

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår ref.:**Deres ref.:** ÅB**Arkiv:****Dato:** 271006

Høring - Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer

BUP NT har gjennom felles mail fra Jan Skandsen i Nbupf fått oversendt denne høringsuttalelsen. Dette dokumentet er i samsvar med vår vurdering og konklusjoner i forhold til utvalgets høringsnotat. Vi vil derfor slutt oss til denne uttalelsen.

Åsmund Bang
Avdelingsleder
BUP NordTrøndelag

Høringsnotat

Ventetid for vurdering.

Vi mener 10 dagers vurderingsfrist for å foreta en klinisk vurdering er forsvarlig. Hvis man skal ha et ansikt til ansikts vurdering er denne fristen for kort. For å foreta en totalvurdering av barnet/ungdommen situasjon, bør både pasient, pårørende og de instanser som arbeider med barnet/ungdommen i 1. linjen være tilstede i en vurderingssamtale. Selv etter ferdig opptapping mener vi det er urealistisk å få til en optimal pasientflyt med mindre fristen er satt til 20 virkedager for et slikt ansikt til ansikts møte.

Ventetid for utredning/behandling.

I rapporten skiller man mellom akseptabel ventetid og medisinsk forsvarlig ventetid. Når en snakker om akseptabel ventetid vil nok de fleste foreldre og eldre barn/ ungdommer ha hjelp snarere enn de medisinskfaglige prioriteringskriteriene tilsier. De fleste vil nok synes at 3 måneder er maksimal ventetid, men det vil også være situasjoner/ tilstander der både foreldre og barn ønsker hjelp i løpet av dager/uker. Medisinsk forsvarlig ventetid er satt opp. Det er nesten nasjonal enighet om disse fristene og de er basert på faglige vurderinger samt kost nytte effekt. Vi bruker de medisinskfaglige prioriteringskriteriene som er utarbeidet i Helse Vest som grunnlag for våre vurderinger for å fastsette frist til rett til nødvendig helsehjelp. Det vil være et stort fremskritt hvis det ble innført maksimal ventetid på 90 dager. Det forutsetter at opptappingsplanen er fullført og at man legger samme norm for

bemanningsgrad til grunn (1,4 behandler i poliklinikk pr. 1000 barn/unge, Helse Vest definisjon). Det er i dag ulik dekningsgrad innen norsk barne- og ungdomspsykiatri. Det er viktig at det legges en felles norm for hvordan man beregner antall stillinger for å oppnå og dekke tilbud til 5% av barne- og ungdomsbefolkningen. Forbedringer av aktivitetstall knyttet til antall tiltak pr. behandler, antall pasienter pr. ansatt og bedret koordinert samarbeid med kommunene vil ikke være nok for å oppnå målet om kortere ventetid. Rapporten legger til grunn at endring ikke skal medføre økning av kostnader. Vi tror ikke dette er forenlig med måloppnåelsen.

Nasjonale retningslinjer for venteliste garanti

Det er utarbeidet retningslinjer på regionalt nivå og det er lagt frem forslag for et år siden om en felles konsensus. Dette har fagfolk, og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening ønsket.

Bedre samhandling 1- 2 linjetjeneste/bedre henvisningsrutiner

Det anbefales at henviser er med på inntaksmøter/utredningsfasen. Dette er svært vanskelig å få til, noe som også høringsnotatet kommenterer. Fastleger vil ofte ikke prioritere dette og ofte behandles mange saker pr. møte. Med flere til stede vil disse møtene ta betydelig lenger tid, noe som vil stjele pasienttid. Dette er et svært urealistisk tiltak.

Vi er enige i at økt samarbeid vil gjøre arbeidet bedre på mange måter, men det er ofte for ressurskrevende og fører til at aktivitetstallene går ned.

Vi mener derfor det er mest å hente ved å forbedre henvisningsrutiner og ikke minst få til et godt intrakommunalt samarbeid før henvisning. I de fleste tilfeller må det være prøvd ut tiltak i 1. linjen før man henviser til 2. linjen. 1.linjen må ha evaluert tiltakene sine og gjort seg opp en mening om hvorfor tiltakene ikke virket.

I mindre kommuner bør det også satses i større grad på interkommunalt samarbeid med hensyn til kompetanseutvikling og i forhold til tiltak for ressurskrevende barn og unge. Vår erfaring er at flere PPT kontor beveger seg mer og mer i en pedagogisk tjeneste. Det psykologiske aspektet er i ferd med å forsvinne. Vi opplever at det er lengre ventetid for å få hjelp ved PPT enn ved BUP. Dette fører til at vi må gjøre 1. linjearbeid for å få en sak ferdig utredet.

Konstruktiv oppfølging i ventetiden

Fylldig individuelle tilbakemeldinger til henviser og pasient etter endt vurderingssamtale oppfattes som faglig uforsvarlig uten at man har utredet barnet og blitt kjent med den konteksten barnet lever i. Det er vanskelig å gi konkrete råd til 1. linjen om hvilke tiltak som bør settes i gang i ventetid uten å kjenne hvilke tiltak kommunen totalt besitter. Vår erfaring er at kommunen selv vil avgjøre hvilke tiltak det enkelte barn/ungdom skal ha ut ifra en totalvurdering av tilbud i kommunen rår over. Hvis vi skal få ned ventetiden til 90 dager mener vi at dette tiltaket er for omfattende og vil være med på å øke køen. Vi tror på samarbeidsavtaler med de enkelte etater i kommunene hvor man trekker opp ansvarsgrenser mellom 1. og 2. linjen

Ledelsen skal analysere tidsbruk og arbeidsoppgaver

Vi mener det er klare forbedringsmuligheter med mer standardiserte utredning og behandlingsløp. Det som vanskeliggjør dette arbeidet, er uenighet innen fagfeltet i Norge og utlandet når det gjelder både utredning og behandlingsforløp. Etter hvert som forskningen gir oss mer innsikt og det utarbeides gode retningslinjer jo lettere vil det bli

å effektivisere både utredning og behandling. Vi vil anbefale nasjonale myndigheter og fagorganisasjonene (DNLF og Den Norsk psykologforening) å ha et felles ansvar for å utvikle slike retningslinjer.

Gode mål for produktivitet.

For hver behandler:

- Antall pasienter pr. behandler slik det er beskrevet i rapporten
- Antall direkte tiltak (P 22) pr. behandler pr. dag, 1,5 pr.dag

For avdelingen:

- Dekningsgrad, eksempel 1,4 poliklinisk behandler pr. 1000 b/u
- Prosentandel av barn som får tilbud
- Fristbrudd fordelt etter rett til nødvendig helsehjelp
- Antall spesialister fordelt på ulike yrkesgrupper
- Utdanningskandidater fordelt på ulike yrkesgrupper
- Antall pasienter diagnostisert i BUP på akse 1, 2, 5 og 6
- Individuell plan
- Avtaler med 1. linjen og 2. linjen

Møtefrie soner

Møtefrie soner er en god ide. Avdelingen har god erfaring med å samle møtetid for å frigi tid til pasientarbeid. Forslaget som kommer frem i høringen er alt for ambisiøst. Vi ser at vi får stadig flere oppgaver, flere obligatoriske kurs, flere administrative rutiner, mer kompliserte journalsystemer som krever mer arbeid ved pc-en. Krav til utdanningsveiledning og fordypning gjør at denne timeplanen er vanskelig å gjennomføre.

Timeplanen tar ikke høyde for pasient besøk i desentraliserte strøk, gruppe behandling og veiledning til 1. linje/barneverninstitusjoner.

