

# Nasjonal Strategigruppe II

for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert  
rusbehandling

## Arbeidsgruppe 3

Ressursbruk og oppgavefordeling innen psykisk  
helsevern for barn og unge

Mars 2012



## 1. Forord

Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har iverksatt 3 gruppearbeid med sentrale tema i tråd med mandat gitt av AD-møtet (adm.dir i de 4 RHF) 22.11.2010. Dette er 1 av de 3 rapportene som er utarbeidet. Brukerorganisasjonene, KS, Helsedirektoratet og alle RHF ble oppfordret til å komme med forslag til deltakere i gruppene, som ble konstituert i møte i Nasjonal Strategigruppe II 20.01.2011. Helse- og omsorgsdepartementet har vært observatører med talerett i prosessen. Arbeidsgruppene har hatt flere arbeidsmøter og telefonmøter.

Utkast til rapporter ble levert primo juli 2011. For å kvalitetssikre arbeidene er rapportene sendt ut til noen faglige ressurspersoner med oppgave å komme med vurderinger av rapportutkastene. Dette er gjort for å få innspill fra kompetente personer som ikke har vært en del av prosessen (peer review). Dersom de hadde behov for å drøfte innholdet med andre i fagmiljøet, var det anledning til det. Tilbakemeldingene fra disse fagpersonene ble igjen vurdert av arbeidsgruppene og av Nasjonal Strategigruppe II før den endelige versjonen ble slutført. Vi er spesielt opptatt av at primærhelsetjenesten gjennom KS har deltatt i denne prosessen, da samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten blir enda viktigere i årene som kommer

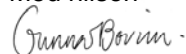
Etter dette har Nasjonal Strategigruppe II behandlet utkastene, der innholdet har blitt diskutert og korrigert i fht felles forståelse av mandatet. Høsten 2011 har rapportene vært ute til ledelsesforankring/høring, før de igjen ble revidert av strategigruppen.

Denne rapporten fremstår nå derfor som faglig gjennomarbeidet, og med ledelsenes anbefaling.

For å implementere det arbeidet som disse gruppene har levert, har Nasjonal Strategigruppe II invitert til en nasjonal konferanse i mars 2012. Til denne konferansen inviteres alle RHF og HF med både ledere og fagpersoner, i tillegg til brukerorganisasjoner, KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. På konferansen vil hovedinnholdet i rapportene bli lagt frem, og deltagerne vil bli utfordret til å stake ut veien videre for å implementere tiltakene som nå er ledelsesforankret.

Nå gjelder det å få satt gode faglige retningslinjer ut i livet – til det beste for brukere og fagmiljø. Arbeidet med forbedringer er ikke ferdig når vi er enige om hvor vi skal, men vi er godt i gang!

Med hilsen



Gunnar Bovim

Leder



Torbjørn Eliasson

Sekretær

Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling).



1.	Forord .....	3
2.	Innledning .....	6
3.	Anbefalinger .....	7
3.1	Bestilling fra Nasjonal Strategigruppe II .....	8
3.2	Arbeidsgruppens sammensetning .....	9
3.3	Arbeidsform .....	9
4.	Kunnskapsbasert praksis og bruk av nasjonale veiledere .....	10
5.	Evaluering av behandlingsforløpet og måling av endring .....	12
6.	Brukermedvirkning i utarbeidelse og evaluering av behandlingsplanen .....	13
7.	Systematisk brukertilbakemelding og evaluering .....	14
8.	Utadrettet virksomhet og samhandling med kommunen .....	15
9.	Referanser .....	18

Nettsiden til konferansen **La oss få det til i virke**, med rapporter, innspill og presentasjoner finnes her: [http://www.helse-midt.no/psykiatrikonferanse\\_2012](http://www.helse-midt.no/psykiatrikonferanse_2012)

## 2. Innledning

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) har vært i kontinuerlig utvikling og endring de siste årene, både med hensyn til ledelse, organisering, lovverk, arbeidsform og metodikk. Dominerende måleparametre har til nå i hovedsak fokusert på behandleren og på organiseringen av tilbudet, og i noe mindre grad på pasienten og kvaliteten på tilbudet. Målet med foreliggende rapport er å bidra til en tjeneste med best mulig faglig kvalitet i alle ledd. Dette må videre ses i lys av Samhandlingsreformen. Gruppen har imidlertid ikke hatt deltakelse fra kommunale tjenester, og har således ikke kunnet gå inn på konkrete modeller for samhandling som omfatter og legger føringer på kommunene. Rapporten konsentrerer seg derfor om spesialisthelsetjenesten.

Det pågår for tiden ulike utviklingsarbeid for PHBU i regi av mange aktører. Målsettingen med det foreliggende arbeidet er å bidra til å skape en retning for PHBU fremover. Arbeidsgruppen ser følgende tre hovedtendenser, som også gjenspeiles i rapporten:

- Økt vektlegging av brukermedvirkning og brukerinnflytelse
- Økt vektlegging av kunnskapsbasert praksis, standardiserte pasientforløp og evaluering av alle sider ved pasientbehandlingen
- Økt vektlegging av samhandling og en utadrettet spesialisthelsetjeneste, inkludert arenafleksibilitet og ambulante tjenester

### 3. Anbefalinger

Fra og med 2013 skal journalen i alle pasientsaker i PHBU inneholde bl.a. følgende:

1. **En vurdering** av hvorvidt det er brukt nasjonale veiledere eller faglige retningslinjer ift aktuelle problemområde/diagnose. Vesentlige fravikelser skal begrunnes
2. **En skåring av barnets funksjon** ved oppstart og avslutning av behandlingsforløpet. Dette innebærer at hvert HF må ha etablert en standard for slik systematisk skåring av barnets funksjon. På sikt bør det etableres en nasjonal standard for slik skåring.
3. **En kort beskrivelse av barnets/foresattes** delaktighet i utarbeidelsen av behandlingsplanen, og det skal fremgå om barnet/foresatte godkjenner planen.
4. **En beskrivelse av brukertilbakemelding i pasientsaken** En form for brukertilbakemelding bør derfor også skje underveis i behandlingsforløpet.

Samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene:

5. **Samarbeidsavtaler** mellom det enkelte HF og den enkelte kommune skal omhandle PHBU, og utadrettet arbeid skal omtales.

### **3.1 Bestilling fra Nasjonal Strategigruppe II**

Administrerende direktører i de regionale helseforetakene er prosjekteier og bestiller, og har gitt et mandat til Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I møte 20.01.11 ble det nedsatt tre arbeidsgrupper for å vurdere og foreslå nødvendige tiltak for videre omstilling. Én av arbeidsgruppene fikk hovedfokus PHBU.

**Det opprinnelige mandatet var følgende:**

#### **Ressursbruk og oppgavefordeling innen psykisk helsevern for barn og unge**

*Arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i følgende spørsmål: Hva er hensiktsmessige måleparametre for psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) etter opptrappingsplanen? Arbeidsgruppen skal gi begrunnede vurderinger og så langt det er mulig foreslå kvantitative måleparametre som kan brukes til å monitorere utviklingen i relasjon til sentrale mål om god tilgang, god kvalitet og effektiv ressursutnyttelse.*

*Aktivitets- og økonomidata viser at det er store forskjeller i forbruk av og økonomiske ressurser brukt på psykisk helsevern for barn og unge. Tilbudene er også organisert og utformet forskjellig. En forklaring kan være at tilbudene i kommunene er ulike, både mht organisering, kvantitet og kvalitet.*

- *Kartlegg henvisninger til og bruken av spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i eksisterende data.*
- *Presenter mulige forklaringer på variasjoner.*
- *Med utgangspunkt i dette definer ansvar og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, sett i lys av samhandlingsreformen.*
- *Avklar og definer hvilke tiltak, særlig når det gjelder kompetanse, som er nødvendige for å sikre en likeverdig helsetjeneste og en god arbeidsdeling mellom nivåene.*

*På møtet i Nasjonal Strategigruppe II 10.03.11 var det enighet om at arbeidsgruppen skulle stå friere ift mandatets tekst. Fokus på kvalitetsindikatorer ble også nedtonet. 26.05 ble det gitt ytterligere føringer som fravek fra mandatet. Manglende kommunal deltakelse i gruppen gjorde at siste del av mandatet måtte sløyfes. I praksis stod en da igjen med et mandat til å se på tiltak som ville gi økt kvalitet i tjenesten, med særlig vekt på de tendensene som er nevnt i innledning av denne rapporten. Gruppen har ut fra dette tatt utgangspunkt i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (IS-1162, 2005), der tjenestene skal være:*

- *virkningsfulle*
- *trygge og sikre*
- *involvere brukere og gir dem innflytelse*
- *være samordnet og preget av kontinuitet*
- *utnytte ressursene på en god måte*
- *være tilgjengelige og rettferdig fordelt.*

*AD-møtet er øverste organ og beslutter, mens Nasjonal Strategigruppe II gir råd til AD-møtet. Arbeidsgruppen rapporterer til Nasjonal Strategigruppe II.*

### **3.2 Arbeidsgruppens sammensetning**

- Morten Grøvli, Avdelingssjef PHBU, Akershus universitetssykehus HF, leder
- Børge Mathiassen, Avdelingsleder, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- Jan Egil Wold, Psykiater, BUP, Helse Nord-Trøndelag HF
- Hans Stenby, Plansjef, Helse Vest RHF
- Kjell Tangerud, Avdelingssjef, BUP, Sykehuset Innlandet HF
- Manuela Strauss, Psykologspesialist, Helse Møre og Romsdal HF
- Ingvar Bjelland, Klinikkoverlege, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen HF
- Inger Meland Buene, Avdelingssjef, Psykiatrien i Vestfold HF
- Jin Marte Øvreeide, Seniorrådgiver, Avdeling psykisk helsevern og rus, Helsedirektoratet
- Terje Petter Leiros, Mental Helse Ungdom (fratrådte underveis i arbeidet)
- Gry Westvik, Voksne for barn
- Anne Jensen, Rådgiver, KS

### **3.3 Arbeidsform**

Gruppen har hatt tre heldagsmøter; 28.02.11, 29.04.11 og 23.05.11. I tillegg møtte de fleste av gruppens medlemmer i Nasjonal Strategigruppe II sitt møte 26.05.11, der foreløpig rapport ble lagt frem og drøftet. Utenom dette har det vært hyppig kontakt på e-post og telefon. Leder av gruppen, samt noen av gruppens medlemmer, deltok også på møte i regi av Helsedirektoratet 20.03.11 i forbindelse med oppstart av en gjennomgang av BUP. Det har dessuten blitt rapportert fra arbeidet til Nasjonal Strategigruppe II, som har kommet med vesentlige innspill og føringer i arbeidet.

## 4. Kunnskapsbasert praksis og bruk av nasjonale veiledere

En kunnskapsbasert praksis vil bedre sikre at de tjenester barn, unge og familier mottar i PHBU er virkningsfulle, og i tråd med de ønsker pasienten og familien selv har. Kunnskapsbasert praksis har tre elementer: Den best tilgjengelige forskningen, anerkjent klinisk ekspertise og tilgjengelig brukerkunnskap. Disse elementene finnes i en kontekst, som også inkluderer lovverk og økonomi.

Gruppen mener det i større grad må sikres at kunnskapsbasert praksis anvendes i alle ledd innen PHBU, og at denne kunnskapen må gjøres lett tilgjengelig og anvendbar for klinikere og ledere. På sikt bør det kunne etableres et nasjonalt, nettbasert bibliotek, som kan inneholde tilgjengelige internasjonale og nasjonale fagprosedyrer, standardiserte pasientforløp, retningslinjer og veiledere, oppslagsverk, oppsummerte studier og enkeltstudier. Dette bør kunne inngå i [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten). Et annet eksempel er [www.kunnskapsegget.no](http://www.kunnskapsegget.no) (Sykehuset Innlandet). På lengre sikt bør også det pasientadministrative systemet inneholde aktuelle fagprosedyrer, nasjonale veiledere og standardiserte pasientforløp knyttet opp til aktuell tilstand.

Det bør utarbeides nasjonale veiledere/faglige retningslinjer for alle grupper med lidelser som gir rett til prioritert helsehjelp i prioriteringsveilederen. Dette vil utgjøre om lag 80 % av alle som utredes og behandles innen PHBU. Dette arbeidet bør i så tilfelle skje i form av et oppdrag til Helsedirektoratet. En veileder for barn/unge med depresjon bør prioriteres høyt, da dette er en forholdsvis stor gruppe der det i dag ikke finnes noen nasjonal veileder. Det bør også utarbeides klare retningslinjer ift kartlegging, vurdering og behandling av unge med rusproblemer.

Arbeidsgruppen vil for øvrig poengtere at det kliniske skjønnet, og relasjonen mellom pasient og behandler, alltid vil være en viktig faktor i forhold til hvorvidt behandlingen er effektiv eller ikke. Vi ser ingen motsetning mellom dette og bruk av standardiserte prosedyrer, veiledere og pasientforløp.

Det å gjøre beste kunnskap lett tilgjengelig er viktig for å sikre god praksis og god kvalitet i pasientbehandlingen. Samtidig er det viktig at hele pasientforløpet betraktes som en sammenhengende prosess der alle ledd i kjeden er avgjørende for pasientens opplevelse av et godt helsetilbud. Utvikling av standardiserte pasientforløp (eller behandlingslinjer) er trolig et av de sterkeste virkemidlene vi har for å få til bedre samhandling mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten, og det vil fremme og nødvendiggjøre forpliktende samarbeid. Standardiserte pasientforløp bør derfor etter gruppens mening være omtalt i alle veiledere og faglige retningslinjer. Gruppen mener videre at en oversikt over eksisterende forløp på sikt kan legges ut på det foreslåtte nasjonale nettbaserte biblioteket knyttet til kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket). Eksisterende forløp kan dermed gjøres lett tilgjengelige, slik at disse kan tilpasses og implementeres lokalt.

Det er et paradoks at ny viten og nye retningslinjer hele tiden publiseres, men kunnskapen ofte ikke når praksis. Studier viser at 30-40 prosent av pasientene ikke får dokumentert effektiv behandling, og at 20-25 prosent av pasientene får behandling som ikke er nødvendig, eller kan være skadelig (Eiring, 2011). At retningslinjer og veiledere blir utarbeidet betyr m.a.o. ikke nødvendigvis at de blir brukt. En tydelig ledelsesforankring og prioritering vil være avgjørende for å lykkes. Viktige tiltak for implementering kan for eksempel være informasjon til pasient/foresatte, revisjoner og evalueringer. Det vises også til arbeidsgruppe 3 sin rapport fra Nasjonal Strategigruppe II i 2010, som omtalte implementering av nasjonale/internasjonale retningslinjer/veiledere i sine anbefalinger ([se lenke](#) til rapporten "Implementering av nasjonale og internasjonale retningslinjer/veiledere, og dokumenterte kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder kan raskt bli implementert og fulgt både i klinikk, universiteter og høyskoler").

Å skape trygge og sikre tjenester krever at det er et kontinuerlig fokus på mulige forbedringer, og at feil og mangler blir avdekket og rettet. Både pasienter og ansatte skal oppleve at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold, og alle ansatte skal oppleve at det blir verdsatt og tatt på alvor å melde om avvik. Dette handler om å skape en åpenhetskultur, til beste for både pasienter, ansatte og ledere. Gruppen vil peke på muligheten av en regelmessig internrevisjon som et bidra til dette. En slik revisjon bør bl.a. fokusere på de forhold som er tatt opp i denne rapporten. En internrevisjon kan fokusere på ett eller flere av følgende: Prosedyrer ift inntak, utredning, diagnostisering og behandling, bruk av veiledere og faglige retningslinjer, risikovurderinger, tverrfaglighet og involvering av spesialist, mål og behandlingsplan, regelmessig evaluering av behandlingsforløpet, brukermedvirkning og godkjenning av behandlingsplan, og journalskriving/dokumentasjon.

Gruppen mener det må være et krav at nasjonale veiledere eller faglige retningslinjer så langt mulig brukes i alle saker på områder der slike finnes, og at vurderingene ift bruk journalføres. Vesentlige fravikelser må begrunnes. En slik praksis må senest være innført fra 2013. Det kan være en utfordring at veiledere og retningslinjer foreldes, men en nettbasert praksis bør gjøre det enkelt å oppdatere og revidere veiledere. Gruppens fokus har vært å få inn en større bevissthet ift valg av metode. Det vil derfor etter gruppens mening utgjøre en vesentlig forskjell at eksisterende veiledere konsekvent må vurderes brukt i alle pasientsaker. En eventuell fravikelse vil derfor innebære en begrunnet og journalført bruk av annen metode, noe som i seg selv vil medføre en betydelig praksisendring.

## 5. Evaluering av behandlingsforløpet og måling av endring

All god kvalitativ og forsvarlig behandling krever regelmessig evaluering av behandlingsforløpet. Dette er spesielt viktig for å sørge for at veiledere og retningslinjer brukes bevisst og reflektert. Arbeidsgruppen vil derfor peke på muligheten av å etablere en lederstyrt praksis med regelmessig evaluering, minimum halvårlig, av alle utrednings- og behandlingsforløp, både i poliklinikk og på dag- og døgninstitusjon. Slik evaluering bør skje tverrfaglig, gjerne i småteam, for å sikre at pasientsaken belyses fra ulike sider. Med tverrfaglig tenker vi at det i utgangspunktet bør være minst tre ulike profesjonsgrupper, og at både lege og psykolog normalt bør delta. Minst én bør være spesialist. En slik evalueringen må journalføres, og det må fremgå hvem som har deltatt. I teamdrøftingen bør man kunne bruke en standardisert sjekkliste, med for eksempel følgende innhold: Fremlagt behandlingsplan, diagnose og mulige årsaksfaktorer, mål og suksesskriterier, brukermedvirkning, antatt behandlingsvarighet, utrednings- og behandlingsmetodikk, spesielle problemstillinger og behov for endringer.

Den beste måten å sikre at tjenestene er virkningsfulle, er å måle endring. Det er metodiske og praktiske utfordringer knyttet til å måle behandlingseffekt, men måling av endring bør være rutine. HoNOSCA er i noen grad blitt brukt (Ketil Hanssen-Bauer, 2011). Det samme gjelder DAWBA, der CGAS, SDQ og ESQ inngår. I Storbritannia er det etablert et register hvor CGAS og SDQ brukes ([www.corc.uk.net](http://www.corc.uk.net)). Ved flere enheter i New Zealand har man god erfaring med å bruke endringsmål knyttet til vurdering av behandlingen sammen med pasient/pårørende. Evalueringene skjer hyppig og behandlingsplanen revideres i tråd med brukerens tilbakemelding ([www.wildbamboo.co.nz/page/13-Recordbase](http://www.wildbamboo.co.nz/page/13-Recordbase)). CGAS og SDQ er etter vår erfaring rimelig lette og bruke. SDQ er også lettere å bruke for fremmedspråklige. Arbeidsgruppen har ikke hatt muligheter til å utrede og vurdere dette feltet grundigere, men mener det må arbeides for å ta i bruk en nasjonal måling av endring, og at de pasientadministrative systemene så langt mulig utvikles for å kunne rapportere på dette. Måling av endring vil, etter arbeidsgruppens oppfatning, kunne bli den viktigste kvalitetsindikatoren i PHBU.

Uavhengig av fremtidig nasjonal standard for måling av endring mener vi det allerede nå ved alle enheter må tas i bruk systematisk skåring av barnets funksjon ved oppstart og avslutning av behandlingsforløpet. Dette må journalføres. Ved behandlingsforløp på mer enn ett år bør dette suppleres med målinger underveis. Dette vil legge grunnlaget for en praksis med før- og etter-mål i behandlingen, og rette fokus mot endring. En slik skåring bør være en integrert del av utrednings- og evalueringsarbeidet, og således ikke medføre tidkrevende ekstraarbeid. Resultatet vil være umiddelbart tilgjengelig for behandleren. Ved lengre behandlingsforløp vil dette være en naturlig del av evalueringen. En slik praksis med skåring ved oppstart og avslutning må være innført senest fra 2013.

Det må arbeides videre med en nasjonal standard for måling av endring, og det bør etter arbeidsgruppens mening etableres en felles nasjonal standard med bruk av samme verktøy.

## 6. Brukermedvirkning i utarbeidelse og evaluering av behandlingsplanen

Brukerkunnskap og brukermedvirkning er en av bærebjelkene i kunnskapsbasert praksis. Et barns og en families liv og livskvalitet handler om mye mer enn fravær eller reduksjon av symptomer. Hvordan barnet og familien blir sett og møtt er en viktig side av helsetjenesten, også kvalitetsmessig. Pasientens innflytelse og styring kan uttrykkes slik: "Ingen beslutning om meg uten at jeg er med!"

Barnet og familien skal få tilstrekkelig informasjon slik at de har grunnlag for å velge behandling. Arbeidsgruppen vil i den forbindelse peke på muligheten av å utarbeide informasjonsmaterieell som gjør foresatte og pasienter i stand til å ta kunnskapsbaserte beslutninger uavhengig av faglige preferanser til klinikeren som har ansvar for pasienten. I bl.a. Storbritannia er det utarbeidet slikt materieell: "*Choosing what's best for you:*"

([www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/EBPU/publications/children.php](http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/EBPU/publications/children.php)). Tilsvarende materieell er utarbeidet for behandlere. Minoritetsgrupper må i så tilfelle ivaretas ved utarbeidelse av slikt informasjonsmateriale.

Det må legges til rette for reell medvirkning i alle forhold som omfatter barn/foresatte. Dette kan best skje gjennom en skriftlig behandlingsplan, som inneholder mål og metode for behandlingen. Barnet/foresatte skal så langt mulig delta i utarbeidelsen av sin egen behandlingsplan, godkjenne denne og involveres i evalueringsfasene. Det må journalføres at barn/foresatte har godkjent planen. Ungdom over 16 år skal selv medvirke til og godkjenne sin behandlingsplan. Barn over 12 år skal ha stor innflytelse, og barn under 12 år bør høres og medvirke. Det vil kunne oppstå særskilte utfordringer der det er kjent eller mistenkt familievold, omsorgssvikt eller overgrep. I slike saker må skjønn utvises, og det er da særdeles viktig at aktuelle prosedyrer følges. Forslag til slike prosedyrer finnes bl.a. hos Senter for krisepsykologi og Alternativ til vold.

Det skal være etablert en praksis senest fra 2013 der alle barn/foresatte er informert om, og så langt mulig delaktige i, utarbeidelsen av sin egen behandlingsplan, og de skal så sant mulig godkjenne denne. Barnets/foresattes medvirkning og evt. godkjenning skal journalføres.

## 7. Systematisk brukertilbakemelding og evaluering

Det finnes en rekke ulike former og skjemaer for brukerevaluering, bl.a. fra Mental Helse i kommunene og fra Sintef i spesialisthelsetjenesten (H. Andersson, 2008). Skjemaet brukt av Sintef inneholder spørsmål innenfor områdene tilgjengelighet, tillit og trivsel, informasjon/medvirkning, samarbeid og behandlingsopplegg. I forlengelsen av dette holder Kunnskapscenteret (PasOpp) på å utvikle, validere og publisere et nasjonalt spørreskjema for poliklinikker innen PHBU. Norsk versjon er nå tilgjengelig ([www.kunnskapscenteret.no](http://www.kunnskapscenteret.no)). I det britiske corc-nettverket brukes et spørreskjema bestående av 11 spørsmål. Dette ligger også som en del av den norske versjonen av DAWBA, og brukes sammen med SDQ som effektmål.

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten utarbeidet i 2009, på oppdrag fra Helse Vest RHF, et kort, generisk spørreskjema for å måle pasienterfaringer på tvers av pasientgrupper. Aktualitet og viktighet var de viktigste kriteriene. Ut fra dette ble det utarbeidet et spørreskjema med 10 kjernes spørsmål (Sjetne m.fl., 2009). Arbeidsgruppen finner dette spørreskjemaet relevant, og ser en klar styrke i kunnskapsgrunnet for skjemaet. Vi mener imidlertid skjemaet, dersom det skal brukes, må gjennomgå en språklig revisjon, og det må utarbeides en egen versjon tilpasset yngre barn. Gruppen mener det bør arbeides videre med sikte på å etablere en nasjonal standard for systematisk brukertilbakemelding.

Bruk av behandlingsmetoder som inneholder systematisk evaluering og brukermedvirkning, som for eksempel klient- og resultatstyrt praksis (KOR), bør også oppmuntres, og det bør forskes mer på bl.a. denne metoden.

På konferansen "La oss få det til å virke 2012" legger arbeidsgruppe 2 frem konkrete anbefalinger ift generelle brukertilbakemeldinger på individ- og systemnivå. Vi vil derfor i foreliggende arbeid vektlegge at det i alle pasientsaker må fremgå av journalen at det har skjedd en brukertilbakemelding i aktuelle pasientsak. En slik brukertilbakemelding bør skje underveis i behandlingsforløpet. Dette må være etablert innen 2013.

I tråd med det ovennevnte bør barn og ungdom, som er eller har vært i behandling innen PHBU, også så langt mulig få anledning til å gi egne direkte tilbakemeldinger på behandlingen elektronisk. Arbeidsgruppen tenker at det på sikt kan vurderes opprettet en sikker nettside, der barn og unge kan gi tilbakemeldinger til den aktuelle enhet. Det må fremgå at dette ikke er en kommunikasjon rundt behandlingen, og at det ikke vil bli gitt noe svar fra behandlerens side. Dette vil først og fremst være informasjon som brukes på ledernivå til å vurdere, forbedre og videreutvikle tjenesten i tråd med brukernes ønsker. Formålet med og bruken av tilbakemeldingene må fremgå på nettsiden.

## 8. Utadrettet virksomhet og samhandling med kommunen

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge involverer alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge (Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, IS-1405). Kommunens oppgaver omfatter både helsefremmende arbeid, forebyggende arbeid og behandling. Veilederen poengterer at kommunen skal gi hjelp og behandling for de som trenger det på laveste effektive omsorgsnivå. Regjeringens forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov har følgende formulering: "Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne." Psykisk helsetjeneste er en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjenester. Barn og unge bør få vurdering og behandling i kommunen av kompetent fagperson på psykisk helse for barn og unge. Kommunene må ha både kapasitet og kompetanse på dette, og PHBU må yte nødvendig konsultasjon.

72 % av kommunene har etablert en egen enhet med hovedansvar for psykisk helse (NOU 2009:22). I 2005 hadde 57 % av kommunene ansatt en egen koordinator for å samordne kommunens arbeid med psykisk helse på systemnivå. 10 % hadde egen koordinator som bare arbeidet med tilbudet til barn og unge. De fleste av kommunene som hadde etablert en egen enhet for psykisk helse hadde knyttet denne opp mot helsestasjonstjenestene eller andre helsetjenester i kommunen. Fra PHBU sin side er det gunstig at en fagperson i kommunen innehar et koordinerende ansvar for psykisk helsearbeid for barn og unge. Skolehelsetjenesten har nærhet til barn og unges hverdag, og vil således være lett tilgjengelig for brukerne (jf. Major, 2011). Det vil være lokale variasjoner som krever ulik organisering i ulike kommuner, men det kommunale tilbudet bør så langt mulig organiseres slik at det letter samhandling med bl.a. PHBU, på samme måte som PHBU bør organiseres og innrettes slik at tjenesten er lett tilgjengelig for samhandling med kommunale tjenester. Lokale samarbeidsavtaler kan også omhandle dette.

Tilgjengelige talldata viser at det ikke er noen sammenheng mellom antall tiltak utført på kommunalt nivå og antall tiltak utført i spesialisthelsetjenesten (Ose m.fl., 2011). Det foreligger imidlertid ikke tallmateriale som belyser om antall barn og unge som henvises eller behandles innen spesialisthelsetjenesten varierer i tråd med kapasiteten i kommunene. Vi vet derfor ikke om det er noen sammenheng mellom kommunenes kapasitet og pågangen til PHBU. Det er allikevel grunn til å tro at kvantitet og kvalitet i på ulike nivåer påvirker hverandre. Det rapporteres for eksempel om at barn og unge henvises PHBU i stedet for PPT i områder der ventetiden til PPT er betydelig lenger enn de lovpålagte tre måneder i PHBU.

Samhandlingsreformen vil gi økt ansvar til det kommunale hjelpeapparatet, men også kreve økt samhandling og samarbeid. Arbeidsgruppen mener dette vil kunne gi en direkte positiv effekt i PHBU, i form av riktigere henvisninger, kortere ventelister, bedre faglig kvalitet i behandlingen og riktigere

behandlingsnivå. PHBU vil fremover ytterligere måtte styrke sin kompetanse ift alvorlige tilstander, diffuse og sammensatte tilstander og øyeblikkelig hjelp. For at kommunene skal kunne håndtere sine nye oppgaver kreves det en systematisk kompetanseheving, undervisning, konsultasjon og veiledning der PHBU er en svært viktig bidragsyter. Det er imidlertid nødvendig at kompetanseheving i kommunene samordnes mellom bl.a. R.BUP, RVTS, BUF-etat og PHBU.

Arenafleksibel behandling, inkludert ulike former for ambulant virksomhet, er trolig den arbeidsform som øker mest i PHBU. Det opprettes ambulante team knyttet til både poliklinikker og døgnenheter. I dette ligger en erkjennelse av at ambulant virksomhet kan gi god faglig kvalitet, og at dette er en god og effektiv måte å organisere arbeidet på. Barn og familier som ikke like lett vil kunne komme til poliklinikken nås, og en kan bruke metodikk som egner seg bedre i hjemmet og nærmiljøet. Intensivt ambulant arbeid kan være et bedre alternativ enn døgninnleggelse, og en kan derfor gi virksom behandling på et lavere omsorgsnivå. Arbeidsgruppen mener arenafleksibelt, ambulant og utadrettet arbeid bør styrkes ytterligere, og foretakene må organisere sin virksomhet slik at dette blir mulig.

Barn og ungdom innlagt i barnevernsinstitusjoner er en gruppe som ofte stiller særlige krav til samhandling. Flatø-utvalget (NOU 2009:22) foreslår at det opprettes felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling. Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til en slik løsning. Når et barn/ungdom er plassert i barnevernsinstitusjon, og samtidig har psykiske lidelser som krever utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, må PHBU finne gode og praktiske måter å yte helsehjelp på. Dette kan gjøres på ulike måter, og det bør prøves ut forskjellige driftsmodeller som kan danne grunnlag for god praksisutvikling på området. Det bør inngås særskilte samarbeidsavtaler mellom barnevernsinstitusjoner som hyppig har innlagt barn og unge med psykiske lidelser og aktuelle helseforetak. Slike avtaler bør også omfatte legetjenester. Dersom en modell med ambulante team velges, noe som vil være i tråd med resonnetet ovenfor, er det en fordel at disse har lege eller psykolog med spesialistkompetanse, slik at det kan gjøre vurderinger etter pasientrettighetsloven. Dette vil i så tilfelle ivareta et ofte kommunisert ønske om en faglig vurdering fra PHBU ved innleggelse.

Der det er hensiktsmessig på grunn av reisevei eller andre lokale forhold bør det vurderes om PHBU kan ha fast kontordag i kommunale lokaler, gjerne tilknyttet fastlege, helsesøstertjeneste, skolehelsetjeneste eller annen relevant kommunal førstelinjetjeneste. Det må være tilgang til helseforetakets pasientadministrative system.

Mange innen PHBU opplever at samhandlingen med kommunene de siste årene har blitt mindre. Dette forklares med målkrav om antall tiltak og pasienter, og refusjonssystemet knyttet til dette. Konsultasjon og rådgivning til førstelinjen vil lett nedprioriteres når dette verken telles eller gir inntekter. Likeledes vil arenafleksibelt og ambulant arbeid gi dårlig avkastning både ift måltall og økonomi, særlig i deler av landet med store reiseavstander. For å motvirke at samarbeid og utadrettet arbeid nedprioriteres må finansieringsordningene og refusjonssystemet være utformet slik at det

understøtter slik virksomhet. Det er utenfor vårt mandat å gå konkret inn på finansieringen, men vi anbefaler at refusjonssystemet gjennomgås i lys av dette.

Gruppen har ikke hatt deltakelse fra kommunale tjenester, og har således ikke kunnet gå inn på konkrete modeller for samhandling som omfatter og legger føringer på kommunene. Det må derfor arbeides videre med konkrete samhandlingsmodeller, der både PHBU og aktuelle kommunale tjenester er godt representert og involvert.

Det utarbeides lokale samarbeidsavtaler mellom det enkelte HF og den enkelte kommune i opptaksområdet (eventuelt flere kommuner i et område). Vi mener utadrettet arbeid innen PHBU, samarbeid, samhandling med og bistand til kommunene kan tydeliggjøres og styrkes ytterligere ved å kreve at samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunen omhandler PHBU, og at utadrettet arbeid beskrives særskilt.

## 9. Referanser

- Clifford, Graham (2006) Levekår, ulikhet og utsatte barn. Behovsbasert evaluering av poliklinisk barne- og ungdomspsykiatri og kommunalt barnevern. R.BUP Midt-Norge
- Eiring, Østein (2011) Implementering av kliniske retningslinjer – hva er forskningsgrunnlaget. Foredrag
- Folkehelseinstituttet (2007) Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Rapport 2007:1
- Hanssen-Bauer, Ketil (2011) Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) as a routine measure in Child and Adolescent Mental Health Services: Reliability, validity and use of a clinician-rated measure. Doktorgradsarbeid
- Hatling, Trond (red.), Kjerstina Røhme og Johan Håkon Bjørngaard (2005): Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker – Sluttrapport, SINTEF Helse Psykisk helse rapport STF78 A055014
- Helsedirektoratet (2005) Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten IS-1162
- Helsedirektoratet (2007) Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Veileder IS-1405
- Helsedirektoratet (2010) Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern IS-1541
- Helsedirektoratet (2008) Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge IS-1570
- Helsedirektoratet (2009) Psykisk helsevern for barn og unge. Prioriteringsveileder IS-1581 og IS-1636
- Helsedirektoratet (2011) Behandlingsforløp i det psykiske helsevernet for barn og unge. Varighet og omfang av poliklinisk behandling. Samdata analyse IS-1865
- Helsedirektoratet (2011) Ventetider og pasientrettigheter 2010. Norsk pasientregister IS-1895
- Helsedirektoratet (2011) Pasienter i det psykiske helsevernet 2009 (IS-1908)
- Jozefiak, Thomas (2010) Livskvalitet og psykisk helse hos barn og unge. Doktorgradsarbeid
- Major, Ellinor F. (2009) Ureflektert prosentregning? Tidsskrift for Norsk psykologforening
- Major, Ellinor F. m.fl. (2011) Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet, rapport 2011:1
- Nasjonal Strategigruppe II II (2010) Arbeidsgruppe 3. Implementering av nasjonale og internasjonale retningslinjer/veiledere, og dokumenterte kunnskapsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder
- NOU 2008:2 (2008) Magnussen-utvalgets behovsindeks
- NOU 2009:22 (2009) Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge (Flatø-utvalget)
- Ose, SO, Haus-Reve, S og Kaspersen, SL (2011) Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009. Sintef
- Ose, SO, Kaspersen, SL og Kalseth, J (2011) Sammenstilling av personellinnsats: Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern 2007-2009. Sintef
- Riksrevisjonen (2007) Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dokument nr 3:7
- Ruud, Torleif (2010) Strategier for kvalitet og kompetanse i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Notat til Helsedirektoratet
- Sintef (2011) Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon
- Sjetne, Ingeborg Strømseng, Bjertnæs, Ø.A, Iversen, H.H, Olsen, R.V. (2009) Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten. Et generisk, kort spørreskjema. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Skrede, Leif & Zehentbauer, Peter G. (2009) Styrte av tilfeldige tall. Tidsskrift for Norsk psykologforening

- [www.corc.uk.net](http://www.corc.uk.net)
- [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no)
- [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)
- [www.kunnskapsegget.no](http://www.kunnskapsegget.no)
- [www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/EBPU/publications/children.php](http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/EBPU/publications/children.php)
- [www.wildbamboo.co.nz/page/13-Recordbase](http://www.wildbamboo.co.nz/page/13-Recordbase)
- [www.kunnskapssenteret.no/Sp%C3%B8rreskjemabanken/Spesialisthelsetjeneste+-+Psykisk+helsevern/Barns+foresatte%2C+psykisk+helsevern%2C+poliklinikk+%28BUP%29.9707.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Sp%C3%B8rreskjemabanken/Spesialisthelsetjeneste+-+Psykisk+helsevern/Barns+foresatte%2C+psykisk+helsevern%2C+poliklinikk+%28BUP%29.9707.cms)