

**HENVISNINGS- OG VURDERINGSPRAKSIS
VED BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISKE
POLIKLINIKKER I SYKEHUSET ØSTFOLD**

Astrid Reitan-Gjersøe



Prosjektoppgaven ved profesjonsstudiet i medisin, Universitetet i Oslo, 2016

Veileder: Grete Dyb



UiO : Det medisinske fakultet

FORORD

Da jeg fikk vite at det å skrive en prosjektoppgave inngikk i medisinstudiet, bestemte jeg meg raskt for at jeg ville skrive om noe som interesserer og engasjerer meg. Valget falt derfor naturlig på barne- og ungdomspsykiatri. Gleden var derfor stor da jeg fikk lov til å bli med i prosjektgruppen i et forskningsprosjekt i barne- og ungdomspsykiatrien i hjemfylket Østfold.

Jeg har fått lov til å være med fra den spede begynnelsen av prosjektet, og derfor fått se alle faser av et forskningsprosjekt. Prosjektet vokste for min del til å bli større enn rammene for prosjektoppgaven. Jeg er stolt av innsatsen og arbeidet vi i prosjektgruppen har gjort - og gleder meg til fortsettelsen.

Jeg vil takke ledelsen i BUP-HABU i Sykehuset Østfold for tilliten ved at jeg fikk lov til å delta i et viktig kvalitetsforbedringsprosjekt. Jeg vil rette en spesiell takk til lokal prosjektleder Arne Kristian Henriksen for samarbeidet, alle timene med kunnskapsdeling, diskusjon, veiledning og tålmodighet. Gjennom din veiledning har jeg fått en første innføring i hvordan å gjennomføre et forskningsprosjekt. Jeg gleder meg til videre samarbeid.

Jeg vil også takke min veileder ved UiO Grete Dyb for konstruktive og gode tilbakemeldinger og råd samt veiledning i forberedende og avsluttende arbeid med denne oppgaven.

Til slutt vil jeg takke min mann Truls for praktisk og teknisk hjelp med oppgaven, korrekturlesning og god støtte gjennom hele tiden i arbeidet med prosjektet og oppgaven.

INNHOLDSFORTEGNELSE

<u>FORSIDE</u>	<u>1</u>
<u>FORORD</u>	<u>2</u>
<u>INNHOLDSFORTEGNELSE</u>	<u>3</u>
<u>ABSTRACT</u>	<u>4</u>
<u>INNLEDNING</u>	<u>5</u>
<u>METODE</u>	<u>7</u>
<u>RESULTATER</u>	<u>10</u>
<u>DISKUSJON</u>	<u>14</u>
<u>KONKLUSJON</u>	<u>22</u>
<u>REFERANSELISTE</u>	<u>23</u>

ABSTRACT

Introduction

The project is a study of referral practices and intake teams' assessment of referrals to child and adolescent psychiatry outpatient clinics in Østfold Hospital Trust. The project group evaluated whether the clinics ensure equal opportunities for children and young people with mental disorders. We seek answers to whether the outcome of the assessment done by the outpatient clinics depends on the referrer, previous measures in municipal services and the quality of the referrals. We also assessed if the assessment practices are in accordance with guidelines and legislation.

Methods

A document analysis of 120 patients referred to five child and adolescent psychiatry outpatient clinics in Østfold was done. 24 cases were reviewed per clinic, 12 accepted and 12 declined. In each case the referral, the assessment notes and the feedback notes to both referrer and patient were assessed. Our data were then analyzed and categorized and compared to guidelines and legislation.

Results

We've found that the family doctors as a group of referrers has the lowest rejection rate, but also poorer referral quality based on our parameters. A previous measure in municipal services was the strongest indicator of assessment outcome. In about 50% of the cases the assessment was in accordance with guidelines. We found consistently different practices in the assessment work between the five outpatient clinics.

Conclusion

The outcome of a referral depends to a certain extent on the referrer. Our data show that referrals of better quality are not more likely to be given acceptance than those of poorer quality, but previous attempt in municipal services was a stronger indicator. Low correlation with guidelines and consistently different practices within the clinics suggest that equal rights to prioritized health care were not maintained.

INNLEDNING

Denne prosjektoppgaven omhandler en del av et pågående forskningsprosjekt ved Sykehuset Østfold (SØ) undertegnede deltar i. Prosjektet er en undersøkelse av henvisningspraksis og inntaksteamenes vurdering av henvisninger til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUPP) i Østfold. Prosjektet drives og eies av SØ og lokal prosjektleder er ansatt ved sykehuset.

Statistikk fra sykehuset har vist at prosentvis avslag på henvisninger ved poliklinikkene har variert mer enn forventet og at det er betydelige variasjoner mellom poliklinikkene. Funnene har vekket interesse hos ledergruppen i barne- og ungdomspsykiatri og barnehabiliteringen (BUP-HABU) i Østfold, og sykehuset ønsket derfor å undersøke nærmere hvilke forhold som kan ha betydning for denne variasjonen. Som medisinstudent fikk jeg bli med i prosjektgruppen i 2014 med ekstern veileder fra UiO og fikk adgang til å bruke vårt materiale til min prosjektoppgave.

Det ble fastslått i regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse i 2003 at 15-30% av barn og ungdom har mindre eller større psykiske plager eller lidelser. Dette kan få store konsekvenser i perioder av livet, og for noen føre til livsvarig sykdom og store hjelpebehov. Dersom plager som angst, uro og konsentrasjonsvansker varer over lengre tid, kan de ha alvorlige følger for barns trivsel, utvikling og forhold til andre (1). Problematferd kan føre til avvisning fra foreldre, problemer med skole og skolegang, kriminalitet og antisosial atferd(2). Tidlig hjelp innebærer et sterkt forebyggende element. Tidlig hjelp er derfor et sentralt tiltak for å forebygge mer omfattende behandlingsbehov og institusjonsinnleggelse på et senere tidspunkt (3).

En rekke tiltak ble igangsatt for å videreutvikle innsatsen med å bedre barn og unges psykiske helse. Et ledd i denne strategiplanen var å utarbeide en veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. En søkte "økt kvalitet i behandling gjennom kliniske retningslinjer for poliklinikker" og en ville redusere variasjoner i tidsbruk, rutiner og behandlingsopplegg mellom poliklinikkene (4).

Retningslinjene omfatter kriterier for tidsmessig prioritering for utredning og krisehjelp, samarbeid og rådgivning til kommunale instanser (3). Alle barn har lik rett til utredning og behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten (5). Vilkårene for denne retten er gitt fra helsemyndighetene i form av disse retningslinjene, og det er opp til henviser og vurderingsteam ved sykehusene å vurdere om vilkårene for utredning og behandling er oppfylt (4).

Det ligger mange skjønnsmessige vurderinger til grunn for henvisning og avvisning av søknader til barne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingspraksis kan derfor være ulik i fagmiljøer og gi store variasjoner i hvilke problemstillinger som søkes inn til BUP og hvilke søknader som i BUPP gis rett og hvilke som gis avslag. I dette prosjektet ønsket prosjektgruppen å undersøke praksis for henvisning og for vurdering om rett til prioritert helsehjelp av henvisninger til BUPP i Østfold.

Mer spesifikt har jeg i denne oppgaven belyst følgende problemstillinger:

1. Hvordan varierer utfallet av vurdering om rett til prioritert helsehjelp ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i forhold til:
 - Henvisende instans
 - Forsøkt behandling i førstelinjetjenesten
 - Henvisningens kvalitet
2. I hvilken grad er inntaksvurderingene gjort ved de fem barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i Østfold i tråd med gjeldene lovgivning og veileder, sikrer de likeverdig vurdering av rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

METODE

Denne oppgaven omhandler en del av et pågående forskningsprosjekt som har til hensikt å vurdere henvisningspraksis og vurderingspraksis ved BUPPene i SØ. I prosjektet er det foretatt en dokumentanalyse av henvisninger og tilhørende journalførte vurderinger fra alle de fem BUPPene i SØ. Det er denne kvantitative delen av prosjektet oppgaven handler om, og som vil bli nærmere beskrevet i dette kapittelet.

Dataene er hentet fra den elektroniske pasientjournalen i journalsystemet DIPS som brukes ved SØ. For å få tilgang til det kliniske materialet ble det søkt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste og prosjektet ble godkjent. Prosjektet ble videre meldt inn til Avdeling for forskning og innovasjon ved SØ for at våre forskningsdata kunne lagres tilfredsstillende med begrenset tilgang (kodet og anonymisert).

Dataene ble hentet ut ved at sekretær gjennom bruk av rapport i DIPS søkte opp henvisninger mottatt fra det aktuelle tidspunktet og bakover. Gjennomgangen og vurderingen av materialet ble utført av lokal prosjektleder, undertegnede og sekretær i fellesskap.

Dokumentanalysen baserer seg på totalt 120 saker. 24 saker fra hver av de fem poliklinikkene er hentet ut; 12 avviste og 12 aksepterte henvisninger bakover i tid fra 15. april 2014, slik de framkommer i det pasientadministrative systemet (DIPS). De er uthentet i tidsmessig rekkefølge og det er ikke foretatt noen seleksjon fra vår side. Datoen er satt før seksjonslederene ble informert om prosjektet for å kunne begrense påvirkninger som følge av kjennskap til prosjektet (6). For å oppnå 12 avviste og 12 inntatte saker ved hver poliklinikk spenner datamaterialet seg i tidsrommet mellom 01.11.13 og 15.04.14. Sakene ble nummerert 1-24 for hver poliklinikk, der nr. 1-12 er inntatte og nr. 13-24 er avviste. Poliklinikkene ble nummerert fra 1 til 5. Hver sak ble benevnt med hvilken poliklinikk de hører til, altså har vi sak 1.1 – 24.5. Antall saker hentet ut er bestemt av Henriksen, Dyb og Reitan-Gjersøe med utgangspunkt i hva vi vurderte som overkommelig innenfor våre disponible ressursrammer, men som samtidig ville gi oss et representativt materiale for

det vi ønsket å undersøke. Vi valgte 12 vurderinger fra hver kategori og ikke bare et gitt antall uavhengig av kategori da avvisningsprosjenter allerede var kjent før dette prosjektets oppstart. Med dette kunne vi gjennom færre dokumenter få tilgang på tilstrekkelig mengde interessante data.

Analyse

I hver av de til sammen 120 sakene er henvisning, vurderingsnotat, tilbakemelding til henviser og tilbakemelding til pasient vurdert. Sakene ble vurdert vekselvis mellom inntatte og avviste med 3 saker i hver kategori annenhver gang. Vurderingene ble i analysearbeidet sett i lys av veileder(4), prioriteringsveilederen(7) og gjennomført tilsyn(8), og om de er i tråd med dette underlagsmaterialet.

Til hver sak ble det notert følgende deskriptive data: Norsk Pasient Register (NPR)-nummer, saksnummer, henvisende instans, vurderingstid, kjønn, alder, familiesituasjon, henvisningens oppdragsspesifisitet og sammensetning av inntaksteam/ivaretagelse av forsvarlighetsprinsippet i vurderingen. I tillegg til deskriptive data ble følgende emner forsøkt besvart: henvisningens grundighet, vurdering av rett til prioritert helsehjelp, omfang av kontakt med pasient/foreldre i vurderingsarbeidet, bruk av prioriteringsveileder i vurderingsarbeidet (gruppenivå eller individuelt), omfang av individuell vurdering, tilbakemelding til henviser og tilbakemelding til pårørende. Etter hver sak noterte vi vår egen vurdering av om saken hadde blitt vurdert i tråd med prioriteringsveilederen og veileder for BUPPene.

Etter denne gjennomgangen av innsamlet dokumentasjon satt vi igjen med data som ga oss mye informasjon om henvisere, henvisningene, deres begrunnelse og innhold, men også informasjon om hvordan vurderingspraksis gjennomføres i dette opptaksområdet.

Umiddelbart etter gjennomgang av 24 saker ved en poliklinikk ble det laget et oppsummeringsnotat hvor vi oppsummerte et generelt inntrykk av henvisningene, vurderingene og hva datainnsamlingen ga av svar på våre tentative problemstillinger. På denne måten ble hver poliklinikk vurdert hver

for seg før de ble sammenlignet.

Datamaterialet ble så gjennomgått sak for sak og kategorisert ut fra hva vi anså som kjerneområder etter datainnsamlingen. Denne kategoriseringen av de kvantitative dataene er utgangspunktet for beregninger og tall oppgitt i tabellene presentert i kapitlet "Resultater". Dette materialet gir oss blant annet noen svar på hvordan henvisningspraksis og vurderingspraksis gjennomføres.

Det er ikke benyttet noen form for statistisk analyse av dataene. Dataene er presentert som opptellinger med angitt prosentandel.

I videre arbeid med dette prosjektet skal materialet knyttes opp mot kvalitative data innhentet gjennom semistrukturerte fokusintervjuer av leder og inntaksteam ved hver poliklinikk som har utgangspunkt i samme bakgrunnsmateriale og resultatene fra dokumentanalysen. Det videre arbeidet inngår ikke i denne oppgaven.

RESULTATER

Første tabell viser hvordan utfallet av en vurdering om rett til prioritert helsehjelp varierer med henvisende instans og henvisningens kvalitet. Kvalitet er her vurdert ut ifra de to kolonnene "Henvisers eierskap" og "Tydelighet".

Fastleger utgjør majoriteten av henvisere (N=89, 74%). Disse har dessuten lavest andel avviste, etterfulgt av henholdsvis henvisere som er kategorisert som "øvrige" (barnelege, skolelege eller barneavdeling) og barnevernet.

I kolonnen "henvisers eierskap" er henvisningene kategorisert ut ifra om henviser har foretatt en selvstendig vurdering i saken eller om henvisningen fremstår som en "ekspedering". Med "ekspedering" mener vi at henviseren henviser på oppfordring fra andre og ikke selv vurderer om pasienten best ivaretas i kommunehelsetjenesten eller i BUP. I vårt materiale var det kun henvisninger fra fastleger som ble kategorisert under ekspedering, men til gjengjeld gjaldt det 36%.

I kolonnen "tydelighet" er henvisningene kategorisert ut ifra grad av oppdragsspesifisitet, altså om det er en tydelig problemstilling fremmet for mottaker i henvisningene eller ikke. I vårt materiale er barnevernet den henviserinstansen som har henvisninger med høyest grad av tydelighet, etterfulgt av henholdsvis "øvrige" og fastleger. Alle henviserinstansene har flere tydelige henvisninger enn utydelige.

Kolonnen "kommunalt tilbud" viser til om pasienten med sin tilstand forut for henvisningen til BUP har blitt forsøkt ivarettatt gjennom kommunale tjenester. Aktuelle kommunale tjenester i våre data er barnevern, helsesøster/skole, PPT, familievernkontoret og familieteamet. Barnevernet får, i egenskap av å være en kommunal instans, derfor alle sine henvisninger kategorisert som at de har forsøkt å behandle sine pasienter gjennom kommunale tjenester før henvisning til BUP. Øvrige har i noen større grad enn fastleger forsøkt behandling i kommunale instanser før henvisning.

Tabell 1: Variasjon i henvisning avhengig av henvisende instans (N=120)

	Utfall av vurdering		Hensisers eierskap		Tydelighet		Kommunalt tilbud	
	Avvist N =60 (50%)	Inntatt N=60 (50%)	Ekspedering N=32 (27%)	Selvstendig vurdering N=88 (73%)	Tydelig N=67 (56%)	Utydelig N=53 (44%)	Ja N=87 (73%)	Nei N=33 (27%)
Fastlege N=89(74%)	42 (47,2%)	47 (52,8%)	32 (36%)	57 (64%)	47 (52,8%)	42 (47,2%)	59 (66,3%)	30 (33,7%)
Barnevern N=20(17%)	12 (60,0%)	8 (40,0%)	0 (0%)	20 (100%)	14 (70%)	6 (30%)	20 (100%)	0 (0%)
Øvrige N=11(9%)	6 (54,5%)	5 (45,5%)	0 (0%)	11 (100%)	6 (54,5%)	5 (45,5%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)

Øvrige = barnelege, skolelege og barneavdeling.

Det er verdt å merke seg at fastleger som henviserinstans har færrest andel avviste, men høyest grad av ekspedering og utydelighet. Fastleger har også lavest grad av forsøk på hjelpetiltak i de kommunale tjenestene.

Tabell 2: Behandling i førstelinjen før henvisning

	Avviste (n = 60)	Inntatte (n = 60)
Ja (n = 71)	17 (24%)	54 (76%)
Nei (n = 49)	43 (88%)	6 (12%)

Sammenligner en forsøk på behandling gjennom kommunale tiltak med utfall av vurdering ser man at i den gruppen som er gitt rett til prioritert helsehjelp er de fleste blitt forsøkt behandlet gjennom kommunale tiltak (76%), og blant de avviste har flesteparten ikke gjort dette (88%).

Tabell 3 viser i hvilken grad inntaksvurderingene ved de fem barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i Østfold er i tråd med gjeldene lovgivning og veileder og om de gir et likeverdig tilbud til barn og unge med psykiske lidelser i opptaksområdet. Med lovgivning mener jeg kolonnene "fristbrudd" og "forsvarlighet", med veileder mener jeg "bruk av individuell vurdering" og "avklarende inntakssamtaler". Til slutt er vurderingen av om det gis et

likeverdig tilbud basert på vår vurdering under "prosjektets vurdering om vurdert i tråd med veileder".

Kolonnen "fristbrudd" viser om det har forekommet noen formelle brudd på fristen for vurdering av rett til prioritert helsehjelp på 10 dager og om det hos rettighetspasienter ikke er gitt helsehjelp innen fristen på 65 dager etter vurdering. Andel av fristbrudd varierer i våre data med laveste andel ved BUPP 1 (4,2%) til høyeste andel ved BUPP 4 (29,2%).

Kravet til forsvarlig sammensetning av inntaksteamene, (en psykologspesialist eller legespesialist tilstede), varierer mellom poliklinikkene fra 0% (BUPP 4) til 100% (BUPP 3). Kolonnen "Ikke ivaretatt" omfatter de vurderingene hvor det fremgår at kravet ikke ivaretas, men også de som ikke er dokumentert eller der kun sekretær som forfatter er nevnt. Lav grad av ivaretagelse av forsvarlighet kan derfor i noen tilfeller begrunnes med mangelfull dokumentasjon.

Kolonnen "individuell vurdering" sier noe om inntaksteamene har foretatt individuelle vurderinger av sakene. Dette framkom tydelig i kun 8 av 120 (7%) saker, men grunnet manglende dokumentasjon om dette temaet kan våre observerte data være underrapportert. Saker vurdert som "trolig" individuelt vurdert er det på bakgrunn av hva som har blitt tolket av annen informasjon som har fremkommet av inntaksarbeidet, for eksempel i tilbakemeldinger til henviser og pasient. Dette gjelder i 26% (N=43) av sakene.

Avklarende inntakssamtale som ledd i vurderingspraksis har blitt lite brukt i våre data, det er kun BUPP 4 og BUPP 3 som har benyttet dette, i henholdsvis 1 og 3 saker.

Vår vurdering av om inntaksteamets vurdering er i tråd med veileder varierer mellom 46% og 71%, mellom henholdsvis BUPP 5 og BUPP 1. Vår vurdering baserer seg på et helhetsinntrykk om hvorvidt inntaksvurderingen er gjort i tråd med prioriteringsveileder på bakgrunn av tilstandsbildet som er tegnet i

henvisningen, eventuelle individuelle hensyn som komorbiditet og særtrekk ved sykehistorien.

Tabell 3: Vurderingspraksis ved de ulike BUPPene og prosjektets vurdering av foretatte vurderinger

	Fristbrudd		Forsvarlighet		Individuell vurdering			Avklarende inntakssamtale		Prosjektets vurdering om vurdert i tråd med veileder	
	Ja	Nei	Ivaretatt	Ikke ivaretatt	Ukjent	Trolig	Ja	Nei	Ja	Nei	
BUPP 1 N=24	1 (4%)	23 (96%)	10 (42%)	14 (58%)	17 (71%)	5 (21%)	2 (8%)	24 (100%)	0 (0%)	17 (71%)	7 (29%)
BUPP 2 N=24	4 (17%)	20 (83%)	19 (79%)	5 (21%)	9 (38%)	13 (54%)	2 (8%)	24 (100%)	0 (0%)	14 (58%)	10 (42%)
BUPP 3 N=24	2 (8%)	22 (92%)	24 (100%)	0 (0%)	10 (42%)	11 (46%)	3 (13%)	21 (88%)	3 (13%)	14 (58%)	10 (42%)
BUPP 4 N=24	7 (29%)	17 (71%)	0 (0%)	24 (100%)	14 (58%)	9 (38%)	1 (4%)	23 (96%)	1 (4%)	13 (54%)	11 (46%)
BUPP 5 N=24	6 (25%)	18 (75%)	22 (92%)	2 (8%)	19 (79%)	5 (21%)	0 (0%)	24 (100%)	0 (0%)	11 (46%)	13 (54%)

BUPP 1-5 representerer poliklinikkene i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Østfold.

Det er verdt å merke seg at de ulike poliklinikkene gjennomgående kommer ulikt ut i forhold til hverandre på de målte parametrene. For eksempel kommer BUPP 3 gjennomgående bedre ut enn BUPP 4 blant annet hva gjelder fristbrudd (8% mot 29%), forsvarlighet (100% mot 0%) og i tråd med veileder (58% mot 54%).

En viktig ting å merke seg er det høye antallet vurderinger som ikke er vurdert i tråd med veileder (29-54%). Altså er nær halvparten av sakene vurdert feil i følge prosjektgruppen.

DISKUSJON

I diskusjonen vil jeg fokusere på fire sentrale funn fra dokumentanalysen. Første funn er at fastlegene, som er den henviserinstansen med laveste avvisningsprosent kommer dårligst ut på alle våre parametre for kvalitet. Andre funn er at det sees en sterk sammenheng mellom tidligere forsøk i kommunehelsetjenesten og vurdering som resulterer i rett til prioritert helsehjelp. Tredje funn er at om lag halvparten av sakene i denne dokumentanalysen er vurdert i tråd med veilederen ut ifra tilstandsbildet som er tegnet i henvisningen. Fjerde funn er at det ut ifra våre parametre er en gjennomgående forskjell i gjennomføringen av inntaksvurderingene mellom de ulike BUPPene i Østfold.

Et av våre mest sentrale funn når det gjelder henvisningene er at fastlegene har som henvisende instans laveste avvisningsprosent, samtidig som at de på de parametrene som omhandler henvisningens kvalitet kommer dårligere ut. De er eneste henvisende instans som har henvisninger kategorisert som rene ekspederinger, de har laveste andel tydelige henvisninger og de har laveste andel henvisninger der det er forsøkt hjelpetiltak i førstelinjetjenesten i forkant. Hvorfor får den henvisergruppen som kvalitetsmessig kommer dårligst ut, færrest avslag?

En mulig forklaring er at fastlegers fokus i henvisninger treffer bedre enn andre instanser med hva BUPPenes inntaksteam ønsker av informasjon for å vurdere en sak. Det er vårt inntrykk at fastlegene har mer fokus på psykiske symptomer og mindre fokus på bakgrunnsinformasjon. Kanskje er henvisningen, selv om den ikke utfyller ønskelige krav i veileder for poliklinikkene, formulert på en slik måte eller sier allikevel nok til at inntaksteamene opplever pasienten/tilstanden som sitt ansvar? Eller kanskje stemmer ikke kriteriene for kvalitet satt i dette prosjektet overens med de kriteriene inntaksteamene venter tyngst? Vurderingsnotater fra inntaksvurderinger og tilbakemeldinger til henviser gir ikke nok informasjon om foretatte vurderinger til å fastslå dette.

Noe som taler imot dette er at kriteriene vi her har brukt som mål på henvisningens kvalitet er forankret i veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge og er således utarbeidet spesielt til inntaksteamene. Henvisningene skal blant annet inneholde tidligere relevante utredninger og tiltak, grundig beskrivelse av pasienten og dens kontekst, samt en beskrivelse av behovet for utredning/behandling i poliklinikken (4). Disse kriteriene er ikke oppgitt i den kommunale veilederen (9) og det hadde derfor vært å forvente at henvisninger som inneholdt viktige elementer fra spesialistveilederen er lettere å vurdere for spesialistene i inntaksteamet. Vurderinger av gode henvisninger som oppfyller kvalitetskriteriene kan være gjort på et bedre grunnlag, for eksempel ved at pasientens tilstand er nøye og godt beskrevet men at tilstanden ikke best ivaretas i BUP. Kanskje er avvisningsprosenten i henviserinstansene barnevern og øvrige derfor en refleksjon av mer korrekte vurderinger? En kan spørre seg: er det et mål å få lavest mulig avvisningsprosent?

Kanskje er ikke det at henviserinstansen som har lavest avvisningsprosent samtidig kommer dårligst ut på kvalitetsmålene motstridende. Det kan være et tegn på at inntaksteamene løser utfordringen med dårlige henvisninger ved å gi rett til behandling og således "sikre seg", for å unngå å avvise noen som trenger hjelp. Det er fastslått at ved mangelfull dokumentasjon skal det, så godt det går, innhentes tilleggsinformasjon for å foreta en adekvat vurdering. Hvis det i løpet av vurderingsfristen ikke er mulig å innhente informasjonen og fastslå hva som er pasientens tilstand, har slike "uavklarte" pasienter krav på en reell og faglig vurdering av sin tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling(10). Det skal derfor bli foretatt en "verstefallsvurdering" hvor pasienten gis rett fordi at det ved noen symptombilder/kliniske bilder kan det være en viss sannsynlighet for at pasienten kan ha en svært alvorlig sykdom (7). Vi har ikke funnet noe dokumentasjon på en slik strategi i vårt datamateriale.

Vi fant at tidligere hjelp fra kommunale tjenester er en sterk indikator på vurderingen av en henvisning. Hos 76% av de som ble gitt rett var dette forsøkt, og blant de avviste var det 90% som ikke hadde forsøkt. Dette er

kanskje den sterkeste enkelt-indikatoren for rettighet/avslag av en henvisning vi har i våre data. Etter prinsippet om tjenestetilbud på laveste effektive omsorgs nivå (LEON-prinsippet), som er retningsgivende i hele helsevesenet (4), er disse tallene forventede/ønskelige. Forsøkt hjelp i førstelinjetjenesten er ofte første trinn i behandlingslinjene, og henvisning til spesialisthelsetjenesten er et adekvat neste trinn. Dette gjelder for de fleste, men kanskje ikke alle. Hva med de som har utviklet alvorlig sykdom før kontakt med helsevesenet og som trenger hjelp i spesialisthelsetjenesten raskt? Kan behandlingslinjer føre til at det blir drøyd for lenge før disse får hjelp? Nasjonale tilsyn har vist at dette forekommer, og har samtidig påpekt at BUP ikke kan avvise tilstandsbilder under sitt ansvarsområde ved å vise til behandlingslinjer (8).

Kan bruk av LEON-prinsippet føre til at barn og ungdom ikke får nødvendig spesialisert helsehjelp? Hva representerer disse gruppene: de som har fått tilbud i førstelinjen, og som får avslag, og de som det ikke har fått et slikt tilbud, men som gis rett?

En ren teknisk forklaring på gruppen som har fått et kommunalt tilbud, men er avvist fra BUPP (24%), kan være barnevernet som henviserinstans til BUP. Deres henvisninger havner under "kommunalt tilbud" som en konsekvens av at de er en kommunal instans. Dette kan derfor gjelde barn bosatt i en barnevernsinstitusjon og som ikke har blitt forsøkt hjulpet med sine psykiske plager og i realiteten ikke har fått nytte av kommunale tiltak for det aktuelle, ikke alle bosatt i en barnvernsinstitusjon får psykiatrisk hjelp.

En annen forklaring er at avslag til pasientene som har blitt forsøkt behandlet i førstelinjetjenesten er begrunnet med at ansvarsområdet ikke er under BUP og at det skal forsette å jobbes med i førstelinjen. Dette er i tråd med LEON-prinsippet – "de som kan behandles i kommunen skal behandles i kommunen" (9). Men i og med at en allerede har forsøkt dette, er kanskje henvisningen et tegn på at en føler en har kommet til kort i førstelinjetjenesten og heller en håndutrekning om et samarbeid enn et ønske om overtakelse av BUP? Dette er likevel i tråd med LEON-prinsippet, som innebærer også at psykisk

helsevern ikke alltid bør «overta», men heller tre inn i tillegg til de kommunale tjenestene (4).

Det er 12% av de henviste som ikke har fått et kommunalt tilbud, men som har blitt gitt rett til prioritert helsehjelp. Hvorvidt man blir forsøkt behandlet i førstelinjetjenesten eller ei før man henvises til BUP når man har psykiske plager avhenger den som er ansvarlig for deg, hvem som er henviseren din. Henviserkompetansen med tanke på kjennskap til de kommunale helsetjenestene er derfor sentralt, og vil kunne variere innad i, og mellom henviserinstanser. I våre data så vi at fastlegene hadde laveste antall henvisninger hvor det var forsøkt tiltak kommunalt, samtidig som at de hadde laveste avvsningsprosent. Tabell 1 viser at fastlegene står for hele 30 av 33 henvisninger hvor det ikke er forsøkt kommunale tiltak i forkant, det er derfor tydelig at fastlegene står for de fleste av aksepterte henvisninger uten dette. Men hvorfor er det slik?

En undersøkelse viste at kommunale instanser som forholder seg til barn og unge med vansker, involverer ofte ikke fastlegene, og pasienter som kunne fått et helhetlig utrednings- og behandlingstilbud i førstelinjetjenesten dersom samarbeid med fastlegen, kan bli sluset utenom fastlegen til spesialisthelsetjenesten (11). Men vil det ikke også kunne føre til det motsatte, at i og med at fastlegene har lite kontakt med kommunalt hjelpeapparat – så vil en del av pasientene henvist fra fastlege sluses inn i spesialisthelsetjenesten utenom et kommunalt tilbud? Lite samhandling innad i primærhelsetjenesten kan i såfall føre til at barn ikke behandles på riktig omsorgsnivå på flere måter.

Vedrørende vurderingspraksis er det gjennomgående at rundt halvparten av sakene i tråd med veilederen. Det er en enkelt poliklinikk som skiller seg positivt ut med 71% av sakene vurdert i tråd med veileder. Motsatt ses det ved en annen poliklinikk at et mindretall (46%) av sakene er vurdert til å ikke være i tråd med veilederen. Dette totalbildet er et overraskende dårlig utfall ettersom veilederen og prioriteringsveilederen gir klare retningslinjer på hvilke

tilstandsbilder som gir rett til prioritert helsehjelp og er basert på vurderinger av pasientrettighetsloven og hovedvilkårene i prioriteringsforskriften (10).

En mulig årsak til at vurderingsutfallet skiller seg fra hva prioriteringsveilederen sier, er at inntaksteamets vurdering av henvisningen resulterer i et annet tilstandsbilde enn det som er angitt som henvisningsårsak eller tegnet et bilde av i henvisningsteksten. Dersom henvisningene vurderes ut ifra henvisningsteksten mer enn henvisningsårsak og deretter plasseres under tilstandsbilder ut ifra inntaksteamets tolkning, åpner dette for en større variasjon, ønsket eller uønsket. Det kan gi en ønsket variasjon gjennom at vurderingen er mer informert gjennom teksten enn nevnt tilstandsbilde i henvisningen, og tross alt foregår informasjonsflyten mellom kompetente fagpersoner. På den andre siden vil pasienter med likt behov kunne få ulike behandlingstilbud og vurderingene vil i større grad avhenge av hvem som foretar vurderingen. Dessuten vil henviserkompetanse bli mer avgjørende.

En annen mulig forklaring er at inntaksteamet vurderer at saken best ivaretas i andre instanser enn BUP. Dette fordi det allerede er satt i gang tiltak i andre instanser eller fordi det ikke er forsøkt hjelp i førstelinjetjenesten og det da vises til behandlingslinjer i tråd med LEON-prinsippet (12).

Resultatene viser at noen poliklinikker jevnt over kommer bedre ut enn andre på de målte parametrene for vurderingspraksis. Dette kan tyde på at det er en gjennomgående kvalitetsforskjell i vurderingspraksis, og at det derfor ikke sikres en likeverdig vurdering av rett til prioritert helsehjelp. Ulik vurderingspraksis vil kunne føre til at enkeltpasienter som har rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten ikke mottar slik hjelp. Mangel på helsefaglig hjelp kan føre til at sykdom progredierer og funksjon nedsettes (13). Eventuelle systematiske skjevheter i vurdering av rett til prioritert helsehjelp vil kunne føre til at enkelte lidelser underestimeres i omfang og alvorlighet, at individuelle forhold ikke vies nok oppmerksomhet eller at henvisende fagpersons formuleringer blir avgjørende. Lidelser som underestimeres kan gi grupper som overses. For eksempel vil de med mer ekspressiv symptomatologi kunne få hjelp raskere enn de som er deprimerte

eller som isolerer seg, da de førstnevnte medfører en større belastning på omgivelsene (14). Komplekse sykdomsbilder, som ved psykosomatiske tilstander, vil kunne resultere i at pasientene faller mellom to stoler (15).

Vårt datamateriale viser store forskjeller på om det har forekommet fristbrudd på vurderingen (4-29%). Forsinkede vurderinger vil kunne hindre at barn og unge ikke får hjelp når de trenger det og sykdom vil som nevnt kunne progrediere. Progresjon av sykdom vil gi økt symptomatologi og avhengig av sykdommens karakter gi mer symptomer, som for eksempel kan komme til uttrykk som økende isolasjon eller utagering, med de følger dette har for pasientens funksjonsnivå og sosiale relasjoner. Resultatet vil kunne bli økende komorbiditet og et mer omfattende behandlingsbehov (1).

Styrker og svakheter

En styrke ved våre data er at de er av nyere dato og beskriver praksis slik det ble gjennomført da. Det er god grunn til å tro at de ansatte hovedsakelig er de samme ved nåværende tidspunkt som da vi innhentet datamaterialet til analysen, og derfor inntaksteamene også de samme. Det samme gjelder trolig også pasientpopulasjonen. Det er med dette rimelig å anta at vurderingsgrunlaget er det samme nå som for 1,5-2 år siden, slik at dette beskriver dagens situasjon. Dog vil hyppigheten av ulike tilstandsbilder som kjent kunne følge trender (16).

I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse (17) ble det foretatt en stor satsing politisk og økonomisk for å styrke og videreutvikle innsatsen for å bedre barn og unges helse (3). Opptrappingsplanen varte frem til 2006. Litteratursøk gjort som del av forarbeidet til dette prosjektet har ikke lyktes å identifisere studier som vurderer henvisnings- og vurderingspraksis og hvorvidt dette tilfredsstiller krav gitt i veilederne (7, 9). Det finnes altså lite begrenset kunnskap om dagens praksis og vi mener derfor at vårt materiale tilfører noe nytt og verdifullt til temaet.

Oppgavens styrke er den systematiske utførelsen av prosjektet. Utførelsen er et resultat av nøye planlegging og vurdering av hvilket materiale og hvordan

det skal innhentes, samt en kontinuerlig evaluering av gjennomførelsen underveis i arbeidet. Selve datainnsamlingen er gjennomført av 3 personer med forskjellig bakgrunn og alle detaljer i de ulike dokumentene i hver sak er diskutert i plenum før en har oppnådd konsensus om hva av materialet og hvordan dette skal benyttes og inkluderes.

Hver sak er vurdert systematisk etter samme mal, for å unngå dreining av fokuset underveis i datainnsamlingen. På denne måten henter en ut lik informasjon fra hver sak. Dermed er dataene mer sammenlignbare.

Vi ser det som en styrke at de valgte dataene er tatt fra en dato før de aktuelle inntaksteamene hadde kjennskap til prosjektet slik at man unngår eventuelle skjevheter.

Selv om dataene er av relativ ny dato, er de noe tilbake i tid. Ettersom avdelingens ledelse har hatt fokus på forbedringsområder i inntaksarbeidet ut mot poliklinikkene de siste årene, er det grunn til å tro at vurderingspraksis har endret seg noe fra tidspunktet våre data er samlet inn. Det har blitt gitt informasjon om dette prosjektet og bakgrunnen for det, som var statistikk på forskjell i avvisningsprosent og tilsyn gjennomført i 2013.

Gjennomgående i datainnsamlingen merket prosjektgruppen seg at vurderingsarbeidet bar preg av mangelfull dokumentasjon. Vi har der det ikke forelå vurderingsnotat, så langt det har vært mulig, tolket vurderingsarbeidet som har blitt gjort gjennom tilbakemeldingene til henviser og pasient. I tilbakemeldingene informeres det som regel om vurderingen som er blitt gjort. Slik annenhåndsvurdering i noen av sakene kan gi et dårligere grunnlag for å vurdere vurderingspraksis ved at det kan "skjule" seg mange avveininger, vurderinger og hensyn som ble gjort uten å bli dokumentert eksplisitt.

Områder i analysen som kanskje er særlig sårbare når det er mangelfull dokumentasjon er ivaretagelse av forsvarlighet i inntaksteam, grad av individuell vurdering og om det er vurdert i tråd med veileder.

Prosjektgruppens vurdering av om de foretatte vurderingene er i tråd med veileder eller ikke er, som inntaksteamet, basert på henvisningsteksten og kan skille seg fra deres vurdering og således være en feilkilde til disse tallene.

Det vil kunne forekomme visse skjevheter basert på personene i prosjektgruppen. Vurderingene som er foretatt av gruppen vil kunne være påvirket av deres forkunnskaper i form av kjennskap til avvisningsprosentene, kjennskap til BUP-systemet og tidligere erfaringer i aktuelle avdeling.

Veilederne vi har brukt som gullstandard for vurderingspraksis i vårt arbeid er landsdekkende og gjelder for alle poliklinikker i Norge. Det ligger mange skjønnsmessige vurderinger til grunn for henvisning og avvisning av søknader til barne- og ungdomspsykiatrien og dette åpner for ulik vurderingspraksis i de ulike fagmiljøene og store variasjoner mellom seksjoner og avdelinger. Prosjektgruppens vurderinger kan på samme måte variere fra inntaksteamenes. Det er derfor vanskelig å vurdere overførbarhet mellom de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i Sykehuset Østfold og poliklinikker i andre helseforetak.

KONKLUSJON

Utfallet av en vurdering om rett til prioritert helsehjelp avhenger i stor grad av henvisende instans. Fastlegene har tydelig lavere avvisningsprosent enn de andre henviserinstansene i våre data. Vurderingen avhenger lite av god kvalitet på henvisningen. Det er heller den instansen med høyest avvisningsprosent, barnevernet, som kommer best ut på kvalitetsmålene. Forsøkt behandling i primærhelsetjenesten gir en sterk korrelasjon i variasjon med ufall av vurdering, hvor nær 90% av de uten forsøk avvises.

Inntaksvurderingene ved de fem BUPPene i Østfold er i gjennomsnitt ca 50% vurdert av prosjektgruppen til å være i tråd med veileder, et tall vi mener ikke er godt nok. Fristbrudd for vurdering, vårt mål på om det vurderes i tråd med lovgivning, varierer mellom 4-29% mellom BUPPene. Fristbrudd skal med gode rutiner ikke forekomme, og vi mener at 29% er et for høyt tall. Gjennomgående ulik praksis i gjennomføring fører til at det settes spørsmålsteget ved om BUPPene sikrer likeverdig vurdering av rett til prioritert helsehjelp.

REFERANSELISTE

1. Adler Nevo GW, Avery D, Fiksenbaum L, et al. Eight years later: outcomes of CBT-treated versus untreated anxious children. *Brain and behavior*. 2014;4(5):765-74.
2. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;114(5):541-7.
3. Helsedepartementet. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ... sammen om psykisk helse ... Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003.
4. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
5. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02 nr. 63.
6. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014;67(3):267-77.
7. Nygaard E, Kårikstad V. Prioriteringsveileder, Psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
8. Helsetilsynet. Tilsyn med psykisk helsevern for barn- og unge BUP-Fredrikstad Sykehuset Østfold HF, Klinikk for psykisk helsevern 2013. 2014.
9. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
10. Prioriteringsforskriften. 1997. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd av 1997-06-27 nr. 654.

11. Hafting M, Garløv I. Fastlegen og psykisk sykdom blant barn og ungdom. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2006;126(3):299-301.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Departementenes servicesenter; 2009.
13. Major EF, Dalgard OS, Nord E, et al. Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: 2011.
14. Costello EJ, He JP, Sampson NA, et al. Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. Psychiatr Serv. 2014;65(3):359-66.
15. Mohapatra S, Deo SJ, Satapathy A, et al. Somatoform disorders in children and adolescents. German Journal of Psychiatry. 2014;17(1):19-24.
16. Maughan B, Iervolino AC, Collishaw S. Time trends in child and adolescent mental disorders. Current Opinion in Psychiatry. 2005;18(4):381-5.
17. Sosial- og helsedepartementet. St.prp. nr. 63 (1997-98). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Oslo; 1998.