barnet. Fastlegen hadde ofte annenhånds erfaring og opplysninger å forholde seg til. Dette mente man kunne svekke kvaliteten på henvisningene. I tillegg tvilte de på at fastlegen samordnet informasjonen fra de andre instansene i kommunen, eller var interessert i å ha en slik samordningsfunksjon. BUP trengte bredere informasjon på flere områder enn det en lege ser, og som det er naturlig for en lege å snakke om: "Så det er en missing link altså". Det fremstod dermed også som et paradoks for noen informanter at fastlegen skulle ha den formelle henvisningsretten:

Det er hele strukturen med systemet ute som man må sette spørsmålstegn ved. For hvordan kan en fastlege henvise et barn til oss uten at kommunen eller førstelinjetjeneste er informert om det? Det henger ikke i hop, på en måte.

Fastlegenes vanlige funksjon og arbeidsmåte i helsetjenesten samsvarer ikke med den sentrale koordinerende funksjon de hadde blitt gitt:

Det er noe med hvordan man forstår barne- og ungdomspsykiatrien som fagområde, hvor legen kanskje ikke er like sentral som han vil være i en del andre sammenhenger. Og derfor er den

rollen som er tildelt dem som en koordinator i dette her, det passer ikke helt. Det er ikke de som sitter og trekker i trådene i forhold til dette her, med de ungene vi får inn. Det er mye mer barnevernet og PP-tjenesten, og kanskje helsesøstre.

Synet på dagens henvisningsordning var ofte påvirket av informantenes syn på nødvendigheten av medisinsk utredning. Flere kommuneleger, helsesøstre og noen informanter ved BUP mente at det fortsatt var ønskelig at henvisningen gikk gjennom fastlegen av hensyn til den somatiske utredningen. Den formelle henvisningsrutinen bidro også til å styrke samarbeidet mellom fastlegene. BUP ønsket også ofte utførlige helseopplysninger om barnet og familien, både gjennom fastlegen og gjennom helsesøsters helsekort:

Intervjuer: Hvor viktig synes dere at den medisinske vurderingen er for barn som skal inn i BUP? *Person 1:* Den er viktig, nettopp for å sjekke at det ikke er noe somatisk som ligger til grunn. Og vi etterspør jo det hele tiden, og vi etterspør også opplysninger på helsekortet til ungen. Det er veldig vesentlig for oss i forhold til å se hvordan vi skal starte og jobbe med saken. (...) Hos noen unger så får vi noen kjempebra opplysninger fra helsesøsters helsekort, som forteller oss om hva som har skjedd og hva vi må i småbarnsårene. *Person 2:* ... vi kan få legen til å se om det er mye alvorlig psykiatri i familien. Det ser ikke PP-tjenesten.

Behovet for fastlegens og helsesøsters vurdering varierte imidlertid noe fra sak til sak. Motstanderne av dagens henvisningsordning mente at man kunne lære av habiliteringstjenesten hvor henvisningskravene var mindre strenge, og hvor helsesøster kunne henvende seg direkte.

Også er det litt interessant å se over til et annet område i spesialisthelsetjenesten, altså habiliteringstjenesten som da ikke har så strenge krav til hvem som henviser. For der kan jo helsesøster bare henvende seg hvis hun har en unge som hun er bekymret for på helsestasjonen.

4.2 Henvisningsskjemaet

Gjeldende henvisningsskjema er et standardisert skjema for institusjoner innen psykisk helsevern for barn og unge. Skjemaet er en del av sektorens elektroniske pasientjournal, og dekker opplysninger som er krevd innrapportert til Norsk Pasientregister (NPR), som del av nasjonal styringsinformasjon for spesialisthelsetjenesten. Det finnes en nedlastbar versjon av skjemaet (<http://www.ssbu.no/Doks/Henvisningsskjema.pdf>). Skjemaet ble sist revidert 03.09. 2002.

4.2.1 Bruk av henvisningsskjemaet

Intervjuundersøkelse viste at informasjonen fra de kommunale tjenestene i forbindelse med henvisningen var sentrale for arbeidet til BUP. Opplysningene som ble gitt gjennom henvisningsskjemaet representerte ikke bare formaliteter, men la et viktig grunnlag for de faglige vurderingene av barnet og familien. De kommunale tjenestenes opplysninger var for det første viktige for å kunne avgjøre sakens alvorlighet og hastegrad på best mulig måte. Mangelfulle opplysninger kunne i verste fall føre til at barnet og familien fikk feil behandlingsfrist, slik at de måtte vente for lenge på et behandlingstilbud. Videre var opplysningene viktige for å kunne avgjøre hvor saken hørte hjemme; innenfor BUP, eller om

barnet trengte hjelp fra andre instanser som for eksempel habiliteringstjenesten eller barneavdelingen. BUP ønsket også å unngå at behandlingen ble for vilkårlig: " Det er ikke vilkårlig hvor sakene havner. Vi må tenke om det her er saker som virkelig har nytte av den type behandling."

Informanter ved BUP opplevde at henvisningsskjema var et viktig verktøy for å sikre informasjon fra de kommunale instansene til BUP. Henvisningsskjema var viktigst i startfasen av behandlingen, både i vurderingen og i den første behandlingssamtalen. Det synes samtidig som at den enkelte BUP vektla henvisningsskjema noe ulikt. Ved BUP-A ble henvisningsskjemaet fremholdt som en viktig del av BUP sin arbeidsform og hverdagslige praksis. Ved BUP-B var henvisningsskjema mye brukt, men samtidig noe mindre vektlagt. Som i det fremkom i diskusjonen under intervjuet:

Person 1: Jeg vil jo si det at sånn i forhold til klinisk arbeid, så er jo ikke det der (henvisningsskjema) noe viktig grunnlag for det arbeidet vi faktisk gjør. (...) *Person 2:* For å kunne få i gang et godt arbeid så trenger vi jo informasjon, men det er begrenset hva slags opplysninger vi får her, og hva slags symptombeskrivelse. Så jeg tenker at vedleggene som legges ved er viktigere behandlingsmessig. *Person 3:* Jeg synes det ble en litt rar problemstilling på om det enten var viktig eller ikke. Det er nødvendig, men det er ikke tilstrekkelig. Du kan ikke ta inn pasienter uten at dette er fylt ut, bl.a. dette med foreldrenes samtykke. Så sånn som jeg tenker så er dette skjemaet helt nødvendig, men det er ikke tilstrekkelig. *Person 4:* Men det fanger mer opp sånne formelle, praktiske opplysninger som vi trenger. *Person 5:* Jeg opplever at det er nyttig for å få oversikt over hvem som er inne i bildet nå, så slipper du å lese hele vedlegget, for det er ofte et sammendrag av vedlegget. Skal du ha oversikt er det veldig greit å kunne lese det. Det er ikke alltid det er like bra, men til vanlig så er det jo det.

Henvisningsskjemaet kunne dermed bli benyttet på noe ulike måter i det daglige arbeidet. I likhet med det som fremkommer i sitatet over, fremholdt alle BUPer og kommuner, vedleggenes viktige betydning i henvisningsprosessen.

Ved to andre BUPer ble det oppgitt at henvisningsskjemaet ikke alltid ble benyttet ved henvisning, selv om det var økende bevissthet om dette. Ved alle BUPer og kommuner fortalte man at det var vanlig praksis at henviser fylte ut henvisningsskjema mer eller mindre ufullstendig, for så å legge ved ulike vedlegg. Årsaken til at kommunale instanser ofte valgte å gi opplysningene som vedlegg var henvisningsskjemaets utforming, hvor de små feltene og rutene gjorde det vanskelig å fylle ut alle opplysningene. Det var dermed praktisk enklere å legge ved vedlegg:

Jeg tror at det er helt vanlig at vi vedlegger ting som utdyper henvisningen. Det er noen bitte små firkanter som man skal fylle ut på det henvisningsskjemaet, så det lar seg jo lettere beskrive ved hjelp av andre dokumenter og vedtak som vi har. Det eneste jeg er vant til at vi får tilbake, er når det er spørsmål om samtykke fra begge foreldre, hvor de er veldig nøye. Vi hadde også en situasjon hvor de ikke godtok stedfortredende leders underskrift, for det stod at det skulle være barnevernets leder. Stedfortrederen var jo ikke leder, så da fikk vi det i retur.

Fagpersoner ved BUP mente at det var viktig at henviserne benyttet standard henvisningsdokument, fordi dette etterspør opplysninger som BUP trenger. BUP opplevde imidlertid ofte at skjemaet var ufullstendig utfyllt, og at en måtte bruke mye ekstra tid og ressurser på å skaffe tilveie nødvendige opplysninger, som for eksempel navn på begge foreldre, og hvem barnet bor sammen med. Informantene fra BUP presiserte samtidig at de opplysningene som etterspørres i skjemaet er nødvendige, men ikke tilstrekkelige for å

iverksette behandling i BUP. BUP trengte mye dokumentasjon om saken som vedlegg til henvisningsskjemaet

Fagpersoner i kommunene mente at skjemaet er utformet på en lite hensiktsmessig måte, blant annet fordi det har avsatt for lite plass for henvisers vurderinger. Det finnes ikke en elektronisk versjon av skjemaet, - og det må derfor skrives for hånd. Dette ble opplevd som tungvint. Henvisningsskjemaet tydeliggjør ikke hva BUP ønsker/forventer at henviser / kommunen har gjort forut for henvisningen:

Det man kan lure på er jo om BUP virkelig ønsker bare de objektive data som man sitter med, eller om de ønske ren vurdering av hva som er bakgrunnen for henvisningen.....Jeg er usikker på om de faktisk er interessert i vurderingene våre.

Legene var mest negative til bruk av skjemaet. De opplevde at skjemaet var lite hensiktsmessig. Blant annet fordi det ikke etterspørres medisinske opplysninger og helseopplysninger. Det er også utydelig hva henvisende lege /barnevernleder skal skrive i forhold til de andre involverte instanser. Legene mente for øvrig at det finnes alt for mange skjema, og at det burde være ett felles skjema som benyttes ved henvisning til spesialisthelsetjenesten.

4.2.2 Forslag til forbedring av henvisningsskjemaet

I det følgende presenteres punkter til forbedring av henvisningsskjemaet. Punktene er basert på innspill fra fagmiljøene som har deltatt i prosjektet gjennom intervjuundersøkelser eller i referansegrupper.

- Det standardiserte henvisningsskjemaet kan gjøres enklere og kortere. Dette forutsetter at det innføres bruk av en sjekklister for hvilken dokumentasjon som skal vedlegges skjemaet.
- Henvisningsskjemaets overskrift er utdatert ordbruk (Henvisningsskjema til barne- og ungdomspsykiatrien). Tittel bør endres til: *Henvisningsskjema til psykisk helsevern for barn og unge*.
- Henvisningsskjemaet fanger ikke opp det tverrfaglige utredningsarbeidet i kommunen i stor nok grad. I skjemaet skiller det ikke tydelig nok mellom hvem som er utreder og hvem som er henviser. Skjemaet bør etterspørre hvilke aktører som har vært involvert i saken (ved avkrysning), samt en kort oppsummering av tidsbruk i utredning og evt. behandling.
- Henvisningsskjemaet bør etterspørre en kort beskrivelse av symptombildet, familiesituasjon og miljømessige belastninger.
- Det er avsatt for lite plass til helseopplysninger fra fastlegen.
- Det etterspørres for detaljerte opplysninger om barnvernet i forhold til andre aktuelle instanser.
- Det bør stiles spørsmål om barnet/ ungdommen har en individuell plan.
- Henvisningsskjemaet må bli mer tilgjengelig for fastlegen. Det bør være mulig å fylle ut skjemaet elektronisk.

4.2.3 Bedre kunnskap om hvilke opplysninger BUP ønsker

BUP mente også man kan forbedre henvisningene fra kommunale instanser ved å tydeliggjøre hvilke forventninger og behov BUP har. Det ble fremholdt at det var mye kompetanse og opplysninger i kommunen. Problemet var imidlertid at det var uklart hvor og hvordan man skulle systematisere og plassere opplysningene.

BUP mente at det ofte var stor mangel på kunnskap i kommunen om hvordan henvende seg til BUP på en riktig måte. Det er derfor nødvendig med bedre informasjon og veiledning for å øke forståelsen ved de kommunale deltjenestene for hva som var viktige opplysninger for BUP:

Vi burde kanskje anstrenge oss litt for å lage en sjekkliste som er helt tydelig på hva vi er ute etter når vi får en henvisning.

På samme vis etterspurte kommunene informasjon om BUP sitt behov:

Jeg tror det er behov for at BUP går gjennom hva de egentlig ønsker å etterspørre fra førstelinja...De må være presise på hva de faktisk etterspør, tenker jeg. Jo mer presise de klarer å være i sin beskrivelse på vurderingsbiten, jo raskere vil de kunne sette i gang tiltak.

Informasjonsbehovet gjorde også at informantene fra kommunene opplevde at sjekklister eller liknende kunne være nyttige:

Poenget må jo være at de er BUP som definerer sjekklista, for det er jo de som skal bruke de opplysningene.... At man fyller ut et skjema med de objektive vurderingene, og at de foreligger en sjekkliste for en rapport som skal utarbeides i tillegg, det høres veldig fornuftig ut.

4.2.4 Sjekkliste for henvisende instans

Henvisere i kommunene var stort sett positive til bruk av sjekkliste i forbindelse med henvisning til BUP. En av kommunene i utvalget brukte en slik sjekkliste i dag, og mente at dette fungerte svært bra. Kommunen foretok alltid svært grundige utredninger av barn før henvisninger til BUP, med det resultat at sakene nesten alltid ble tatt i mot av BUP.

I en annen kommune var man litt mer reservert i forhold til innføring av sjekkliste, - og poengterte at dette ikke måtte komme som et pålegg, men mer som en rettesnor. Informantene var blant annet engstelige for at sjekklisten vil medføre en rigiditet, der man risikerte å bli avvist dersom ikke riktig kartleggingsinstrument eller test ble anvendt.

FORSLAG TIL SJEKKLISTE

I det følgende foreslås en sjekkliste for henvisende instans. Sjekklisten er basert på informasjon og opplysninger fra fokusgruppeintervjuer med fagpersoner fra kommune og BUP, og på innspill fra referansegruppene i prosjektet.

Tabell 4.1 Forslag til sjekkliste for henvisende instans.

Opplysninger som bør foreligge når et barn eller ungdom henvises til BUP
1. Det aktuelle problemet: Symptombeskrivelse med varighet og alvorlighetsgrad, samt barnets egen opplevelse av vanskene
2. Nåværende situasjon: Beskrivelse av barnets sosiale situasjon i familie, skole og nettverk. Beskrivelser av ressurser: Barnets ressurser (kognitivt, psykisk, interesser og ferdigheter), samt ressurser i familie og nettverket Informasjon om pasientens og familiens opplevelser av saken og deres synspunkter Fungering i barnehage/ skole, sosial fungering, eventuelle spesialpedagogiske tiltak eller tilrettelagt undervisning. Ved skolefaglige vansker: beskrivelse av faglig fungering og resultat av kognitiv kartlegging. Beskrivelse av samarbeid hjem – skole/ barnehage.
3. Tidligere utredning i 1. og 2. linje tjenesten: Beskrivelse av hva som er gjort av hvem, med vurdering og konklusjon.
4. Tidligere og pågående hjelpetiltak: Beskrivelse og vurdering av tiltak. Begrunnelse for å fortsette eller avslutte tiltaket.
5. Somatisk status /oppsummering av helsekort: Tidligere sykdom samt somatisk status presens. Eventuelle psykiske vansker i familien.
6. Ved henvisning av konsentrasjonsvansker, ADHD problematikk o.l.: Resultat av kartlegginger legges ved, sammen med beskrivelser av barnets utviklingshistorie; motorisk, språklig, emosjonelt og sosialt.
7. Ved henvisning med mistanke om spiseforstyrrelse: Det skal være foretatt en somatisk undersøkelse, og tatt blodprøver som grunnlag for henvisningen.
8. Ved henvisning av barn/unge 0-16 år skal begge foreldre gi sitt samtykke: Begges underskrift kreves såfremt begge har juridisk foreldreansvar. Ungdom i alderen 16-18 år skal selv samtykke.

4.3 Oppsummering og vurdering

I dette kapitlet har vi fokusert på hvordan man kan forbedre rutinene i forbindelse med henvisning av barn og unge til psykisk helsevern. Materialet er i hovedsak basert på intervju med fagpersoner fra kommunene. I tillegg har vi bearbeidet innspill som har kommet fra prosjektets to referansegrupper. Kapitlet omfatter forslag til forbedring av standard henvisningsdokument og sjekklister for henvisende instans.

Fagmiljø i kommune og BUP er enige i at henvisningsprosessen har et forbedringspotensial. Utfordringer er særlig knyttet til å få ned henvisningstiden, unngå unødvendige henvisninger, samt å oppnå en mer grundig og samordnet utredning fra de kommunale deltjenestene. Informantene vektlegger behovet for bedre formelle og uformelle samarbeidsrutiner innen kommunen, og mellom kommunen og BUP i forbindelse med utredning og henvisning. Intervjuundersøkelsen gir inntrykk av at disse utfordringene kan være større i de største, sammenlignet med i de mindre kommunene.

Informanter fra kommunene fremhever at det vil være mulig å korte ned utrednings- og henvisningstiden gjennom utvikling av bedre rutiner og intern kommunikasjon. De kommunale deltjenestene må bli flinkere til å innhente opplysninger fra alle aktører som er involvert i saken, og en må søke å trekke fastlegen mer inn i utredningsarbeidet. PP-tjenesten og helsesøstertjenesten etterlyser tettere dialog med fastlege, og et bedre samarbeid med barnevernet for utveksling av relevante opplysninger. Rutinemessig bruk av nettverkskart, der en nedtegner alle involverte tjenester og kontaktpersoner, kan sikre at det foreligger oversikter over aktuelle utredere. Informantene fremhever også betydningen av at BUP samarbeider med de kommunale tjenestene i forhold til kvaliteten på henvisningen, for eksempel gjennom deltagelse i kommunens tverrfaglige kontaktmøter, eller i ansvarsgruppemøter. Studien tyder på at det er variasjoner mellom BUPene i forhold til hvor utadrettet de jobber mot kommunene.

Spørsmålet om henvisningsrett aktualiseres i diskusjonen om forbedring av henvisningsrutiner til BUP. Informanter i undersøkelsen fremlegger en oppfatning om at dagens lovebestemmelse, der lege eller barnevernleder må signere henvisningen, er tungvint og begrenser tilgjengeligheten til BUP, blant annet fordi en kan risikere å måtte vente lenge på legens underskrift. Blant de kommunale deltjenestene er det særlig PP-tjenesten (og psykologene) som fremmer et ønske om henvisningsrett. Det foreslås at kontakt og samarbeid med fastlegen i forhold til utredning og oppfølging sikres gjennom etablering av andre rutiner enn den formelle henvisningsretten.

Når barn og unge henvises til BUP benyttes vanligvis et standardisert henvisningsskjema. Eksisterende skjema er en del av sektorens elektroniske pasientjournal, og dekker opplysninger som kreves innrapportert til Norsk pasientregister. Skjemaet ble sist revidert 03.09. 2002. Intervjuundersøkelsen viser at informasjon som etterspørres i henvisningsskjemaet er nyttig for BUP. Samtidig foreslås en rekke forbedringsmuligheter.

Innføring av sjekklister for henvisende instans foreslås som et tiltak for å bedre henvisningsrutinene til BUP. En slik sjekklister vil tydeliggjøre hvilke opplysninger og vurderinger BUP etterspør. Sjekklister bør være en rettesnor for henviser, og ikke et pålegg.

I vurdering av hvorvidt det vil være hensiktsmessig å innføre en sjekklister for henvisende instans må en ta hensyn til at grad av suksess ved bruk av en slik liste vil kunne variere med hvilken kompetanse som finnes i kommunen, og med hvordan de kommunale deltjenestene fungerer tverrfaglig. En må sikre at henvisningsrutiner ikke blir barrierer, men hjelpemiddel i tiltaksprosessen. I mange kommuner vil det blant aktuelle henvisere være behov for økt kompetanse om psykiske lidelser, - for å tilfredsstille BUP sine ønsker og forventninger til kvalitet i henvisningsdokumentene, og for at barn og unge raskere skal få et riktig tilpasset behandlingstilbud.

5 Innhold og kvalitet i epikrisene

Hovedmål i denne delundersøkelsen har vært å undersøke hva som er innholdet i epikrisen, i hvilken grad det er av tilfredsstillende kvalitet, samt hvem som mottar epikrisen. For å undersøke dette har vi benyttet data fra kartlegginger foretatt av henvisere i kommunen, av den epikrisen de sist har mottatt fra BUP. Datamaterialet utgjør i tillegg kartlegginger foretatt av BUP, av de 10 sist sendte epikrisene. Dette kvantitative datamaterialet gir grunnlag for en sammenstilling av de kommunale instansenes vurderinger, - med BUP sine egne vurderinger av hva som er innholdet i epikrisen. Kvalitet og innhold i epikrisen belyses også ved bruk av det kvalitative datamaterialet.

5.1 Resultater fra kartleggingsundersøkelsen i kommunen

5.1.1 Utvalget

Det foreligger kartlegginger av i alt 68 epikriser, som ulike henvisere i kommunen har mottatt fra BUP (jfr. pkt 2.4 og tabell 2.1). Tabellen under gir en oversikt over hvilke instanser som henviste disse sakene til BUP.

Tabell 5.1 Henviser for saker der kvalitet og innhold i epikrisen er kartlagt.

Henvisere	Antall	Prosent
Fastlege /allmennlege	40	59
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	12	18
Skole/barnehage	1	2
PP-tjenesten	3	4
Barnevern	10	15
Annen instans	2	3
Totalt	68	100

Det fremgår av tabellen at fastlege har henvist 59 prosent av de aktuelle sakene, og at 18 prosent er henvist fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsetjenesten og barneverntjenesten er noe overrepresentert, og PP- tjeneste noe underrepresentert sammenlignet med den fordelingen av henvisende instanser vi fant i kartleggingen av henvisninger (jfr. pkt 3.1.2.2. og figur 3.4).

5.1.2 Adressat for epikrisen

På spørsmål om hvem epikrisen er sendt til oppgis henvisende instans og fastlege som adressat for henholdsvis 62 og 66 prosent av epikrisene. En av fire epikriser er sendt til

“andre instanser”. I 29 prosent av sakene blir det oppgitt at epikrisen er sendt til pasienten/pårørende.

5.1.3 Vurdering av innhold og kvalitet i epikrisen

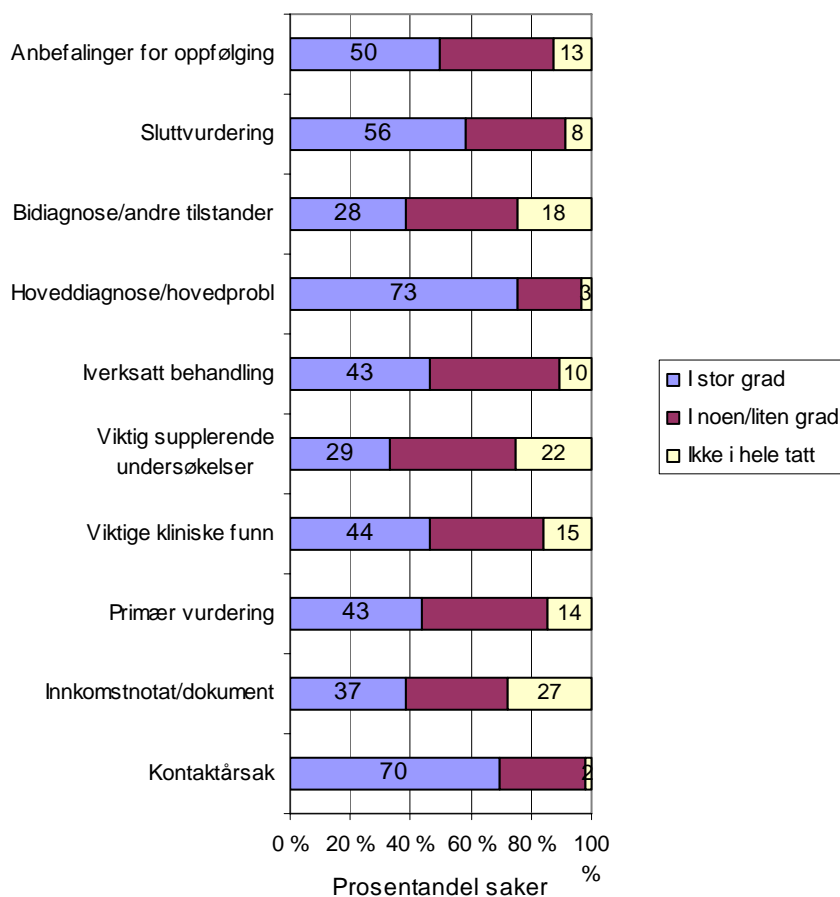
Mottagere av epikrisen ble videre bedt om å vurdere kvalitet og innhold i epikrise mottatt fra BUP. Vi stilte spørsmålet om i hvilken grad epikrisen inneholder presise og fullstendige opplysninger om en rekke forhold. Tabell presenterer svarene på dette spørsmålet.

Tabell 5.2 Henvisers vurdering av innholdet i epikrisen. Prosentandel.

I hvilken grad inneholder epikrisen presise og fullstendige opplysninger om:	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt	Ikke aktuelt
Kontaktårsak (n=63)	70	19	10	2	0
Innkomstnotat/dokument (n=63)	37	22	10	27	5
Primær vurdering (n=63)	43	27	14	14	2
Viktige kliniske funn og undersøkelser (n=62)	44	21	15	15	7
Viktige supplerende undersøkelser (n=63)	29	18	19	22	13
Iverksatt behandling (n=63)	43	32	8	10	8
Hoveddiagnose/hovedproblemet (n=62)	73	13	8	3	3
Bidiagnoser/andre tilstander (n=61)	28	15	12	18	28
Sluttvurdering (n=62)	56	24	8	8	2
Anbefalinger for oppfølging (n=64)	50	30	8	13	0
Datering og signering av behandlingsansvarlig (n=62)	92	0	0	8	0

Resultatene er også presentert i figur 5.1, der vi har slått sammen kategoriene “i noen grad”/“i liten grad”. Prosentandel svar i kategorien “ikke aktuelt” er ikke presentert i figuren.

Figur 5.1 Kommunal instans sin vurdering av innhold og kvalitet i epikrisen (n=68).



I henhold til mottager av epikrisen sin vurdering gis det i de fleste epikrisene (ca 70 prosent) "i stor grad" god og utfyllende informasjon om kontaktårsak, og hva som er barnets hovedproblem/hoveddiagnose. Om lag halvparten av epikrisene har tilsvarende god sluttvurdering og anbefalinger for oppfølging. Opplysninger og beskrivelser av den primære vurderingen, viktige kliniske funn og undersøkelser, samt iverksatt behandling, vurderes som "i stor grad" presise og fullstendige i om lag 45 prosent av epikrisene.

5.2 Resultater fra BUP sin kartlegging av epikrisen

Innholdet i epikriser kan også belyses med utgangspunkt i kartleggingen foretatt av BUP. Det foreligger opplysninger fra BUP vedrørende innhold i 500 sendte epikriser.

5.2.1 Om utvalget

Tabell 5.3 gir en oversikt over hvem som henviste de aktuelle sakene.

Tabell 5.3 Henviser i saker der BUP har kartlagt innholdet i epikrisen.

Henvisere	Antall	Prosent
Fastlege /allmennlege	289	58
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	73	15
PP-tjenesten	33	7
Barnevern	50	10
Somatisk sykehus	15	3
Annen BUP	15	3
Annen instans*	21	4
Totalt	496	100
Ubesvart	4	

*skole/bhg, sosialtjeneste, hab. tjeneste, "andre".

Fordelingen av henvisere for de aktuelle sakene er i overensstemmelse med tilsvarende opplysninger innhentet i forbindelse med kartleggingen av 500 hevnisninger mottatt av BUP (jfr. Figur 3.4) Den kommunale helsetjenesten, representert ved fastleger eller helsestasjons- og skolehelsetjenesten er registrert som henvisere for i alt 73 prosent av sakene.

Tabell 5.4 gir en oversikt over de viktigste henvisningsgrunnene for utvalget i epikrisekartleggingen.

Tabell 5.4 Viktigste henvisningsgrunn i saker der BUP har kartlagt innholdet i epikrisen.

Henvisningsgrunn	Antall	Prosent
Autistiske trekk	6	1
Psykotiske trekk	9	2
Suicidalfare	37	7
Hemmet atferd	26	5
Angst/fobi	66	13
Tvangstrekk	9	2
Tristhet/depresjon	109	22
Skolefravær	10	2
Atferdsvansker	87	17
Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker	61	12
Asosialitet/kriminalitet	3	1
Lærevansker	1	0
Språk/talevansker	2	0
Spiseproblem	11	2
Andre somatiske symptomer	10	2
Annet	33	7
Ingen	19	4
Totalt	499	100
Ubesvart	1	

Også fordelingen av henvisningsgrunner er i stor overensstemmelse med den vi finner kvalitetskartleggingen av henvisningene (jfr. figur 3.5). I samsvar med nasjonal statistikk over henvisninger til BUP i 2005 (Pedersen, 2006) er tristhet/ depresjon, atferdsvansker og hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker de tre mest vanlige problemområdene for barn/ ungdom som omfattes av denne undersøkelsen.

5.2.2 Adressat for epikrisen

Tabellen under viser hvem som har mottatt epikrisene.

Tabell 5.5 Instanser som ha mottatt epikrise fra BUP

Mottaker av epikrise	Antall	Prosent
Henvisende instans	396	79
Fastlege	223	45
Andre instanser	87	17
Pasient/ pårørende	169	34

I følge BUP sine rapporteringer blir 79 prosent av epikrisene sendt til henvisende instans. Vi har tidligere sett at dette vanligvis er fastlege (58 prosent) (jfr. Tabell 5.1). Resultatene viser at det i mange tilfeller er vanlig å sende epikrisen både til fastlege og til evt. annen henvisende instans. Om lag en av fem epikriser sendes til annen instans enn fastlege og henviser. I fritekstfelt i spørreskjemaet har vi fått opplysninger om at dette vanligvis er PP-tjenesten og barneverntjenesten. I om lag en av tre saker blir epikrisen sendt til pasient/pårørende.

Resultater viser i tillegg at 52 prosent av pasientene /pårørende har fått mulighet til å opplyse om hvem epikrisen skal sendes til. For de øvrige sakene var dette enten ikke aktuelt (26 prosent), eller denne muligheten ble ikke gitt (22 prosent).

5.2.3 BUP sin rapportering på innhold i epikrisen

I kartleggingsundersøkelsen ved BUP ble det som i undersøkelsen blant henviserne, stilt spørsmål om i hvilken grad epikrisen inneholdt ulike opplysninger og informasjon. Tabell 5.6 viser resultater fra denne kartleggingen.

Tabell 5.6 BUP sin rapportering av innholdet i epikrisen. Prosentandel.

I hvilken grad inneholder epikrisen opplysninger om:	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt	Ikke aktuelt
Kontaktårsak (n=498)	70	22	4	2	2
Innkomstnotat/dokument (n=479)	26	25	19	13	17
Primær vurdering (n=478)	46	29	12	5	7
Viktige kliniske funn og undersøkelser (n=488)	45	24	12	4	15
Viktige supplerende undersøkelser (n=481)	25	15	15	10	35
Iverksatt behandling (n=487)	52	22	5	3	18
Hoveddiagnose/hovedproblemet (n=498)	70	12	2	3	14
Bidiagnoser/andre tilstander (n=488)	25	14	8	8	44
Sluttvurdering (n=493)	69	22	3	1	6
Anbefalinger for oppfølging (n=488)	50	21	7	5	16
Datering og signering av behandlingsansvarlig (n=495)	96	4	0	0	0

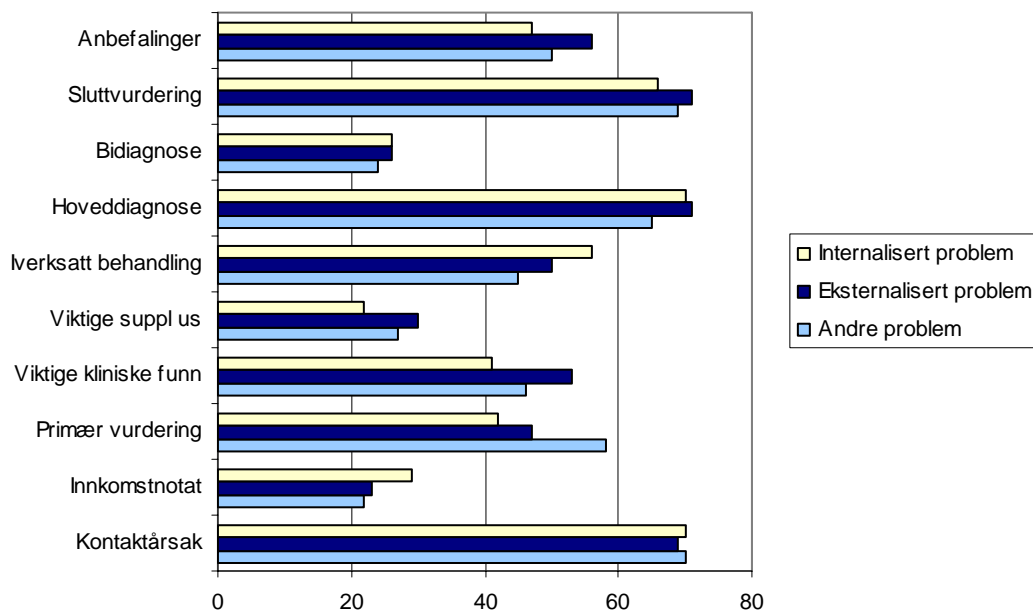
I følge BUP sin egen rapportering, inneholder epikrisene "i stor grad" opplysninger om kontaktårsak, hva som er barnets hovedproblem/hoveddiagnose, samt en sluttvurdering. Om lag halvparten av epikrisene inneholder "i stor grad" opplysninger om den primære vurderingen, viktige kliniske funn og undersøkelser, hvilken behandling som er iverksatt, samt anbefalinger for oppfølging. I 12 prosent av sakene er det "i liten grad" eller "ikke i hele tatt" gitt oppfølgingsveiledning.

Informasjon og opplysninger som gis i epikrisen kan variere med type problemområde hos barnet / ungdommen. Vi har undersøkt dette ved å sammenligne andel saker, som i følge rapporteringer fra BUP "i stor grad" har opplysninger/informasjon i epikrisen, mellom pasientgrupper med ulike problemområder, henholdsvis internaliserte problemer, eksternaliserte problemer og andre problemer. I kategorien internaliserte problemer (n=260) inngår pasienter med følgende problemområder (viktigste henvisningsgrunn); hemmet atferd, angst/fobi, tvangstrekk, tristhet/depresjon, autistiske trekk, psykotiske trekk, suicidalfare. Kategorien eksternaliserte problemer omfatter pasienter med atferdsvansker, hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker, rusmiddelmisbruk og asosialitet / kriminalitet

(n=151), mens kategorien "andre problemer" (n=76) er pasienter med skolefravær, lærevansker, språk/talevansker, syn/hørselsproblemer, spiseproblemer, andre somatiske symptomer, annet og ingen henvisningsgrunn.

Resultatet av denne sammenstillingen er presentert i figuren under.

Figur 5.2 Opplysninger som i "stor grad" er gitt i epikrisen etter ulike problemområder hos pasienten.



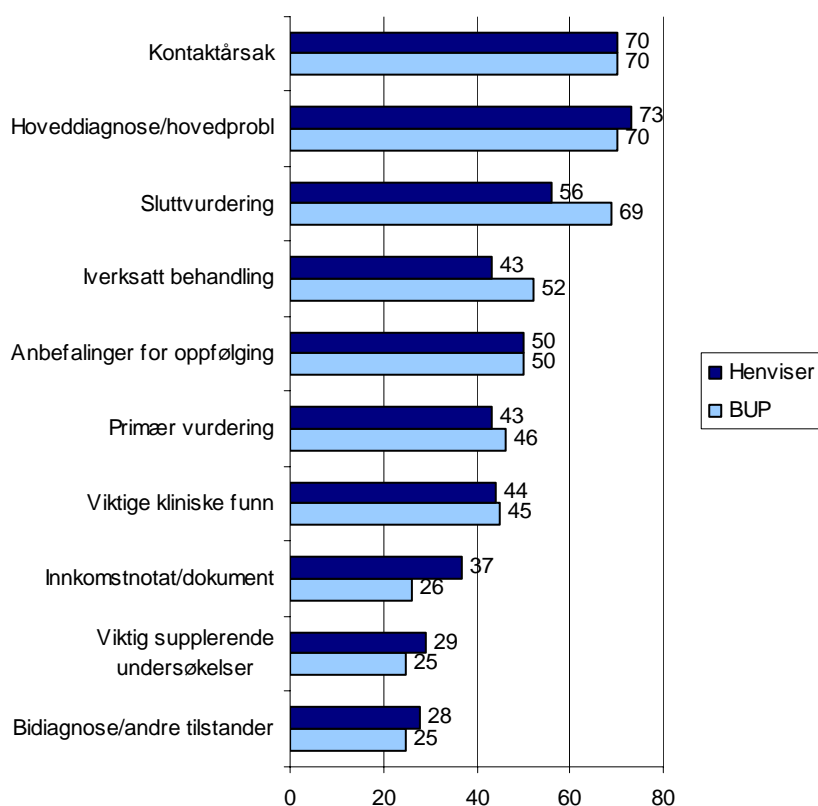
Det er en statistisk signifikant forskjell mellom gruppen barn/ unge med internaliserte problemer og de med eksternaliserte problemer med hensyn til andel som "i stor grad" har opplysninger om viktige klinisk funn i epikrisen ($\chi^2= 5,6$, $p=0,018$). I tillegg finner vi at forskjellen mellom disse to gruppene i andel som "i stor grad" har fått anbefalinger for oppfølginger, tenderer til å være høyere hos gruppen med eksternaliserte,- sammenlignet med de med internaliserte problemer ($\chi^2=3,7$, $p=0.055$).

Videre finner vi at det er en statistisk signifikant høyere andel pasienter i gruppen med "andre problemer" som "i stor grad" har opplysninger om primær vurdering, sammenlignet med pasienter i gruppen med internaliserte problemer ($\chi^2=5,4$, $p=0,02$). For øvrig er det forholdsvis små forskjeller mellom de tre pasientgruppene med hensyn til innhold/kvalitet i epikrisene.

5.2.4 Sammenstilling av kommunal aktør og BUP sin rapportering på innhold i epikrisen

Kommunal instans (mottager av epikrisen) og BUP har svart på de samme spørsmålene vedrørende innhold i epikrisen. I figur 5.1 har vi sammenstilt disse svarene ved å presentere andel saker der epikrisen "i stor grad" inneholder de respektive opplysningene.

Figur 5.3 Rapportering på innholdt i epikrisen fra BUP og kommunal instans (henviser).



Note. N varierer fra 61-63 for henviser og fra 478-498 for BUP

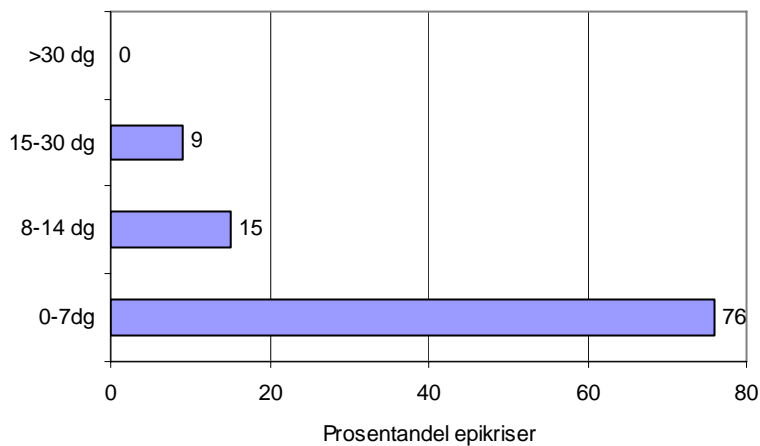
Figuren viser at det er høy overensstemmelse i svar gitt fra BUP og fra kommunal instans, når det gjelder vurderinger av opplysninger som "i stor grad" foreligger i epikrisen. Det er størst forskjell i svar når det gjelder i hvilken grad epikrisen inneholder en sluttvurdering. I følge BUP sin rapportering inneholder 69 prosent av epikrisene "i stor grad" en slik vurdering, mens kommunal instans (henviser) mener at dette gjelder for 56 prosent av sakene.

5.2.5 Epikrisetid

Epikrisetid, eller tid som medgår (i dager) fra behandling avsluttes til epikrisen er sendt ut, er en av flere kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern (voksne og BUP). Indikatoren defineres som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen sju dager etter avsluttet behandling (Sosial – og helsedirektoratet, 2003).

Median epikrisetid rapportert fra BUP (n=437) er tre dager, men en spredning fra 0 til 932 dager. Figur 5.4 viser andel saker etter hvor lang tid det har tatt før BUP har sendt epikrisen.

Figur 5.4 Andel saker etter epikrisetider.



I følge BUP sine egne rapporteringer blir 76 prosent av epikrisene sendt innen sju dager etter avsluttet behandling. Omlag en av ti epikriser sendes etter 15- 30 dager, som er lengste rapporterte epikrisetid. Til sammenligning viser nasjonal statistikk for 1. tertial 2006, at 82,6 prosent av epikrisene fra psykisk helsevern for barn og unge ble sendt innen sju dager fra avsluttet behandling (www.sykehusvalg.no).

5.3 Resultater fra intervjuundersøkelsen

Et gjennomgående funn i intervjuene var at epikrisen hadde en underordnet posisjon i kommunene. Det virket å være mindre bevissthet rundt den skriftlige informasjonen fra BUP, enn til BUP. I et intervju med BUP syntes for eksempel det å se på epikrisen som et aktivt samhandlingsverktøy og som noe mer enn en formalitet, å være en "aha" - opplevelse, fordi man i liten grad tenkte på epikrisen ut fra et videre samhandlingsperspektiv.

5.3.1 Hvem epikrisen sendes til og når

Informantene i kommunene mente at epikrisen ofte var nyttig fordi den ga informasjon om hvilke tiltak de skal iverksette. Det var imidlertid ulike erfaringer med epikrise fra BUP. Alle kommunene, også fastleger og barnevern, fortalte at det forekom at de overhodet ikke fikk epikrise fra BUP. Problemet virket å være størst ved poliklinikker som hadde mindre rutiner for epikriser, sammenlignet med poliklinikker som var organisert i klinikker med sengeavdelinger.

Tiden før epikrisen ble sendt varierte mye, fra en dag til flere uker eller måneder. I en kommune fortalte en informant at "syv dager kan jeg ikke huske". Informantene, både i BUP og i kommunene, mente at epikrisene ofte kunne bli sendt ut for sent. Ved BUP-C hadde man derfor den siste tiden arbeidet mye med å få sendt ut epikrise syv dager etter avsluttet behandling.

I likhet med henvisningsprosessen var det en særskilt utfordring å sikre tverrfaglig informasjonsflyt. Dette viste seg for eksempel ved at epikrisen, som vanligvis ble sendt til fastlegen eller barnevernet, ikke ble formidlet videre til andre tjenester som var involvert i saken. Dette kunne være helsesøster og PP- tjenesten.

En helsesøster fortalte at hun "nesten ikke kunne huske å ha sett en epikrise fra BUP, men jeg har kanskje sett en og annen rapport da."

Det var imidlertid noe ulik praksis på dette området. I noen kommuner kunne helsesøster eller PP- tjenesten få tilsendt epikrisen. Ved BUP-C sendte man vanligvis også utredningsrapporten ut til de som var involvert i saken. Man sendte også tilbakemelding til familien, som flere mente var de som "eier epikrisen". Ved de to andre BUPene, mente man at taushetsplikten påvirket deres muligheter for å sende ut epikriser til andre aktører.

Det er helseopplysninger, så vi må ha kontroll på hvem som skal ha det. Også arbeider vi veldig mye på samtykke i fra foreldrene eller ungdom, så vi må se det litt i den sammenhengen og ikke bare det at nå skal vi gi dem det de har lyst på. De må ha et reelt behov for det.

Det var dermed nødvendig å skille mellom hvor omfattende helseinformasjon de enkelte aktører skulle ha, for eksempel henholdsvis lærerne, PP- tjenesten og helsesøster. Dette kunne gi et dilemma, fordi skolene ofte etterlyste informasjon som man ved BUP mente var for sensitive. Andre mente at informasjonen kunne differensieres og gis dersom foreldrene samtykket til dette. Alle fremholdt imidlertid at det i dag ikke er gode nok rutiner på å videreformidle kunnskapen fra epikrisene.

5.3.2 Innhold og kvalitet i epikrisen

Innholdet i epikrisene ble beskrevet av informantene fra BUP. Ved BUP- A kunne det være to personer i teamet som skrev epikrisen sammen. Epikrisen gjenga navn, henvisningsgrunn, bakgrunnsopplysninger, behandling, utredning og vurdering for videre oppfølging. Epikrisen inneholdt ofte vurdering av arbeidet, hvem som hadde vært inne i saken, antall ganger barnet hadde mottatt behandlingstiltak, konklusjon, samt veien videre fremover. Ved BUP-B hadde de lagt vekt på at epikrisen ikke skulle være for lang, og maksimum to sider. Epikrisen skulle sendes ut før BUP avsluttet saken, men etter at man hadde utredet og stillt diagnose. Det var også vanlig å beskrive behandlingstiltak som ble gitt ved BUP underveis. På denne basis samarbeidet man videre om tiltak. I tillegg sendte man epikrise etter avslutning. Denne var ofte kort og henviste til forrige epikrise. Ved BUP- C hadde de utarbeidet en mal for epikrisen. Den skulle være forholdsvis kort og inneholde fakta og en konklusjon. Dette kunne være bakgrunn for saken, hvem som har arbeidet med saken, hvilke problemer man hadde tatt fatt i, hva som var gjort, konklusjon, beskjed om saken er avsluttet eller ikke fra BUP sin side, samt hva man tenker om den videre oppfølgingen av familien.

Blant de kommunale deltjenstene var det ønske om bedre skriftlig informasjon fra BUP for å øke kvaliteten på oppfølgingen fra kommunenes side, som i intervjuet med kommune A:

Person 1: Det der med skriftlig materiale tenker jeg er sentralt, fordi den muntlige tilbakemeldingen som vi får på disse møtene, som av og til blir invitert til, det er for tilfeldig. Også har vi en faktor som heter turn over som går på at den muntlige informasjonen man husker, skal man skrive inn i en journal. Hvis man da kommer som ny i en sak, og får tredjehåndsopplysninger, det er ikke godt nok. Familien er jo en viktig informant, men foreldre som kanskje er i sorg eller er sinte, kan kanskje også være dårlige informanter. Ikke fordi de ønsker det, men fordi situasjonen tilsier det. Så det der med skriftliggjøring tror jeg at.

Intervjuer: Tror dere at det betyr noe for kvaliteten på arbeidet deres? *Alle:* Ja..

Det kommunale fagmiljøet mente ellers at epikrisenes innhold og kvalitet varierte med hvem som var saksbehandler ved BUP. Epikrisene kunne variere fra å være svært gode til å være svært mangelfulle. De fleste mente ellers at dokumentet var for tilfeldig og inneholdt for få opplysninger.

Så er jo det viktigste for oss å få vite litt kort hva som har foregått på BUP, og hva veien er videre. Hva er eventuelt helsesøster og henvisende lege sitt ansvar i det. Det må jo være ønsket vårt: at vi får en oppsummering, og skissert noe på veien videre. Det har vært noen såkalte utskrivningssamtaler, sånne avsluttende samtaler, slik at man muntlig har overlevert noe på akkurat det. Men det er ikke noe formelt og rutinepreget over det. Det har vært tilfeldig og avhengig av den enkelte saksbehandler på BUP, og kanskje den enkelte ute i skoletjenesten som sier "Jeg må ha noe".

Noen leger mente også at kvaliteten på epikrisene fra BUP var spesielt dårlige sett i forhold til spesialisthelsetjenesten forøvrig, og langt dårligere enn habiliteringstjenesten som ofte hadde høy kvalitet på epikrisene. Det var også ønske om at BUP nedtegnet i epikrisen hvilken person som skulle ha ansvar for å følge opp videre i kommunen. Dette vil kunne lette oppfølgingen etterpå.

I likhet med kommunene mente BUP at innholdet i epikrisen varierte noe etter hvilken fagperson som skrev denne, og hvem som var adressaten. BUP-B mente også at epikrisen ofte var mer rettet mot å beskrive det som var gjort, enn å gi råd og anbefalinger for videre arbeid.

Det som ofte står er at de har vært til behandling og at de har vært til behandling, kanskje åtte ganger i løpet av den perioden, og at de har fått den diagnosen ditten eller datten, og kanskje at de har fått noe medisin punktum. Og ikke noe mer. Det er ikke mye.

BUP mente at det var tid for å diskutere hva som burde være målet for epikrisen, og hva som kunne være en hensiktsmessig mal. Epikrisene inneholdt sjelden råd og veiledning til de kommunale tjenestene om hvordan de skulle arbeide videre med saken. Epikrisen og tilbakemeldingen kunne variere, og innholdet kunne bli noe for tilfeldig. De understreket samtidig at kommunale tjenester ofte fikk opplysninger dersom de ba om dette. Det var de mer systematiske rutinene, for at BUP ga ut skriftlig materiale på eget initiativ, som manglet.

5.3.3 Årsaker til lite bruk av epikrise

En grunn til at epikrisen var mindre fokusert ble også forklart med at den hadde preg av å være et medisinsk og somatisk sykehusorientert verktøy. Denne formen på informasjonssystemet kunne oppleves som mindre relevant i forhold til oppfølgingen av barn og unge med psykiske problemer, som vanligvis karakteriseres ved tverrfaglig arbeid. Som det fremgår av intervjuet ved BUP-C:

Person 1: Vi er jo opptatt av samarbeidet med henvisende instans, og de er jo ute i kommunen. Vi har oftest allerede gjort muntlig avtaler om at de andre overtar, når en sak er avsluttet, og fortsetter med et stykke jobb. Men når jeg tenker på somatikken og sykehuset, så har jo ikke de samme samarbeidsformene som vi er opptatt av å ha, så da er jo epikrise selvfølgelig et helt annet arbeidsredskap for de som skal ta imot. *Person 2:* Og det har de klaget veldig mye på tidligere, for når folk har vært på voksenpsykiatri og vært innlagt, og er hjemme igjen, så skal kommunen sette i gang noe, og ikke få noen epikrise. Men her blir det som du sier, at vi har mye samarbeid underveis, det blir en annen ordning rett og slett.

Det ble også påpekt at BUP hadde mangelfulle rutiner med hensyn til epikriser. Ved BUP-C hadde de ikke kjennskap til noen spesiell mal for epikriser. Ved andre poliklinikker kunne man ha utarbeidet en egen mal for hva som skal være innholdet i dokumentet. Innholdet i epikrisen ville derfor variere mellom de ulike poliklinikkene. Poliklinikkene opplyste at de

også kunne sende ut informasjon som vanlig brev, hvor de skrev at dette fungerte som en epikrise.

5.3.4 Bruk av annen informasjonsutveksling

Ved to BUPer var det vanlig at kommunale instanser fikk skriftlig tilbakemelding underveis, gjennom den foreløpige epikrisen, eller gjennom en foreløpig utredningsrapport. Ved større saker var det vanligvis en "overlappingsperiode" med skriftlig og muntlig informasjonsutveksling. Dette gjorde at epikrisen oftere ble en formalitet, og at BUP (C) mente at sju-dagersmålet for epikriseutsending ikke var så avgjørende.

I tillegg ble det ved alle BUPer fremhevet at de ofte ga muntlig tilbakemelding til de kommunale instansene, og at dette ofte inngikk i det videre samarbeidet med kommunen om barnet og familien. Ved alle BUPer var det også vanlig å diskutere oppfølgingstiltak ved å benytte muntlige tilbakemeldingsmøter med de involverte førstelinjetjenestene. I tillegg benyttet man ofte samværsrutiner, med henviserne eller sentrale personer i kommunen, som jobbet med saken underveis.

Sånn at den epikrisen ikke blir noen overraskelse. Da er de på en måte inne i saken, og er med i tenkningen før de får epikrisen. " Det var også ønske om dialog med kommunen og ikke en enveis- tilbakemelding til kommunen. Mant utviklet tiltak ut fra den enkelte instansen ulike ståsted og faglige måte å arbeide på. "Men en annen ting er dette med at jeg veldig gjerne vil ha en dialog, og ikke en enveis tilbakemelding. At det skjer gjennom den muntlige dialogen, i stedet for at BUP bestemmer/foreslår sånn og sånn. Det er liksom litt ulik faglig måte å jobbe på.

Epikrisen fikk på denne måten en mer underordnet informasjonsbetydning. Det ble samtidig fremholdt, av både BUP-B og BUP-C, at en større vekt på beskrivelser av anbefalinger og råd i epikrisen kunne tjene som dokumentasjon av behandlingen, og være nyttig i ettertid når nye saksbehandlere kom inn i saken. Den kunne også tjene som verktøy for BUP internt, for å få kort, rask og konsis informasjon om saken.

Informanter i kommune B fremholdt viktigheten av dette parallelle arbeidet. Fordi barnet eller ungdommen ofte ville motta tiltak i kommunal regi, gjennom ventetiden og gjennom behandlingen, var det viktig å ha en parallell samarbeidende funksjon mellom BUP og de kommunale tjenestene. Slik kunne man forhindre at de kommunale tjenestene fikk opplysninger om saken først når den ble avsluttet hos BUP. "De er med i en samarbeidsrelasjon fra starten av."

En slik tenkning om samhandlingsforholdet mellom første - og andrelinjetjenesten innebærer en noe annen tenkning enn at BUP er spesialisthelsetjenesten med størst kompetanse. Den gjensidige samhandlingsmodellen innebærer i større grad en mer flat struktur, der de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten utgjør likeverdige kompetansepartnere. I kraft av å ha ulik kompetanse og funksjon må de samordnes før, gjennom og etter behandlingsprosessen ved BUP. Dette er særlig viktig hos barn og unge som har behov for langvarig oppfølging, og hvor det var viktig at BUP jobber utadrettet i den hjemmesituasjon hvor barnet eller ungdommen befinner seg.

5.4 Oppsummering og vurdering

I dette kapitlet har vi fokusert på hvem som er adressat for epikrisen, samt innhold og kvalitet i dokumentet. Datamaterialet omfatter kartlegginger foretatt av henvisere i kommunen av den epikrisen de sist har mottatt fra BUP, samt kartlegginger foretatt av BUP, av de 10 sist sendte epikrisene. Som et supplement til de kvantitative dataene har vi benyttet materiale fra intervju med fagpersoner i kommune og i BUP.

OM UTVALGENE OG REPRESENTATIVITET I KARTLEGGINGSUNDERSØKELSENE

For å nå frem til mottagere av epikriser som BUP utformer valgte vi en fremgangsmåte der BUP videresendte våre brev til aktuelle henvisere. Totalt 105 henviserne responderte på spørreskjemaundersøkelsen, hvorav 37 tilbakemeldte at de aldri hadde mottatt epikrise fra BUP. Vi har derfor et begrenset utvalg på 68 aktører som har vurdert kvalitet og innhold i epikrisene.

Når vi sammenligner fordelingen av henvisende instanser for de aktuelle sakene med fordelingen i det større materialet fra kartleggingen av henvisningene, finner vi at helsetjenesten er noe overrepresentert, og PP- tjenesten noe underrepresentert i denne delstudien. De foreliggende vurderinger av kvalitet og innhold i epikrisen er i all hovedsak foretatt av fastlege/ allmennlege.

I tillegg til kartleggingen blant mottagere av epikrisen har også BUP kartlagt innholdet i de epikrisene de selv utformer. Det foreligger data vedrørende innholdet i 500 epikriser kartlagt av BUP. Det er stor overensstemmelse mellom de multiple målene på kvalitet og innhold i epikrisen. Vi konkluderer derfor med at delstudien har høy konvergent validitet.

ADRESSAT FOR EPIKRISEN

I følge BUP sine rapporteringer blir 79 prosent av epikrisene sendt til henvisende instans, som vanligvis er fastlegen (58 prosent). Om lag en av fem epikriser sendes til annen instans enn fastlege og henviser. I om lag en av tre saker blir epikrisen sendt til pasient/pårørende. Resultater viser i tillegg at i 52 prosent av tilfellene har pasientene /pårørende fått mulighet til å opplyse hvem epikrisen skal sendes til.

Informanter i undersøkelsen, også fastleger og barneverntjenesten, forteller at det forekommer at de ikke mottar epikrise fra BUP. Intervjuundersøkelsen viser at det er noe ulik praksis med hensyn til hvem BUP sender epikrisen til. Intervjuundersøkelsen viser at det kan oppleves som en utfordring å sikre en tverrfaglig informasjonsflyt fra BUP til de aktuelle kommunale deltjenestene i forhold til oppfølgingsprosessen.

INNHOOLD OG KVALITET I EPIKRISEN

Det synes å være mindre bevissthet rundt den skriftlige informasjonen *fra* BUP, enn *til* BUP. Informanter fra det kommunale fagmiljøet mener at epikrisen er nyttig fordi den skal gi råd og veiledning i forhold til oppfølgingstiltak. Fra de kommunale tjenestene er det et ønske om bedre skriftlige tilbakemeldinger fra BUP, for å øke kvaliteten på oppfølgingen fra kommunens side.

Mottagere av epikrisen har vurdert i hvilken grad dokumentet inneholder presise og fullstendige opplysninger om en rekke forhold. I de fleste epikrisene (ca 70 prosent) gis det i stor grad god og utfyllende informasjon om kontaktårsak og om hva som er barnets hovedproblem/hoveddiagnose. Om lag halvparten av epikrisene har tilsvarende god sluttvurdering og anbefalinger for oppfølging. Opplysninger og beskrivelser av den primære vurderingen, viktige kliniske funn og undersøkelser, samt iverksatt behandling, vurderes som i stor grad presise og fullstendige i om lag 45 prosent av epikrisene. Det er høy overensstemmelse mellom kommunal instans sin vurdering av innholdet i epikrisen og BUP sin egen vurdering av dette.

Det kommunale fagmiljøet mener at epikrisens innhold og kvalitet varierer med hvem som er saksbehandler ved BUP. I intervjuene kommer det også frem at epikrisene kan variere fra å være svært gode til svært mangelfulle, men at de ofte er for tilfeldige og inneholder for lite relevante opplysninger.

Det kvantitative materialet viser at median epikrisetid er 3 dager, og at 76 prosent av epikrisene blir sendt innen sju dager. Om lag en av ti epikriser blir sendt 15-30 dager etter avsluttet behandling.

6 Referanser

- Agledal, S-A. et al. (2006). Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsministeren for å vurdere hvordan retten til helsehjelp skal styrkes for barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer.
- Andersson, H.W., & Ose, S.O. (2006). Unmet mental health service needs among Norwegian children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*. Under publisering.
- Andersson, H.W., Røhme, K., & Hatling, T. (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge- Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2. Rapport A055002, SINTEF Helse.
- Andersson, H.W., & Tingvold, L. (2005). Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Rapport A055019, SINTEF Helse.
- Andersson, H.W. (2006). Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Rapport A199, SINTEF Helse.
- Andersson, H.W., Ose, S.O., & Norvoll, R. (2006). Helsesøsters kompetanse. Rapport A558. SINTEF Helse.
- Helsetilsynet (2003). Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000). FOR 2000-12-21 nr. 1385.
- Hjern, A, B Vinnerljung, & F Lindblad (2004). Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 412-417.
- Pedersen, P.B. (red.) (2006). SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrappport 2006. Sammenligningsdata for psykisk helsevern. Rapport 2/06. SINTEF Helse: Trondheim.
- Kristofersen, L.B. (2004). Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. Notat 2004: 112. NIBR. Oslo.
- Meltzer H., T. Corbin, R. Gatward, R. Goodman, & T. Ford (2003): The mental health of young people looked after by local authorities in England. Summary report. Norwich, UK: National statistics/ Her Majesty' Stationary Office (HMSO).
- Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnes, M., & Ose, S.O. (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. Rapport A246. SINTEF Helse.
- NOU. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. 2005:3.
- SHD, Sosial- og helsedepartementet (1999). LOV 1999-07-02 nr. 63. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern.

Statens helsetilsyn (1994). Pasientjournalen. Innhold, gruppering og arkivering av pasientdokumentasjon i somatiske sykehus. Utredningsserie, 3-94.

St meld nr 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial og helsedepartementet.

St. prp. nr. 63 (1997- 98). Om Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

Vinnerljung, Bo (2006). Fosterbarn som unga vuxna - en översikt av resultat från några nationella registerstudier. Socialmedicinsk tidskrift, 83: 23-35.

www.sykehusvalg.no.